

**DARZALEX® SC**  
**DARATUMUMAB 1800 mg/15 ml**  
**Solución inyectable**

Vía subcutánea  
Industria suiza

## COMPOSICIÓN

Cada vial de 15 ml de solución inyectable contiene 1800 mg de daratumumab (120 mg de daratumumab por ml).

Excipientes: Hialuronidasa humana recombinante (rHuPH20), histidina (L), histidina clorhidrato monohidrato, metionina (L), polisorbato (20), sorbitol, agua para inyectables.

Daratumumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1 $\kappa$  contra el antígeno CD38, producido en una línea celular de mamífero (Ovario de Hámster Chino) mediante tecnología de ADN recombinante.

Excipiente con efecto conocido

Cada vial de 15 ml de solución inyectable contiene 735,1 mg de sorbitol.

## ACCIÓN TERAPÉUTICA

Grupo farmacoterapéutico: Antineoplásicos, anticuerpos monoclonales y conjugados anticuerpo-fármaco, inhibidores CD38 (Grupos de Diferenciación 38), código ATC: L01FC01.

## INDICACIONES

### Mieloma múltiple

DARZALEX® SC está indicado:

- en combinación con lenalidomida y dexametasona o con bortezomib, melfalán y prednisona para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que no son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
- En combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
- en combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
- en combinación con lenalidomida y dexametasona, o bortezomib y dexametasona, para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple que han recibido al menos un tratamiento previo.
- en combinación con pomalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple que han recibido un tratamiento previo conteniendo un inhibidor del proteasoma y lenalidomida y fuesen refractarios a lenalidomida, o que han recibido al menos dos tratamientos previos que incluyan lenalidomida y un inhibidor del proteasoma y hayan presentado progresión de la enfermedad durante o después del

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Página 1 de 56

último tratamiento (Ver en “Propiedades farmacológicas” “Propiedades farmacodinámicas”).

- en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractario al tratamiento, que hayan recibido previamente un inhibidor del proteasoma y un agente inmunomodulador y que hayan presentado progresión de la enfermedad en el último tratamiento.

### **Amiloidosis de cadena ligera (AL, por sus siglas en inglés)**

DARZALEX® SC está indicado en combinación con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona para el tratamiento de pacientes adultos con amiloidosis sistémica AL de nuevo diagnóstico.

## **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**

### **Propiedades farmacodinámicas**

Grupo farmacoterapéutico: Antineoplásicos, anticuerpos monoclonales y conjugados anticuerpo-farmaco, inhibidores CD38 (Grupos de Diferenciación 38), código ATC: L01FC01.

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea contiene hialuronidasa humana recombinante (rHuPH20). La rHuPH20 actúa a nivel local y de forma transitoria degradando el ácido hialurónico ((AH), un glucosaminoglicano natural que se encuentra en todo el organismo) en la matriz extracelular del espacio subcutáneo escindiendo el enlace entre los dos glúcidos (N-acetilglucosamina y ácido glucurónico) que forman el AH. La rHuPH20 tiene una semivida en la piel de menos de 30 minutos.

Los niveles de ácido hialurónico en el tejido subcutáneo recuperan el nivel normal en el plazo de entre 24 y 48 horas por la rápida biosíntesis del ácido hialurónico.

### **Mecanismo de acción**

Daratumumab es un anticuerpo monoclonal (AcM) humano IgG1κ que se une a la proteína CD38 que se expresa en la superficie de las células en diversos procesos hematológicos malignos, incluyendo las células plasmáticas clonales en el mieloma múltiple y la amiloidosis AL, así como en otros tipos celulares y tejidos. La proteína CD38 tiene múltiples funciones tales como la adhesión mediada por receptores, la transducción de señales y la actividad enzimática.

Daratumumab ha demostrado que inhibe potentemente el crecimiento *in vivo* de las células tumorales que expresan la proteína CD38. De acuerdo con estudios *in vitro*, daratumumab puede utilizar diversas funciones efectoras y causar la muerte de las células tumorales mediada inmunológicamente. Estos estudios sugieren que daratumumab puede inducir lisis de células tumorales mediante citotoxicidad dependiente del complemento, citotoxicidad mediada por anticuerpos y fagocitosis celular dependiente de anticuerpos en neoplasias malignas que expresan la proteína CD38. Existe un subgrupo de células supresoras derivadas de la estirpe mielóide (CD38+MDSCs), células T reguladoras (CD38+Tregs) y células B reguladoras (CD38+Bregs) que disminuyen por lisis celular mediada por daratumumab.

También se sabe que los linfocitos T (CD3+, CD4+ y CD8+) expresan CD38 en función de la fase de desarrollo y del nivel de activación. Se observaron aumentos significativos en los recuentos absolutos de linfocitos T CD4+ y CD8+ y en los porcentajes de linfocitos en sangre periférica y en la médula ósea con el tratamiento con daratumumab. Además, se constató por secuenciación de ADN de receptores de linfocitos T que la clonalidad de los linfocitos T aumentaba con el tratamiento con daratumumab, lo que indica efectos inmunomoduladores que podrían contribuir a la respuesta clínica.

Daratumumab induce la apoptosis *in vitro* tras entrecruzamiento mediado por el fragmento Fc. Además, daratumumab modula la actividad enzimática de la proteína CD38, inhibiendo la actividad de la enzima ciclasa y estimulando la actividad de la enzima hidrolasa. No se conoce bien el significado de estos efectos *in vitro* en el marco clínico ni las implicaciones sobre el crecimiento del tumor.

### **Efectos farmacodinámicos**

#### Recuento de linfocitos citolíticos naturales (células NK) y de linfocitos T

Se sabe que las células NK expresan niveles altos de CD38 y que son susceptibles a la citólisis mediada por daratumumab. Con el tratamiento con daratumumab se observó una disminución de los recuentos absolutos y porcentuales de células NK totales (CD16+CD56+) y activadas (CD16+CD56<sup>dim</sup>) en sangre periférica y en la médula ósea. Sin embargo, los niveles basales de células NK no mostraron una asociación con la respuesta clínica.

### **Inmunogenicidad**

En pacientes con mieloma múltiple y amiloidosis AL tratados con daratumumab subcutáneo en los estudios clínicos en monoterapia y en combinación, menos del 1% de los pacientes desarrollaron anticuerpos anti-daratumumab durante el tratamiento y 6 pacientes tuvieron un resultado positivo en la prueba de anticuerpos neutralizantes.

En pacientes con mieloma múltiple y amiloidosis AL, la incidencia de anticuerpos anti-rHuPH20 no neutralizantes durante el tratamiento fue del 9,1% (103/1129) en los pacientes que recibieron o bien DARZALEX® SC formulación subcutánea en monoterapia o bien DARZALEX® SC formulación subcutánea en combinación y 1 paciente tuvo un resultado positivo en la prueba de anticuerpos neutralizantes. No parece que los anticuerpos anti-rHuPH20 afectaran a la exposición a daratumumab.

Se desconoce la relevancia clínica que puede tener la aparición de anticuerpos anti-daratumumab o anti-rHuPH20 después del tratamiento con DARZALEX® SC en formulación subcutánea.

### **Experiencia clínica de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea (formulación subcutánea)**

#### Monoterapia – mieloma múltiple en recaída / refractario

El estudio MMY3012 de no inferioridad, de fase III, abierto y aleatorizado, comparó la eficacia y seguridad del tratamiento con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea (1800 mg) frente a daratumumab intravenoso (16 mg/kg) en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario que habían recibido al menos 3 líneas previas de tratamiento incluyendo un inhibidor del proteasoma (IP) y un fármaco inmunomodulador (IMiD) o que eran doblemente refractarios a un IP y a un IMiD. El tratamiento se mantuvo hasta toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad.

Se aleatorizó a un total de 522 pacientes: 263 en el grupo de DARZALEX® SC formulación subcutánea y 259 en el grupo de daratumumab intravenoso. Las características basales demográficas y de la enfermedad eran similares entre los dos grupos de tratamiento. La mediana de la edad de los pacientes era de 67 años (intervalo: 33-92 años), el 55% eran hombres y el 78% caucásicos. La mediana del peso de los pacientes era de 73 kg (intervalo: 29 – 138 kg). Los pacientes habían recibido una mediana de 4 líneas de tratamiento previas. Un total del 51% de los pacientes se había sometido previamente a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH), el 100% de los pacientes había recibido tratamiento previo con IP(s) e IMID(s) y la mayoría eran refractarios a un tratamiento sistémico previo, incluyendo tanto a IP como a IMID (49%).

El estudio alcanzó sus variables coprimarias de tasa de respuesta global (TRG) según los criterios de respuesta IMWG (tabla 1) y una  $C_{\text{valle}}$  máxima el día 1 del ciclo 3 antes de la administración ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacocinéticas”.

**Tabla 1: Principales resultados del estudio MMY3012**

	<b>Daratumumab subcutáneo (N=263)</b>	<b>Daratumumab intravenoso (N=259)</b>
<b>Variable primaria</b>		
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP), n (%) <sup>a</sup>	108 (41,1%)	96 (37,1%)
IC del 95% (%)	(35,1%; 47,3%)	(31,2%; 43,3%)
Proporción de tasas de respuesta (IC del 95%) <sup>b</sup>		1,11 (0,89; 1,37)
RC o mejor, n (%)	5 (1,9%)	7 (2,7%)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	45 (17,1%)	37 (14,3%)
Respuesta parcial (RP)	58 (22,1%)	52 (20,1%)
<b>Variable secundaria</b>		
Tasa de reacciones relacionadas con la perfusión, n (%) <sup>c</sup>	33 (12,7%)	89 (34,5%)
Supervivencia libre de progresión, meses		
Mediana (IC del 95%)	5,59 (4,67; 7,56)	6,08 (4,67; 8,31)
Hazard ratio (IC del 95%)		0,99 (0,78; 1,26)

<sup>a</sup> Basada en la población con intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de  $p < 0,0001$  de la prueba de Farrington-Manning para la hipótesis de no inferioridad.

<sup>c</sup> Basada en la población de seguridad. Valor de  $p < 0,0001$  de la prueba de Chi cuadrado de Cochran-Mantel-Haenszel.

Después de una mediana de seguimiento de 29,3 meses, la mediana de la SG fue de 28,2 meses (IC del 95%: 22,8; NE) en el brazo de la formulación subcutánea de DARZALEX® SC y fue de 25,6 meses (IC del 95%: 22,1; NE) en el brazo de daratumumab intravenoso.

Los resultados de seguridad y tolerabilidad, incluyendo los pacientes de menor peso, fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de DARZALEX® SC formulación subcutánea y de daratumumab intravenoso.

Los resultados del CTSQ modificado, un cuestionario de resultados notificados por el paciente que evalúa la satisfacción del paciente con su tratamiento, demostraron que los pacientes tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea mostraron una mayor satisfacción con su tratamiento en comparación con los pacientes tratados con daratumumab intravenoso. No obstante, los estudios abiertos están sujetos a sesgos.

## Tratamientos en combinación para el mieloma múltiple

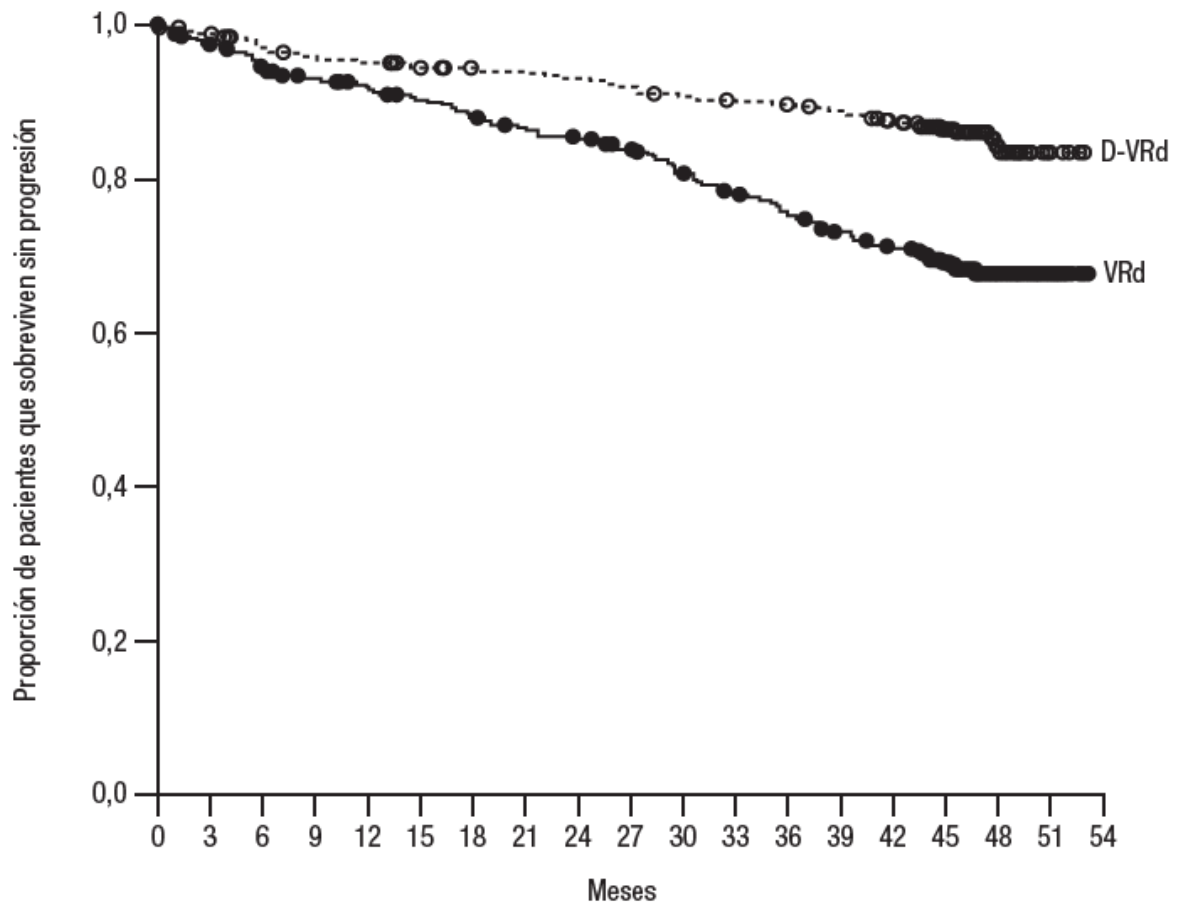
### Tratamiento en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (VRd) en pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH)

El estudio MMY3014 fue un estudio de fase III abierto, aleatorizado, con control activo que comparó el tratamiento de inducción y consolidación con DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (D-VRd), seguido de mantenimiento con DARZALEX® SC en combinación con lenalidomida, con el tratamiento con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (VRd), seguido de mantenimiento con lenalidomida, en pacientes de 70 años o menos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a TAPH hasta la progresión documentada de la enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable. Se permitía un tratamiento de emergencia de corta duración con corticoesteroides (equivalente a dexametasona 40 mg/día durante un máximo de 4 días) antes del tratamiento. Los pacientes recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) administrado por vía subcutánea una vez a la semana (días 1, 8, 15 y 22) para los ciclos 1-2, seguido de administración una vez cada dos semanas (días 1 y 15) para los ciclos 3-6. Para el mantenimiento (ciclo 7 en adelante), los pacientes recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) una vez cada cuatro semanas. En los pacientes con EMR negativa mantenida durante 12 meses y que habían recibido tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 24 meses se suspendió el tratamiento con DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg). Bortezomib se administró mediante inyección subcutánea (SC) en dosis de 1,3 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal dos veces a la semana durante dos semanas (días 1, 4, 8 y 11) en los ciclos repetidos de 28 días (4 semanas) ciclos 1-6. Lenalidomida se administró por vía oral en dosis de 25 mg al día los días 1 a 21 durante los ciclos 1-6. Para el mantenimiento (ciclo 7 en adelante), los pacientes recibieron 10 mg de lenalidomida al día los días 1-28 (continuamente) de cada ciclo hasta la progresión documentada de la enfermedad o la aparición de toxicidad inaceptable. Dexametasona (por vía oral o intravenosa) se administró en dosis de 40 mg los días 1-4 y los días 9-12 de los ciclos 1-6. Los días de administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg), la dosis de dexametasona se administró por vía oral o intravenosa como medicamento previo a la inyección. Se aplicaron ajustes en la dosis de bortezomib, lenalidomida y dexametasona de acuerdo con la ficha técnica del fabricante.

Se aleatorizó un total de 709 pacientes: 355 al grupo de D-VRd y 354 al grupo de VRd. Las características basales demográficas y de la enfermedad iniciales fueron similares en los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad era de 60 años (rango: 31 a 70 años). La mayoría eran varones (59 %), el 64 % tenía una puntuación de 0 en la escala funcional ECOG, el 31 % tenía una puntuación funcional ECOG de 1 y el 5 % tenía una puntuación funcional ECOG de 2. Además, el 51 % tenía un estadio ISS I de la enfermedad, el 34 % un estadio ISS II, el 15 % un estadio ISS III, el 75 % tenía un riesgo citogenético normal, el 22 % tenía un riesgo citogenético alto (del17p, t[4;14], t[14;16]), y el 3 % tenía un riesgo citogenético indeterminado.

Con una mediana de seguimiento de 47,5 meses, el análisis principal de la SLP en el estudio MMY3014 demostró una mejora en la SLP en el grupo de D-VRd en comparación con el grupo de VRd (HR=0,42; IC del 95 %: 0,30; 0,59; p < 0,0001). La mediana de SLP no se alcanzó en ningún grupo.

Figura 1: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3014



Nº en riesgo	
VRd	354 335 321 311 304 297 291 283 278 270 258 247 238 228 219 175 67 13 0
D-VRd	355 345 335 329 327 322 318 316 313 309 305 302 299 295 286 226 90 11 0

Los resultados de eficacia adicionales del estudio MMY3014 se presentan a continuación en la tabla 2.

Tabla 2: Resultados de eficacia del estudio MMY3014<sup>a</sup>

	D-VRd (n=355)	VRd (n=354)	Odds ratio (IC del 95 %) <sup>d</sup>
<b>Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) n(%)<sup>a</sup></b>	343 (96,6 %)	332 (93,8 %)	
Respuesta completa estricta (RCe)	246 (69,3 %)	158 (44,6 %)	
Respuesta completa (RC)	66 (18,6 %)	90 (25,4 %)	
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	26 (7,3 %)	68 (19,2 %)	
Respuesta parcial (RP)	5 (1,4 %)	16 (4,5 %)	
RC o mejor (RCe+RC)	312 (87,9 %)	248 (70,1 %)	3,13 (2,11; 4,65)
IC del 95 % (%)	(84,0 %; 91,1 %)	(65,0 %; 74,8 %)	
Valor de <i>p</i> <sup>b</sup>			< 0,0001
<b>Tasa de EMR negativa global<sup>a,c</sup></b>	267 (75,2 %)	168 (47,5 %)	3,40 (2,47; 4,69)
IC del 95 % (%)	(70,4 %; 79,6 %)	(42,2 %; 52,8 %)	
Valor de <i>p</i> <sup>b</sup>			< 0,0001



D-VRd = daratumumab-bortezomib-lenalidomida-dexametasona; VRd = bortezomib-lenalidomida-dexametasona; EMR = enfermedad mínima residual; IC = intervalo de confianza

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar

<sup>b</sup> Valor de *p* basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel

<sup>c</sup> Pacientes que lograron EMR negativa (umbral de 10<sup>-5</sup>) y RC o mejor

<sup>d</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio común para las tablas estratificadas

### Tratamientos en combinación para el mieloma múltiple

El estudio MMY2040 era un estudio abierto que evaluó la eficacia y la seguridad de DARZALEX® SC formulación subcutánea 1800 mg:

- en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona (D-VMP) en pacientes con mieloma múltiple (MM) de nuevo diagnóstico que no son candidatos para el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Bortezomib se administró mediante inyección subcutánea a una dosis de 1,3 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, dos veces por semana las semanas 1, 2, 4 y 5 durante el primer ciclo de 6 semanas (ciclo 1; 8 dosis) y posteriormente una vez a la semana en las semanas 1, 2, 4 y 5 durante ocho ciclos de 6 semanas (ciclos 2-9; 4 dosis por ciclo). Melfalán se administró a 9 mg/m<sup>2</sup>, y prednisona a 60 mg/m<sup>2</sup> por vía oral los días 1 a 4 de los nueve ciclos de 6 semanas (ciclos 1-9). DARZALEX® SC formulación subcutánea se mantuvo hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
- en combinación con lenalidomida y dexametasona (D-Rd) en pacientes con MM en recaída o refractario. Se administró lenalidomida (25 mg una vez al día por vía oral los días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días [4 semanas]) con dexametasona 40 mg/semana (o una dosis reducida de 20 mg/semana a los pacientes > 75 años o con IMC < 18,5). DARZALEX® SC formulación subcutánea se mantuvo hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
- en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (D-VRd) en pacientes con MM de nuevo diagnóstico que son candidatos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Bortezomib se administró por inyección subcutánea a una dosis de 1,3 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal dos veces por semana las semanas 1 y 2. Lenalidomida se administró por vía oral a 25 mg una vez al día los días 1-14; dexametasona a dosis bajas se administró a 40 mg/semana en ciclos de 3 semanas. La duración total del tratamiento fue de 4 ciclos.

Se reclutó a un total de 199 pacientes (D-VMP: 67; D-Rd: 65; D-VRd: 67). Los resultados de eficacia se determinaron mediante un algoritmo informatizado usando los criterios IMWG. El estudio alcanzó su variable primaria de TRG con D-VMP y D-Rd y la variable primaria de MBRP o mejor con D-VRd (ver tabla 3).

**Tabla 3: Resultados de eficacia del estudio MMY2040**

	<b>D-VMP (n=67)</b>	<b>D-Rd (n=65)</b>	<b>D-VRd (n=67)</b>
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP), n (%) <sup>a</sup>	60 (89,6%)	61 (93,8%)	65 (97,0%)
IC del 90% (%)	(81,3%; 95,0%)	(86,5%; 97,9%)	(90,9%; 99,5%)
Respuesta completa estricta (RCe)	13 (19,4%)	12 (18,5%)	6 (9,0%)
Respuesta completa (RC)	19 (28,4%)	13 (20,0%)	5 (7,5%)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	20 (29,9%)	26 (40,0%)	37 (55,2%)
Respuesta parcial (RP)	8 (11,9%)	10 (15,4%)	17 (25,4%)

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

MBRP o mejor (RCe+RC+MBRP)	52 (77,6%)	51 (78,5%)	48 (71,6%)
IC del 90% (%)	(67,6%; 85,7%)	(68,4%; 86,5%)	(61,2%; 80,6%)

D-VMP = daratumumab-bortezomib-melfalán-prednisona;

D-Rd = daratumumab-lenalidomida-dexametasona;

D-VRd = daratumumab-bortezomib-lenalidomida-dexametasona;

Daratumumab = DARZALEX® SC formulación subcutánea;

IC= intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Basada en los sujetos tratados.

### Tratamiento en combinación con pomalidomida y dexametasona (Pd)

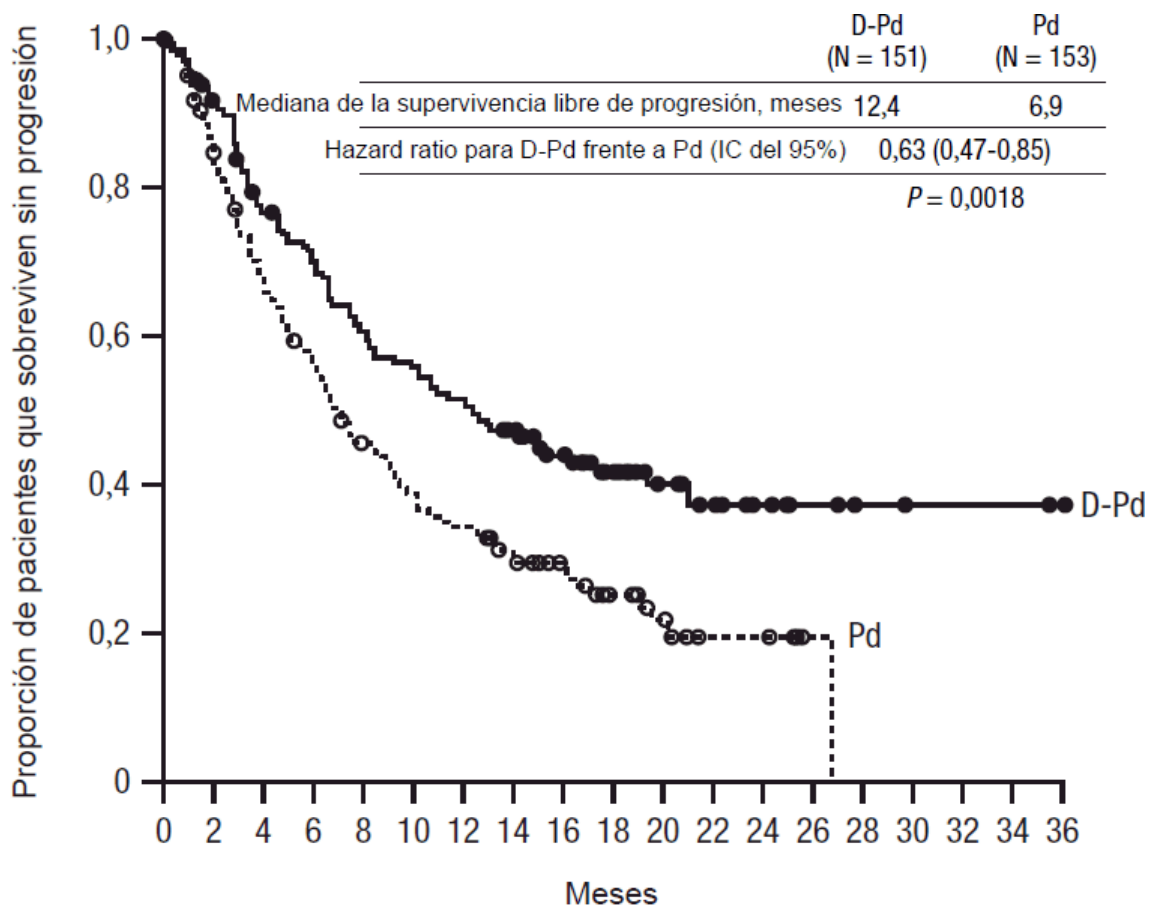
En el estudio MMY3013, un estudio fase III con control activo, abierto y aleatorizado, se comparó el tratamiento con DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en combinación con pomalidomida y dexametasona a dosis bajas (D-Pd) con el tratamiento con pomalidomida y dexametasona a dosis bajas (Pd) en pacientes con mieloma múltiple que habían recibido al menos una línea de tratamiento previa con lenalidomida y un inhibidor del proteasoma (IP). Se administró pomalidomida (4 mg una vez al día por vía oral los días 1-21 en ciclos repetidos de 28 días [4 semanas]) junto con 40 mg/semana de dexametasona por vía oral o intravenosa (o una dosis reducida de 20 mg/semana para los pacientes > 75 años). En los días de administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea, se administraron 20 mg de la dosis de dexametasona como medicamento previo a la administración y el resto se administró el día después de la administración. En los pacientes que recibían una dosis reducida de dexametasona, toda la dosis de 20 mg se administraba como medicamento previo a la administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea. Se aplicaron los ajustes de dosis a pomalidomida y dexametasona de acuerdo con la ficha técnica del fabricante. El tratamiento se mantuvo en ambos grupos hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Se aleatorizó a un total de 304 pacientes: 151 al grupo de D-Pd y 153 al grupo de Pd. Se incluyó en el estudio a los pacientes con historial registrado de progresión de la enfermedad durante o después del último tratamiento. Se excluyó a los pacientes que tenían exantema de grado  $\geq 3$  durante el tratamiento previo de acuerdo con la Ficha Técnica de pomalidomida. Las características basales demográficas y de la enfermedad fueron similares entre los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad de los pacientes era de 67 años (rango 35-90 años), el 18% tenía  $\geq 75$  años, el 53% eran varones y el 89% caucásicos. Los pacientes habían recibido una mediana de 2 líneas de tratamiento previas. Todos los pacientes recibieron un tratamiento previo con un inhibidor del proteasoma (IP) y lenalidomida y el 56% de los pacientes recibió un trasplante previo de progenitores hematopoyéticos (TAPH). El noventa y seis por ciento (96%) de los pacientes recibieron un tratamiento previo con bortezomib. La mayoría de los pacientes eran refractarios a lenalidomida (el 80%), a un IP (el 48%), o tanto a un inmunomodulador como a un IP (el 42%). El once por ciento de los pacientes recibieron 1 línea de tratamiento previa; todos eran refractarios a lenalidomida y el 32,4% eran refractarios tanto a lenalidomida como a un IP. La eficacia se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) basándose en los criterios del Grupo de Trabajo Internacional para el Mieloma (IMWG, por sus siglas en inglés).

Con una mediana de seguimiento de 16,9 meses, el análisis principal de la SLP en el estudio MMY3013 mostró una mejoría estadísticamente significativa en el grupo de D-Pd en comparación con el grupo de Pd; la mediana de la SLP fue de 12,4 meses en el grupo de D-Pd y de 6,9 meses en el grupo de Pd (HR [IC del 95%]: 0,63 [0,47; 0,85]; valor de  $p = 0,0018$ ), lo que representó un 37% de reducción del riesgo de progresión de la enfermedad o muerte para los pacientes tratados con D-Pd frente a Pd.



Figura 2: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3013



Nº en riesgo

Pd	153	121	93	79	61	52	46	36	27	17	12	5	5	1	0	0	0	0	
D-Pd	151	135	111	100	87	80	74	66	48	30	20	12	8	5	3	2	2	2	1

Se realizó un análisis de seguimiento adicional de la SG tras una mediana de seguimiento de 39,6 meses. Con una madurez de la SG del 57%, la mediana de SG fue 34,4 meses en el brazo D-Pd y 23,7 meses en el brazo Pd (HR [IC del95%]: 0,82 [0,61, 1,11]).

A continuación, en la tabla 4 se muestran los resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3013.

Tabla 4: Resultados de eficacia del estudio MMY3013<sup>a</sup>

	D-Pd (n=151)	Pd (n=153)
<b>Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) n (%)<sup>a</sup></b>	104 (68,9%)	71 (46,4%)
Valor de p <sup>b</sup>	< 0,0001	
Respuesta completa estricta (RCe)	14 (9,3%)	2 (1,3%)
Respuesta completa (RC)	23 (15,2%)	4 (2,6%)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	40 (26,5%)	24 (15,7%)
Respuesta parcial (RP)	27 (17,9%)	41 (26,8%)
<b>Tasa de EMR negativa<sup>c</sup> n(%)</b>	13 (8,7%)	3 (2,0%)
IC del 95% (%)	(4,7%; 14,3%)	(0,4%; 5,6%)
Valor de p <sup>d</sup>	0,0102	

D-Pd = daratumumab-pomalidomida-dexametasona;

Pd = pomalidomida-dexametasona;

EMR = enfermedad mínima residual;

IC = Intervalo de confianza

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel ajustada por factores de estratificación.

<sup>c</sup> La tasa de EMR negativa se basa en la población por intención de tratar y un umbral de  $10^{-5}$ .

<sup>d</sup> Valor de p obtenido de una prueba exacta de Fisher.

En los respondedores, la mediana de tiempo hasta la respuesta fue de 1 mes (rango: de 0,9 a 9,1 meses) en el grupo de D-Pd y de 1,9 meses (rango: de 0,9 a 17,3 meses) en el grupo de Pd. La mediana de la duración de la respuesta no se había alcanzado en el grupo de D-Pd (rango: de 1 a 34,9+ meses) y fue de 15,9 meses (rango: de 1+ a 24,8 meses) en el grupo de Pd.

### Tratamiento en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona en pacientes con amiloidosis AL

En el estudio AMY3001, un ensayo fase III con control activo, abierto y aleatorizado, se comparó el tratamiento con DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (D-VCd) frente al tratamiento únicamente con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (VCd) en pacientes con amiloidosis AL sistémica de nuevo diagnóstico. Se estratificó la aleatorización mediante el sistema de estadificación cardíaca de la amiloidosis AL, países que habitualmente ofrecen trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) para pacientes con amiloidosis AL y función renal.

Todos los pacientes que participaron en el estudio AMY3001 habían recibido un diagnóstico nuevo de amiloidosis AL con al menos un órgano afectado, enfermedad hematológica medible, estadio cardíaco I-IIIa (basándose en la modificación europea de mayo de 2004 de la estadificación cardíaca) y en los estadios I-IIIa según la Asociación Neoyorquina del Corazón (NYHA, por sus siglas en inglés). Se excluyó a los pacientes con clase IIIB y IV según la NYHA.

Se administró bortezomib (subcutáneo; 1,3 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal), ciclofosfamida (oral o intravenosa; 300 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal; dosis máxima de 500 mg) y dexametasona (oral o intravenosa; 40 mg o una dosis reducida de 20 mg para pacientes > 70 años o índice de masa corporal [IMC] < 18,5 o aquellas personas con hipervolemia, con diabetes mellitus mal controlada o con intolerancia previa al tratamiento con esteroides) semanalmente los días 1, 8, 15 y 22 en ciclos repetidos de 28 días [4 semanas]. Durante los días de administración de DARZALEX® SC, se administraron 20 mg de la dosis de dexametasona como medicación previa a la inyección y el resto se administró el día después de la administración de DARZALEX® SC. Se administró bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona durante seis ciclos de 28 días [4 semanas] en ambos grupos de tratamiento, además, se mantuvo el tratamiento con DARZALEX® SC hasta la progresión de la enfermedad, inicio del tratamiento subsiguiente o un máximo de 24 ciclos (~2 años) desde la primera dosis del tratamiento del estudio. Se aplicaron los ajustes de dosis en bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona de acuerdo con la ficha técnica del fabricante.

Se aleatorizó a un total de 388 pacientes: 195 al grupo de D-VCd y 193 al grupo de VCd. Las características basales demográficas y de la enfermedad fueron similares en los dos grupos de tratamiento. La mayoría (el 79%) de los pacientes presentaba enfermedad por cadenas ligeras lambda libres. La mediana de edad de los pacientes era de 64 años (rango: de 34 a 87); el 47%

tenía  $\geq 65$  años; el 58% eran varones; el 76% caucásicos, el 17% asiáticos y el 3% afroamericanos; el 23% presentaba amiloidosis AL con estadio clínico cardíaco I, el 40% presentaba estadio II, el 35% presentaba estadio IIIA y el 2% presentaba estadio IIIB. Todos los pacientes tenían uno o más órganos afectados y la mediana del número de órganos afectados era de 2 (rango: 1-6) y el 66% de los pacientes tenían 2 o más órganos afectados. La afectación de órganos vitales era: 71% cardíaca, 59% renal y 8% hepática. Se excluyó a los pacientes con neuropatía sensitiva periférica de grado 2 o con neuropatía dolorosa periférica de Grado 1. La variable primaria de la eficacia fue la tasa de respuesta completa hematológica (RCH) según la evaluación realizada por el Comité de Revisión Independiente (CRI) basándose en los criterios de consenso internacional. El estudio AMY3001 demostró una mejora de la RCH en el grupo de D-VCd en comparación con el grupo de VCd. En la tabla 5 se resumen los resultados de eficacia.

**Tabla 5: Resultados de eficacia del estudio AMY3001<sup>a</sup>**

	<b>D-VCd (n=195)</b>	<b>VCd (n=193)</b>	<b>Valor de p</b>
Respuesta completa hematológica (RCH), n (%)	104 (53,3%)	35 (18,1%)	< 0,0001 <sup>b</sup>
Muy buena respuesta parcial (MBRP), n (%)	49 (25,1%)	60 (31,1%)	
Respuesta parcial (RP), n (%)	26 (13,3%)	53 (27,5%)	
MBRP hematológica o mejor (RCH + MBRP), n (%)	153 (78,5%)	95 (49,2%)	< 0,0001 <sup>b</sup>
Supervivencia libre de progresión – deterioro de órgano principal (SLP-DOP), Tasa de riesgo con un CI del 95% <sup>c</sup>	0,58 (0,36; 0,93)		0,0211 <sup>d</sup>

D-VCd=daratumumab-bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona;

VCd=bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

<sup>c</sup> SLP-DOP definido como progresión hematológica, deterioro orgánico principal (cardíaco o renal) o muerte.

<sup>d</sup> Valor de p nominal de probabilidad inversa censurando la prueba de rango logarítmico ponderada.

En los respondedores, la mediana del tiempo hasta la RCH fue de 60 días (rango: de 8 a 299 días) en el grupo de D-VCd y de 85 días (rango: de 14 a 340 días) en el grupo de VCd. La mediana del tiempo hasta MBRP o mejor fue de 17 días (rango: de 5 a 336 días) en el grupo de D-VCd y 25 días (rango: de 8 a 171 días) en el grupo de VCd. La mediana de duración de la RCH no se había alcanzado en ninguno de los grupos.

La mediana del seguimiento del estudio fue de 11,4 meses. La mediana de la supervivencia libre de progresión - deterioro orgánico principal (SLP-DOP) no se alcanzó en los pacientes de ninguno de los grupos.

Los datos de supervivencia global (SG) no eran maduros. Se observó un total de 56 muertes [n=27 (13,8%) en el grupo de D-VCd frente a n=29 (15%) en el grupo de VCd].

### **Experiencia clínica con daratumumab concentrado para solución para perfusión (formulación intravenosa)**

#### Mieloma múltiple de nuevo diagnóstico

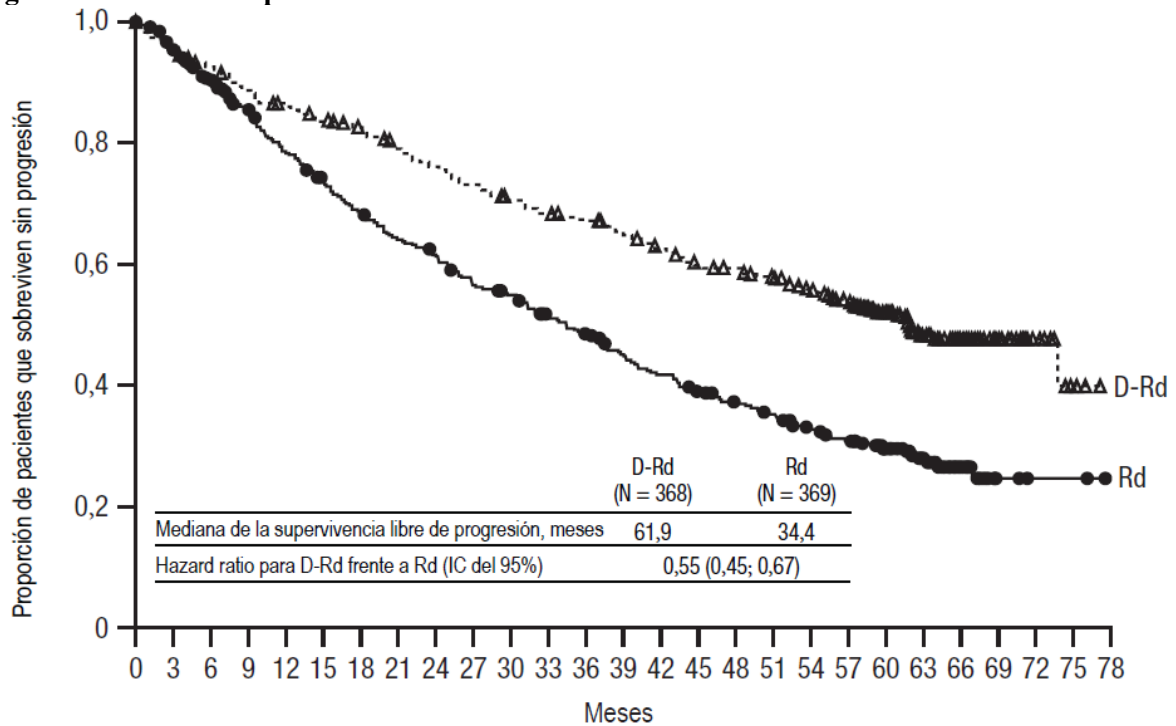
*Tratamiento en combinación con lenalidomida y dexametasona en pacientes no candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos*

En el estudio MMY3008, un ensayo de fase III, abierto, aleatorizado y con control activo, se comparó el tratamiento con daratumumab intravenoso 16 mg/kg en combinación con lenalidomida y dexametasona a dosis bajas (DRd) con el tratamiento con lenalidomida y dexametasona a dosis bajas (Rd) en pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico. Se administró lenalidomida (25 mg una vez al día, por vía oral, los días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días [4 semanas]) con dexametasona en dosis bajas oral o intravenosa a una dosis de 40 mg/semana (o a una dosis reducida de 20 mg/semana para los pacientes > 75 años o con un índice de masa corporal [IMC] < 18,5). En los días de perfusión de daratumumab intravenoso, la dosis de dexametasona se administró como medicamento previo a la perfusión. Se aplicaron ajustes de la dosis de lenalidomida y dexametasona de acuerdo con la ficha técnica del fabricante. El tratamiento se mantuvo en ambos grupos hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Se aleatorizó a un total de 737 pacientes: 368 al grupo de DRd y 369 al grupo de Rd. Las características basales demográficas y de la enfermedad eran similares en los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad era de 73 años (rango: 45-90) y el 44% de los pacientes tenían  $\geq 75$  años. La mayoría eran de raza blanca (92%), varones (52%), el 34% tenían una puntuación de 0 en la escala funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), el 49,5% tenían una puntuación funcional ECOG de 1 y el 17% tenían una puntuación funcional ECOG  $\geq 2$ . El 27% tenían un estadio I según el Sistema de Estadificación Internacional (ISS, por sus siglas en inglés), el 43% tenían un estadio ISS II y el 29% tenían un estadio ISS III. La eficacia se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) basándose en los criterios del Grupo de Trabajo Internacional para Mieloma (IMWG, por sus siglas en inglés) y la sobrevida global (SG).

Con una mediana de seguimiento de 28 meses, el análisis primario de la SLP en el estudio MMY3008 mostró una mejoría en el grupo de DRd en comparación con el grupo de Rd; la mediana de SLP no se había alcanzado en el grupo de DRd y era de 31,9 meses en el grupo de Rd (hazard ratio [HR]=0,56; IC del 95%: 0,43; 0,73;  $p < 0,0001$ ), lo que representa una reducción del 44% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte en pacientes tratados con DRd. Los resultados de un análisis actualizado de la SLP, tras una mediana de seguimiento de 64 meses continuaron mostrando una mejoría de la SLP en los pacientes del grupo de DRd en comparación con el grupo de Rd. La mediana de la SLP fue de 61,9 meses en el grupo de DRd y de 34,4 meses en el grupo de Rd (HR=0,55; IC del 95%: 0,45; 0,67).

**Figura 3: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3008**

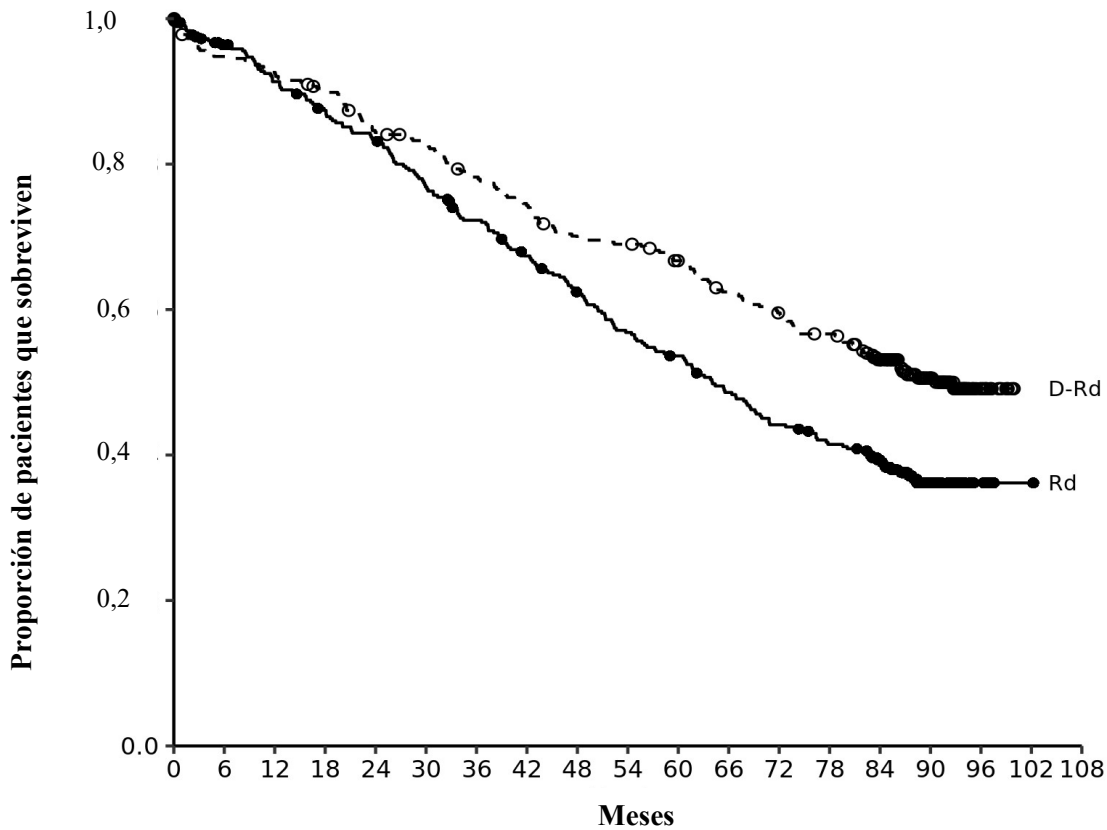


Nº en riesgo

Rd	369	333	307	280	255	237	220	205	196	179	172	156	147	134	124	114	106	99	88	81	64	47	20	4	2	2	0
D-Rd	368	347	335	320	309	300	290	276	266	256	246	237	232	223	211	200	197	188	177	165	132	88	65	28	11	3	0

Con una mediana de seguimiento de 56 meses, el grupo de DRd ha mostrado una ventaja en la SG sobre el grupo de Rd (HR=0,68; IC del 95%: 0,53; 0,86; p=0,0013). Los resultados de un análisis actualizado de la SG tras una mediana de 89 meses continuaron mostrando una mejoría en la SG en los pacientes del grupo de DRd en comparación con el grupo de Rd. La mediana de la SG fue de 90,3 meses en el grupo de DRd y de 64,1 meses en el grupo de Rd (HR=0,67; IC del 95%: 0,55; 0,82).

**Figura 4: Curva de Kaplan-Meier de la SG en el estudio MMY3008**



**Número en riesgo**

Rd	369	343	324	308	294	270	251	232	213	194	182	164	149	138	120	59	11	2	0
D-Rd	368	346	338	328	305	297	280	266	249	246	233	217	206	195	168	90	21	0	0

A continuación, en la tabla 6 se presentan resultados de eficacia adicionales del estudio MMY3008.

**Tabla 6: Resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3008<sup>a</sup>**

	<b>DRd (n=368)</b>	<b>Rd (n=369)</b>
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) n (%) <sup>a</sup>	342 (92,9%)	300 (81,3%)
Valor de p <sup>b</sup>	< 0,0001	
Respuesta completa estricta (RCe)	112 (30,4%)	46 (12,5%)
Respuesta completa (RC)	63 (17,1%)	46 (12,5%)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	117 (31,8%)	104 (28,2%)
Respuesta parcial (RP)	50 (13,6%)	104 (28,2%)
RC o mejor (RCe + RC)	175 (47,6%)	92 (24,9%)
Valor de p <sup>b</sup>	< 0,0001	
MBRP o mejor (RCe + RC + MBRP)	292 (79,3%)	196 (53,1%)
Valor de p <sup>b</sup>	< 0,0001	
Tasa de EMR negativa <sup>a,c</sup> n (%)	89 (24,2%)	27 (7,3%)
IC del 95% (%)	(19,9%; 28,9%)	(4,9%; 10,5%)
Odds ratio con IC del 95% <sup>d</sup>	4,04 (2,55; 6,39)	
Valor de p <sup>e</sup>	< 0,0001	

DRd = daratumumab-lenalidomida-dexametasona;  
 Rd = lenalidomida-dexametasona;  
 EMR = enfermedad mínima residual;  
 IC = intervalo de confianza

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es



- <sup>c</sup> Basado en un umbral de  $10^{-5}$ .
- <sup>d</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio para las tablas no estratificadas. Una odds ratio  $> 1$  indica una ventaja para DRd.
- <sup>e</sup> El valor de p se corresponde con una prueba exacta de Fisher.

En los respondedores, la mediana del tiempo hasta la respuesta fue de 1,05 meses (rango: de 0,2 a 12,1 meses) en el grupo de DRd y de 1,05 meses (rango: de 0,3 a 15,3 meses) en el grupo de Rd. La mediana de la duración de la respuesta no se había alcanzado en el grupo de DRd y fue de 34,7 meses (IC del 95%: 30,8, no estimable) en el grupo de Rd.

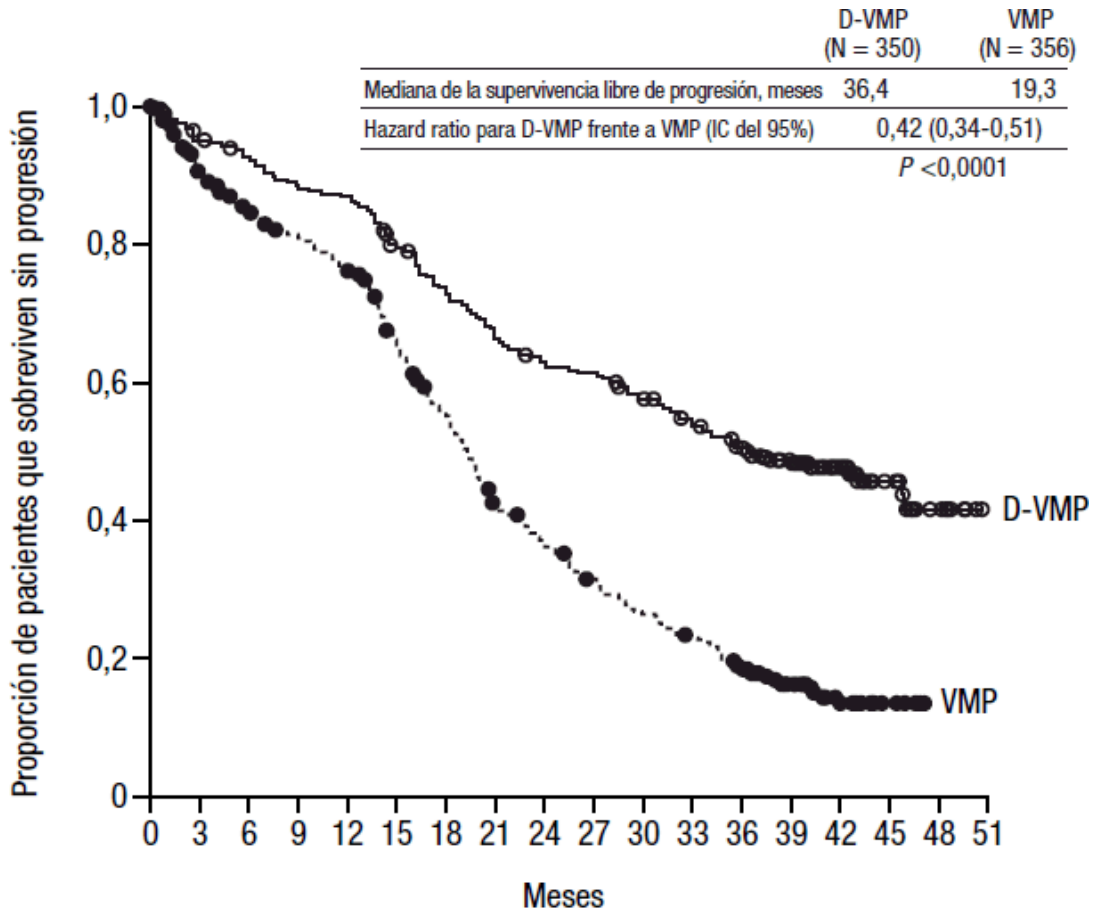
*Tratamiento en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona (VMP) en pacientes no candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos*

En el estudio MMY3007, ensayo de fase III, abierto, aleatorizado, con control activo, se comparó el tratamiento con daratumumab intravenoso 16 mg/kg en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona (D-VMP) con el tratamiento con VMP en pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico. Bortezomib se administró mediante inyección subcutánea a dosis de  $1,3 \text{ mg/m}^2$  de superficie corporal dos veces a la semana en las semanas 1, 2, 4 y 5 del primer ciclo de 6 semanas (ciclo 1; 8 dosis), seguido de administraciones una vez a la semana en las semanas 1, 2, 4 y 5 durante otros ocho ciclos más de 6 semanas (ciclos 2-9; 4 dosis por ciclo). Melfalán a dosis de  $9 \text{ mg/m}^2$  y prednisona a dosis de  $60 \text{ mg/m}^2$  se administraron por vía oral los días 1 a 4 de los nueve ciclos de 6 semanas (ciclos 1-9). El tratamiento con daratumumab intravenoso se mantuvo hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Se aleatorizó un total de 706 pacientes: 350 al grupo de D-VMP y 356 al grupo de VMP. Las características basales demográficas y de la enfermedad eran similares en los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad era de 71 años (rango: 40-93) y el 30% de los pacientes tenían  $\geq 75$  años. La mayoría eran de raza blanca (85%), mujeres (54%), el 25% tenían una puntuación de 0 en la escala funcional del ECOG, el 50% tenían una puntuación funcional ECOG de 1 y el 25% tenían una puntuación funcional ECOG de 2. Los pacientes presentaban mieloma de IgG/IgA/cadenas ligeras en el 64%/22%/10% de los casos, el 19% tenían enfermedad en estadio ISS I, el 42% tenían un estadio ISS II, el 38% tenían un estadio ISS III y el 84% tenían citogenética de riesgo estándar. La eficacia se evaluó mediante la SLP basándose en los criterios del Grupo de Trabajo Internacional para Mieloma (IMWG, por sus siglas en inglés) y en la supervivencia global (SG).

Con una mediana de seguimiento de 16,5 meses, el análisis principal de la SLP en el estudio MMY3007 mostró una mejoría en el grupo de D-VMP en comparación con el grupo de VMP; la mediana de SLP no se había alcanzado en el grupo de D-VMP y era de 18,1 meses en el grupo de VMP (HR=0,5; IC del 95%: 0,38; 0,65;  $p < 0,0001$ ). Los resultados de un análisis actualizado de la SLP tras una mediana de seguimiento de 40 meses continuaron mostrando una mejoría de la SLP en los pacientes del grupo de D-VMP en comparación con el grupo de VMP. La mediana de la SLP fue de 36,4 meses en el grupo de D-VMP y de 19,3 meses en el grupo de VMP (HR=0,42, IC del 95%: 0,34; 0,51;  $p < 0,0001$ ), lo que representa una reducción del 58% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte en pacientes tratados con D-VMP.

**Figura 5: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3007**

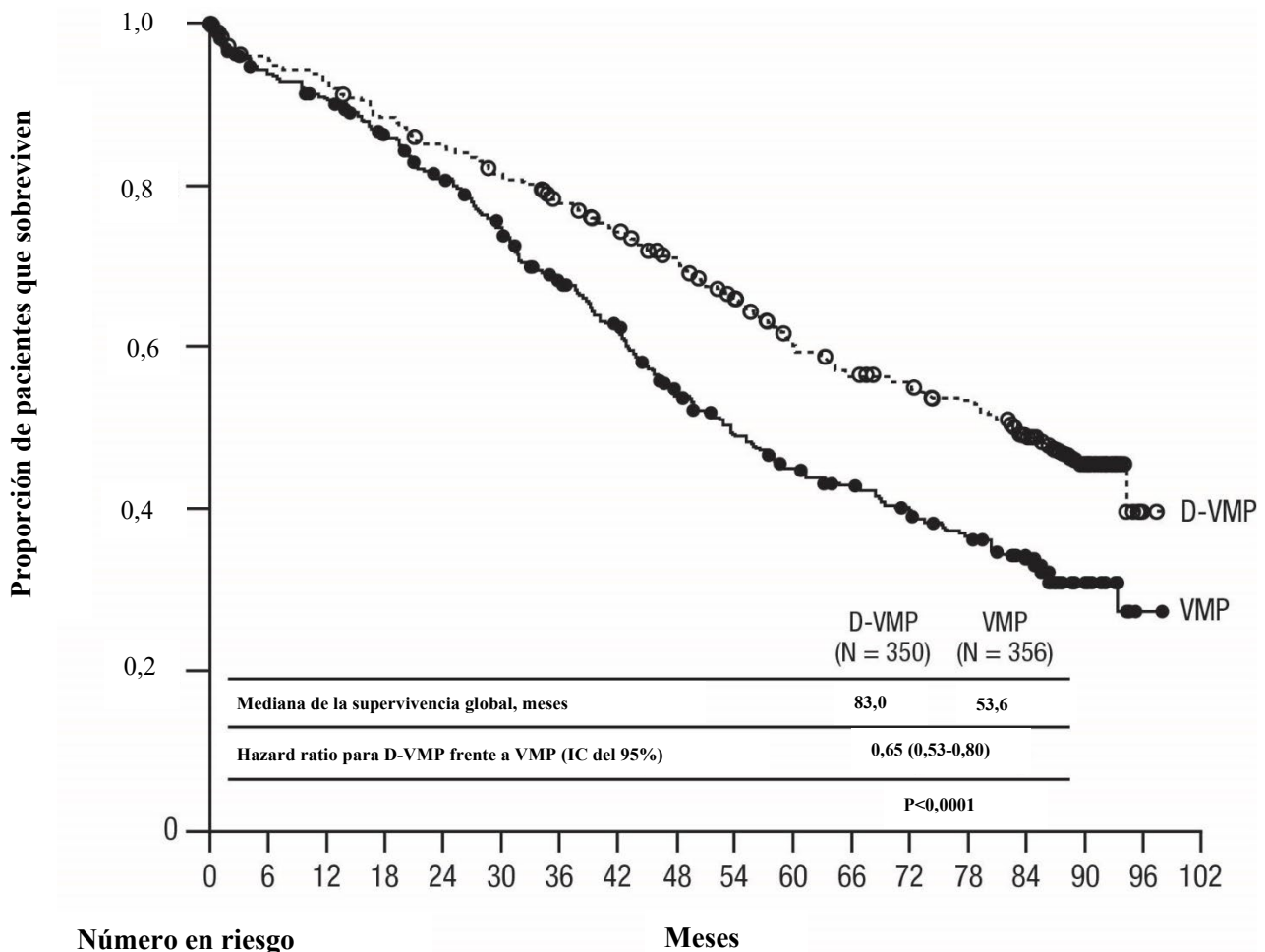


Nº en riesgo

VMP	356	304	278	263	246	207	171	128	110	93	78	67	51	29	15	7	0	0
D-VMP	350	322	312	298	292	265	243	220	207	202	188	173	160	113	63	26	9	0

Tras una mediana de seguimiento de 40 meses, el grupo de D-VMP ha mostrado una ventaja en la SG sobre el grupo de VMP (HR=0,60; IC del 95%: 0,46; 0,80; p=0,0003), lo que representa una reducción del 40% en el riesgo de muerte en pacientes tratados con D-VMP. Tras una mediana de seguimiento de 87 meses, la mediana de SG fue de 83 meses (IC 95%: 72,5, NE) en el grupo D-VMP y de 53,6 meses (IC 95%: 46,3, 60,9) en el grupo VMP.

**Figura 6: Curva de Kaplan-Meier de la SG en el estudio MMY3007**



	Número en riesgo																	
	Meses																	
	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	102
VMP	356	323	311	291	268	242	217	197	167	148	133	124	113	102	79	27	1	0
D-VMP	350	327	318	301	288	275	258	244	227	205	183	171	164	154	128	42	1	0

A continuación, en la tabla 7 se presentan resultados de eficacia adicionales del estudio MMY3007.

**Tabla 7: Resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3007<sup>a</sup>**

	D-VMP (n=350)	VMP (n=356)
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) [n (%)]	318 (90,9)	263 (73,9)
Valor de p <sup>b</sup>	< 0,0001	
Respuesta completa estricta (RCe) [n (%)]	63 (18,0)	25 (7,0)
Respuesta completa (RC) [n (%)]	86 (24,6)	62 (17,4)
Muy buena respuesta parcial (MBRP) [n (%)]	100 (28,6)	90 (25,3)
Respuesta parcial (RP) [n (%)]	69 (19,7)	86 (24,2)
Tasa de EMR negativa (IC del 95%) <sup>c</sup> (%)Odds ratio con IC del 95% <sup>d</sup>	22,3 (18,0; 27,0)	6,2 (3,9; 9,2)
Valor de p <sup>e</sup>	4,36 (2,64; 7,21)	
	< 0,0001	

D-VMP=daratumumab-bortezomib-melfalán-prednisona;  
 VMP=bortezomib-melfalán-prednisona;  
 EMR=enfermedad mínima residual;  
 IC=intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

<sup>c</sup> Basado en un umbral de  $10^{-5}$ .

<sup>d</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio común para las tablas estratificadas. Una odds ratio > 1 indica una ventaja para D-VMP.

El valor de p se corresponde con una prueba exacta de Fisher

En los respondedores, la mediana del tiempo hasta la respuesta fue de 0,79 meses (rango: de 0,4 a 15,5 meses) en el grupo de D-VMP y de 0,82 meses (rango: de 0,7 a 12,6 meses) en el grupo de VMP. La mediana de la duración de la respuesta no se había alcanzado en el grupo de D-VMP y fue de 21,3 meses (rango: 18,4; no estimable) en el grupo de VMP.

Se realizó un análisis de subgrupos en pacientes con al menos 70 años, o en aquellos entre 65-69 años con una puntuación funcional ECOG de 2, o en los menores de 65 años con comorbilidad significativa o puntuación funcional ECOG de 2 (D-VMP: n=273, VMP: n=270). Los resultados de eficacia en este subgrupo fueron consistentes con los obtenidos en la población global. En este subgrupo, la mediana de la SLP no se había alcanzado en el grupo de D-VMP y fue de 17,9 meses en el grupo de VMP (HR=0,56; IC del 95%: 0,42; 0,75;  $p < 0,0001$ ). La tasa de respuesta global fue del 90% en el grupo de D-VMP y del 74% en el grupo de VMP (tasa de MBRP: 29% en el grupo de D-VMP y 26% en el grupo de VMP; RC: 22% en el grupo de D-VMP y 18% en el grupo de VMP; tasa de RCe: 20% en el grupo de D-VMP y 7% en el grupo de VMP). Los resultados de seguridad de este subgrupo fueron consistentes con los obtenidos en la población global. Además, el análisis de seguridad del subgrupo de pacientes con una puntuación funcional ECOG de 2 (D-VMP: n=89, VMP: n=84) también fue consistente con los obtenidos en la población global.

#### *Tratamiento en combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona (VTd) en pacientes candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH)*

El estudio MMY3006 es un estudio formado por 2 partes, fase III, abierto, aleatorizado y con control activo. La parte 1 comparó el tratamiento de inducción y consolidación con daratumumab intravenoso 16 mg/kg en combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona (D-VTd) con el tratamiento con bortezomib, talidomida y dexametasona (VTd) en pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico candidatos a un TAPH. La fase de consolidación del tratamiento comenzó un mínimo de 30 días después del TAPH, cuando el paciente se había recuperado suficientemente y el injerto era completo. En la parte 2, los pacientes con al menos una respuesta parcial (RP) el día 100 después del trasplante fueron aleatorizados otra vez en un ratio 1:1 a mantenimiento con daratumumab o solo a observación. A continuación, solo se describen los resultados de la parte 1.

Bortezomib se administró mediante inyección subcutánea o inyección intravenosa en una dosis de  $1,3 \text{ mg/m}^2$  de superficie corporal dos veces a la semana durante dos semanas (días 1, 4, 8 y 11) de ciclos repetidos de tratamiento de inducción (ciclos 1-4) de 28 días (4 semanas) y dos ciclos de consolidación (ciclos 5 y 6) tras el TAPH después del ciclo 4. La talidomida se administró por vía oral en dosis de 100 mg al día durante los seis ciclos de bortezomib. La dexametasona (oral o intravenosa) se administró en dosis de 40 mg los días 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 y 23 de los ciclos 1 y 2, y de 40 mg los días 1-2 y 20 mg los días de administración posteriores (días 8, 9, 15, 16) de los ciclos 3-4. Se administraron 20 mg de dexametasona los días 1, 2, 8, 9, 15 y 16 de los ciclos 5 y 6. Los días de perfusión de daratumumab intravenoso, la dosis de dexametasona se administró por vía intravenosa como medicamento previo a la perfusión. Se aplicaron ajustes de la dosis de bortezomib, talidomida y dexametasona de acuerdo con la ficha técnica del fabricante.

Se aleatorizaron un total de 1085 pacientes: 543 al grupo de D-VTd y 542 al grupo de VTd. Las características basales demográficas y de la enfermedad eran similares en los dos grupos de tratamiento. La mediana de edad era de 58 años (rango: de 22 a 65). Todos los pacientes tenían  $\leq 65$  años: el 43% estaban en el grupo de edad  $\geq 60-65$  años, el 41% en el grupo de edad  $\geq 50-60$  años y el 16% eran menores de 50 años. La mayoría eran varones (59%), el 48% tenían una puntuación de 0 en la escala funcional ECOG, el 42% tenían una puntuación funcional ECOG de 1 y el 10% tenían una puntuación funcional ECOG de 2. El 40% tenían un estadio I según el Sistema de Estadificación Internacional (ISS), el 45% tenían un estadio ISS II y el 15% tenían un estadio ISS III.

La eficacia se evaluó mediante la tasa de respuesta completa estricta (RCe) el día 100 después del trasplante y la SLP.

**Tabla 8: Resultados de eficacia del estudio MMY3006<sup>a</sup>**

	D-VTd (n=543)	VTd (n=542)	Valor de p <sup>b</sup>
Evaluación de la respuesta el día 100 después del trasplante			
Respuesta completa estricta (RCe)	157 (28,9%)	110 (20,3%)	0,0010
RC o mejor (RCe + RC)	211 (38,9%)	141 (26,0%)	< 0,0001
Muy buena respuesta parcial o mejor (RCe+RC+MBRP)	453 (83,4%)	423 (78,0%)	
EMR negativa <sup>c,d</sup> n (%)	346 (63,7%)	236 (43,5%)	< 0,0001
IC del 95% (%)	(59,5%; 67,8%)	(39,3%; 47,8%)	
Odds ratio con IC del 95% <sup>e</sup>	2,27 (1,78; 2,90)		
EMR negativa en combinación con RC o mejor <sup>c</sup> n (%)	183 (33,7%)	108 (19,9%)	< 0,0001
IC del 95% (%)	(29,7%; 37,9%)	(16,6%; 23,5%)	
Odds ratio con IC del 95% <sup>e</sup>	2,06 (1,56; 2,72)		

D-VTd=daratumumab-bortezomib-talidomida-dexametasona;

VTd=bortezomib-talidomida-dexametasona;

EMR=enfermedad mínima residual;

IC=intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Basado en la población por intención de tratar.

<sup>b</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

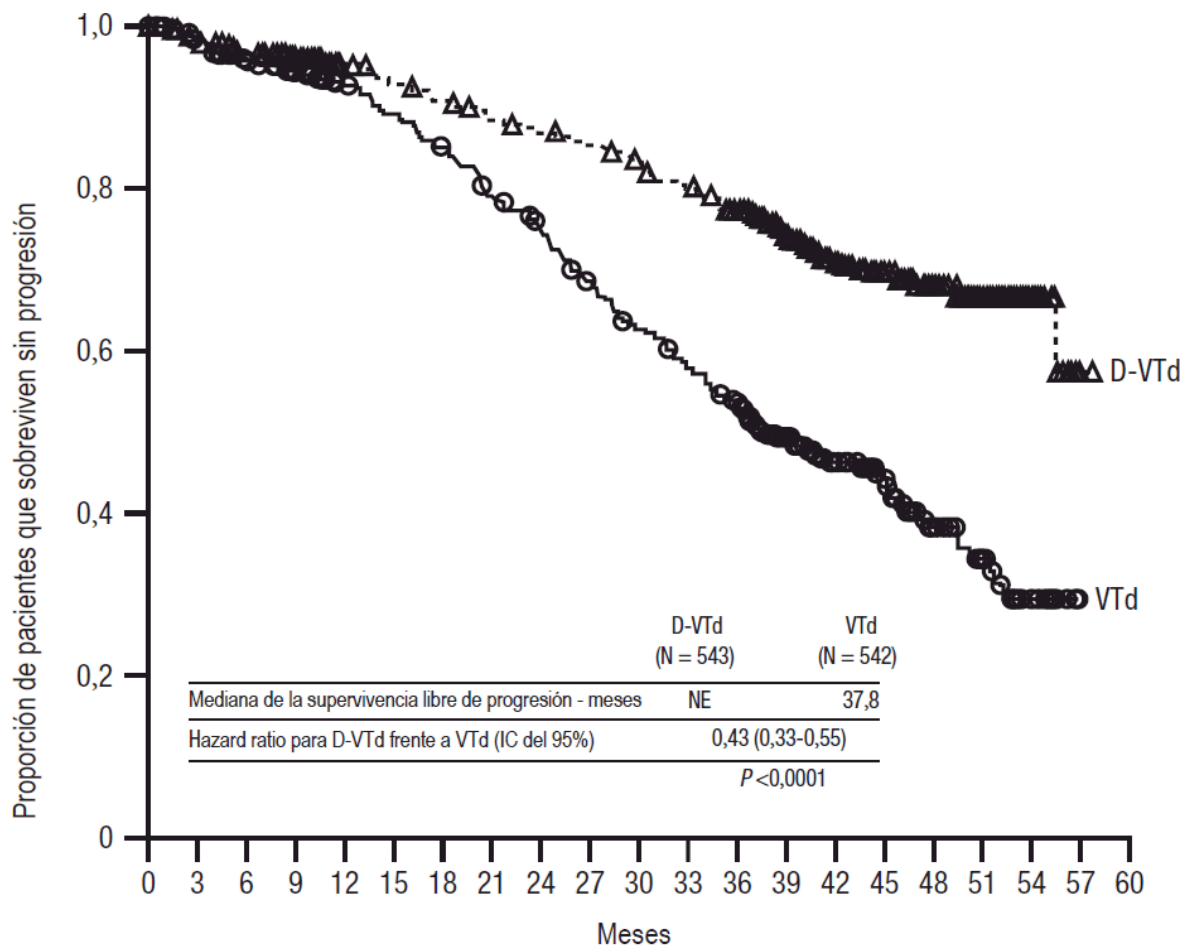
<sup>c</sup> Basado en un umbral de  $10^{-5}$ .

<sup>d</sup> Independientemente de la respuesta según IMWG.

<sup>e</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio común para las tablas estratificadas.

Con una mediana de seguimiento de 18,8 meses, el análisis primario de la SLP censurando pacientes que fueron aleatorizados a mantenimiento con daratumumab en la segunda aleatorización en el momento de la segunda aleatorización, mostró un HR=0,50; IC del 95%: 0,34; 0,75; p=0,0005. Los resultados de un análisis actualizado de la SLP con una mediana de seguimiento de 44,5 meses, censurando pacientes que fueron aleatorizados a mantenimiento con daratumumab en la segunda aleatorización, mostraron un HR=0,43; IC del 95%: 0,33; 0,55; p < 0,0001. La mediana de la SLP no fue alcanzada en el brazo de D-VTd y fue de 37,8 meses en el brazo de VTd.

Figura 7: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3006



N° en riesgo

VTd	542	522	499	433	261	250	238	220	206	186	169	156	142	106	80	59	34	24	13	0	0
D-VTd	543	524	507	454	268	259	252	244	239	233	224	216	203	164	121	90	67	45	16	1	0

Mieloma múltiple en recaída/refractario

*Monoterapia*

La eficacia clínica y la seguridad de daratumumab intravenoso en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractario al tratamiento, cuyo tratamiento previo incluyó un inhibidor del proteasoma y un fármaco inmunomodulador y que habían presentado progresión de la enfermedad con el último tratamiento, se demostraron en dos estudios abiertos.

En el estudio MMY2002, 106 pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario al tratamiento recibieron 16 mg/kg de daratumumab intravenoso hasta la progresión de la enfermedad. La mediana de edad de los pacientes era de 63,5 años (rango, de 31 a 84 años), 11% de los pacientes eran  $\geq 75$  años, el 49% eran hombres y el 79% eran caucásicos. Los pacientes habían recibido una mediana de 5 líneas de tratamiento previas. El 80% de los pacientes había recibido previamente un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH). Los tratamientos previos incluyeron bortezomib (99%), lenalidomida (99%), pomalidomida (63%) y carfilzomib (50%). En el estado basal, el 97% de los pacientes eran refractarios a la última línea de tratamiento, el 95% eran doblemente refractarios a un inhibidor del proteasoma (IP) y a un fármaco inmunomodulador (IMID), el 77% eran refractarios a



agentes alquilantes, el 63% eran refractarios a pomalidomida y el 48% eran refractarios a carfilzomib.

En la tabla 9 a continuación se presentan los resultados de eficacia del análisis intermedio previsto basado en la evaluación realizada por el Comité de Revisión Independiente (CRI).

**Tabla 9: Resultados de eficacia evaluados por el CRI para el estudio MMY2002**

<b>VARIABLES DE LA EFICACIA</b>	<b>DARATUMUMAB INTRAVENOSO 16 mg/kg N=106</b>
Tasa de respuesta global <sup>1</sup> (TRG: RCe+RC+MBRP+RP) [n (%)] IC del 95% (%)	31 (29,2) (20,8; 38,9)
Respuesta completa estricta (RCe) [n (%)]	3 (2,8)
Respuesta completa (RC) [n]	0
Muy Buena respuesta parcial (MBRP) [n (%)]	10 (9,4)
Respuesta parcial (RP) [n (%)]	18 (17,0)
Tasa de beneficio clínico (TRG + RM) [n (%)]	36 (34,0)
Mediana de la duración de la respuesta [meses (IC del 95%)]	7,4 (5,5; NE)
Mediana del tiempo hasta la respuesta [meses (intervalo)]	1 (0,9; 5,6)

<sup>1</sup> Variable principal de la eficacia (criterios del Grupo de trabajo internacional sobre el mieloma).

IC=intervalo de confianza;

NE=no estimable;

RM=respuesta mínima.

La tasa de respuesta global (TRG) en MMY2002 fue similar independientemente del tipo de tratamiento previo contra el mieloma.

En una actualización de la supervivencia con una mediana de duración del seguimiento de 14,7 meses, la mediana de la SG fue de 17,5 meses (IC del 95%: 13,7; no estimable).

En el estudio GEN501, 42 pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario al tratamiento recibieron 16 mg/kg de daratumumab intravenoso hasta progresión de la enfermedad. La mediana de edad de los pacientes era de 64 años (rango, de 44 a 76 años), el 64% eran hombres y el 76% eran Caucásicos. Los pacientes del estudio habían recibido una mediana de 4 líneas de tratamiento previas. El 74% de los pacientes había recibido previamente un TAPH. Los tratamientos previos incluyeron bortezomib (100%), lenalidomida (95%), pomalidomida (36%) y carfilzomib (19%). En el momento basal, el 76% de los pacientes eran refractarios a la última línea de tratamiento, el 64% eran doblemente refractarios a un IP y a un IMiD, el 60% eran refractarios a agentes alquilantes, el 36% eran refractarios a pomalidomida y el 17% eran refractarios a carfilzomib.

El análisis intermedio previsto mostró que el tratamiento con daratumumab en dosis de 16 mg/kg dio lugar a una TRG del 36%, con una RC del 5% y una MBRP del 5%. La mediana del tiempo hasta la respuesta fue de 1 mes (intervalo: de 0,5 a 3,2). No se alcanzó la mediana de la duración de la respuesta (IC del 95%: 5,6 meses; no estimable).

En una actualización de la supervivencia con una mediana de duración del seguimiento de 15,2 meses, no se alcanzó la mediana de la SG (IC del 95%: 19,9 meses; no estimable), el 74% de los sujetos seguían vivos.

#### *Tratamiento en combinación con lenalidomida:*

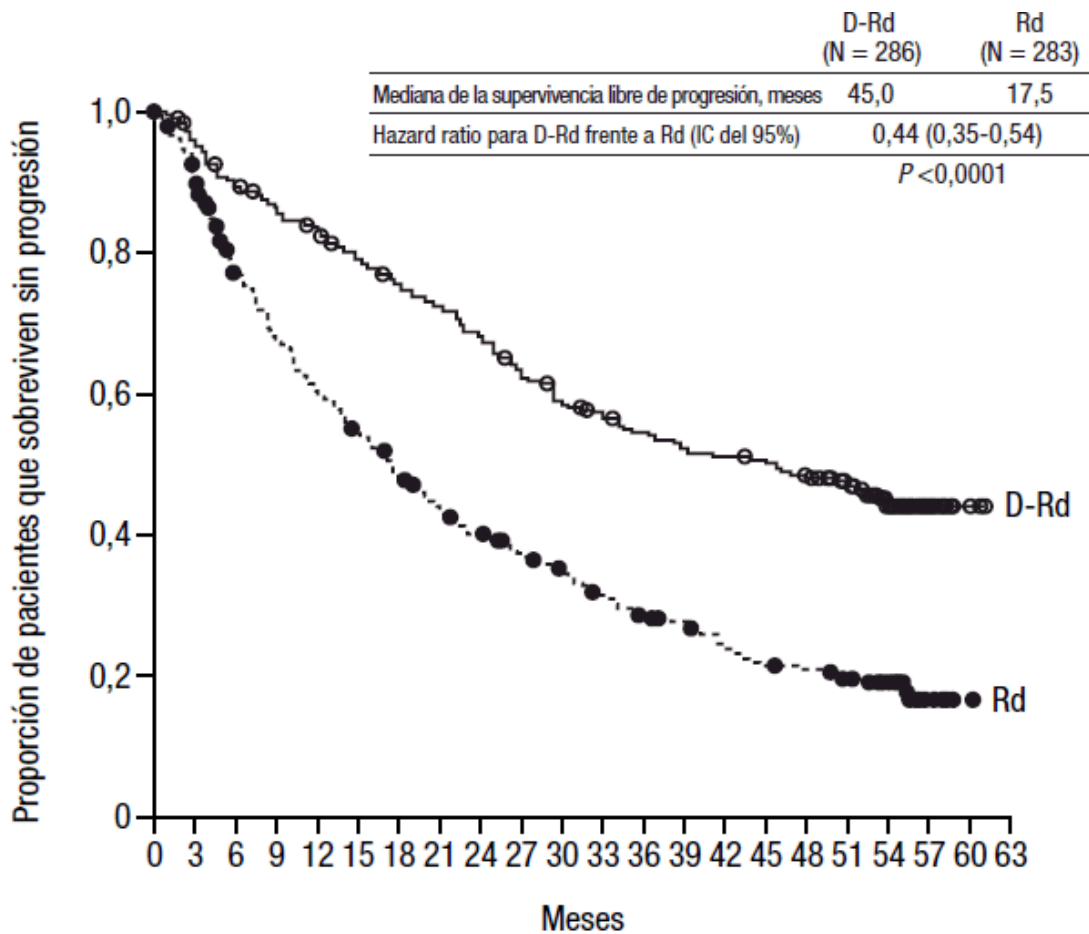
En el estudio MMY3003, un estudio de fase III de control activo, abierto, aleatorizado, se comparó el tratamiento con daratumumab intravenoso 16 mg/kg en combinación con

lenalidomida y dexametasona a dosis bajas (DRd) frente al tratamiento con lenalidomida y dexametasona a dosis bajas (Rd) en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario que habían recibido al menos un tratamiento previo. Se administró lenalidomida (25 mg una vez al día, por vía oral, los días 1-21 de ciclos repetidos de 28 días [4 semanas]) con dexametasona en dosis bajas a una dosis de 40 mg/semana (o a una dosis reducida de 20 mg/semana para los pacientes > 75 años o con un IMC < 18,5). En los días de perfusión de daratumumab intravenoso, se administraron 20 mg de la dosis de dexametasona como medicamento previo a la perfusión y el resto se administró el día siguiente a la perfusión. El tratamiento se continuó en ambos grupos hasta la progresión de la enfermedad o la aparición de una toxicidad inaceptable.

Se aleatorizó a un total de 569 pacientes, 286 al grupo de DRd y 283 al grupo de Rd. Las características demográficas y patológicas basales eran similares entre el grupo de daratumumab intravenoso y el grupo control. La mediana de la edad de los pacientes era de 65 años (intervalo de 34 a 89 años) y el 11% tenía  $\geq 75$  años. La mayoría de los pacientes (86%) recibió un IP previo, el 55% de los pacientes había recibido un IMiD previo, incluidos un 18% de pacientes que había recibido lenalidomida de forma previa; y el 44% de los pacientes había recibido tanto un IP como un IMiD, previamente. Al inicio, el 27% de los pacientes eran refractarios a la última línea de tratamiento. El 18% de los pacientes eran refractarios sólo a un IP, y el 21% eran refractarios a bortezomib. Se excluyó del estudio a los pacientes refractarios a lenalidomida.

Con una mediana de seguimiento de 13,5 meses, el análisis principal de la SLP en el estudio MMY3003 demostró una mejora en el grupo de DRd comparado con el grupo de Rd, la mediana de la SLP no había sido alcanzada en el grupo de DRd y fue de 18,4 meses en el grupo de Rd (HR=0,37; IC del 95%: 0,27; 0,52;  $p < 0,0001$ ). Los resultados de un análisis actualizado de la SLP tras una mediana de seguimiento de 55 meses continuaron mostrando una mejoría de la SLP en los pacientes del grupo de DRd en comparación con el grupo de Rd. La mediana de la SLP fue de 45,0 meses en el grupo de DRd y de 17,5 meses en el grupo de Rd (HR=0,44, IC del 95%: 0,35; 0,54;  $p < 0,0001$ ), lo que representa una reducción del 56% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte en pacientes tratados con DRd (ver la figura 8).

### Figura 8: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3003

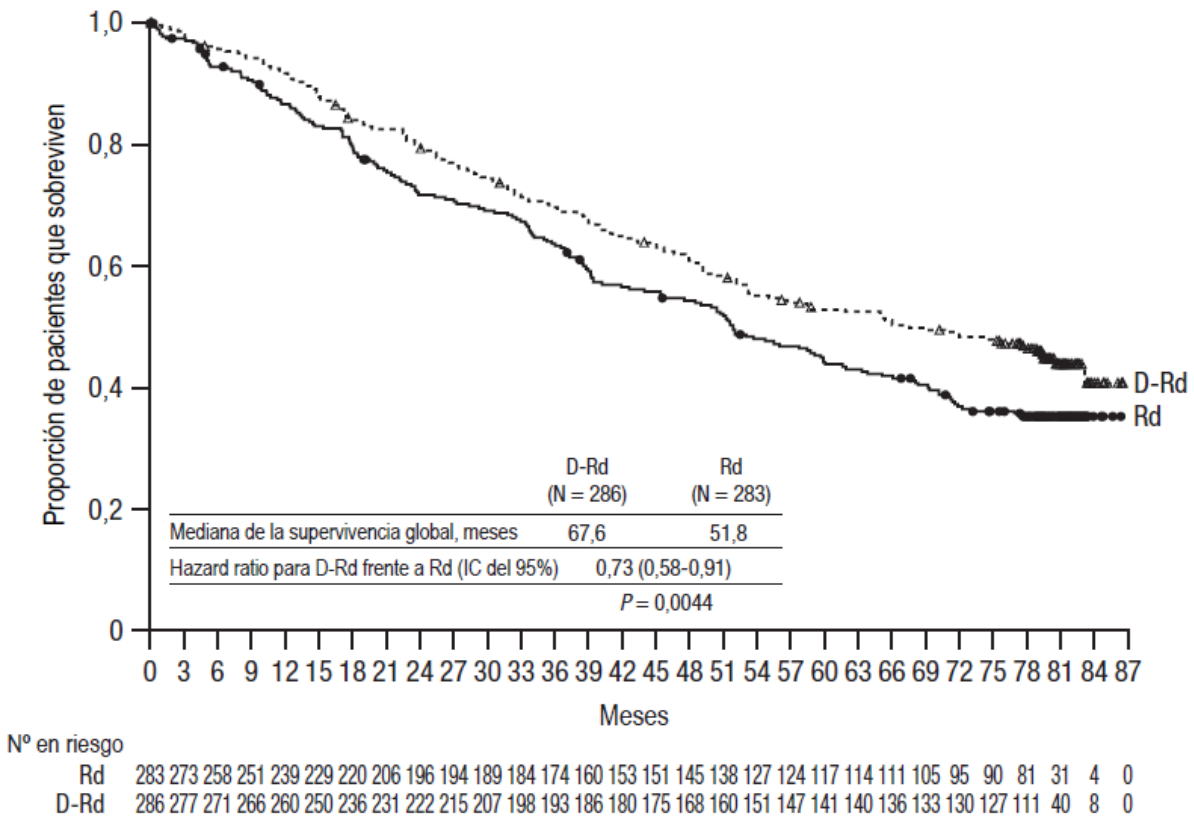


Nº en riesgo

Rd	283	249	206	181	160	144	127	112	102	91	83	75	66	63	53	48	45	40	28	5	1	0
D-Rd	286	266	249	238	229	215	204	195	184	168	156	151	143	136	134	131	125	115	76	16	3	0

Tras una mediana de seguimiento de 80 meses, el grupo de DRd ha mostrado una ventaja en la SG sobre el grupo de Rd (HR=0,73; IC del 95%: 0,58; 0,91; p=0,0044). La mediana de la SG fue de 67,6 meses en el grupo de DRd y de 51,8 meses en el grupo de Rd.

**Figura 9: Curva de Kaplan-Meier de la SG en el estudio MMY3003**



En la tabla 10 a continuación se presentan resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3003.

**Tabla 10: Resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3003**

Número de pacientes evaluables por la respuesta	DRd (n=281)	Rd (n=276)
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) n(%)	261 (92,9)	211 (76,4)
Valor de p <sup>a</sup>	< 0,0001	
Respuesta completa estricta (RCe)	51 (18,1)	20 (7,2)
Respuesta completa (RC)	70 (24,9)	33 (12,0)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	92 (32,7)	69 (25,0)
Respuesta parcial (RP)	48 (17,1)	89 (32,2)
Mediana del tiempo hasta respuesta (meses [IC del 95%])	1,0 (1,0; 1,1)	1,3 (1,1; 1,9)
Mediana de la duración de respuesta (meses [IC del 95%])	NE (NE, NE)	17,4 (17,4; NE)
Tasa de EMR negativa (IC del 95%) <sup>b</sup> (%)	21,0 (16,4; 26,2)	2,8 (1,2; 5,5)
Odds ratio con IC del 95% <sup>c</sup>	9,31 (4,31; 20,09)	
Valor de p <sup>d</sup>	< 0,0001	

DRd=daratumumab-lenalidomida-dexametasona;  
 Rd=lenalidomida-dexametasona;  
 EMR=enfermedad mínima residual;  
 IC=intervalo de confianza;  
 NE=no estimable.

<sup>a</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

<sup>b</sup> Basado en la población por intención de tratar y un umbral de 10<sup>-5</sup>.

<sup>c</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio común. Una odds ratio > 1 indica una ventaja para DRd.

El valor de p se corresponde con una prueba exacta de Fisher

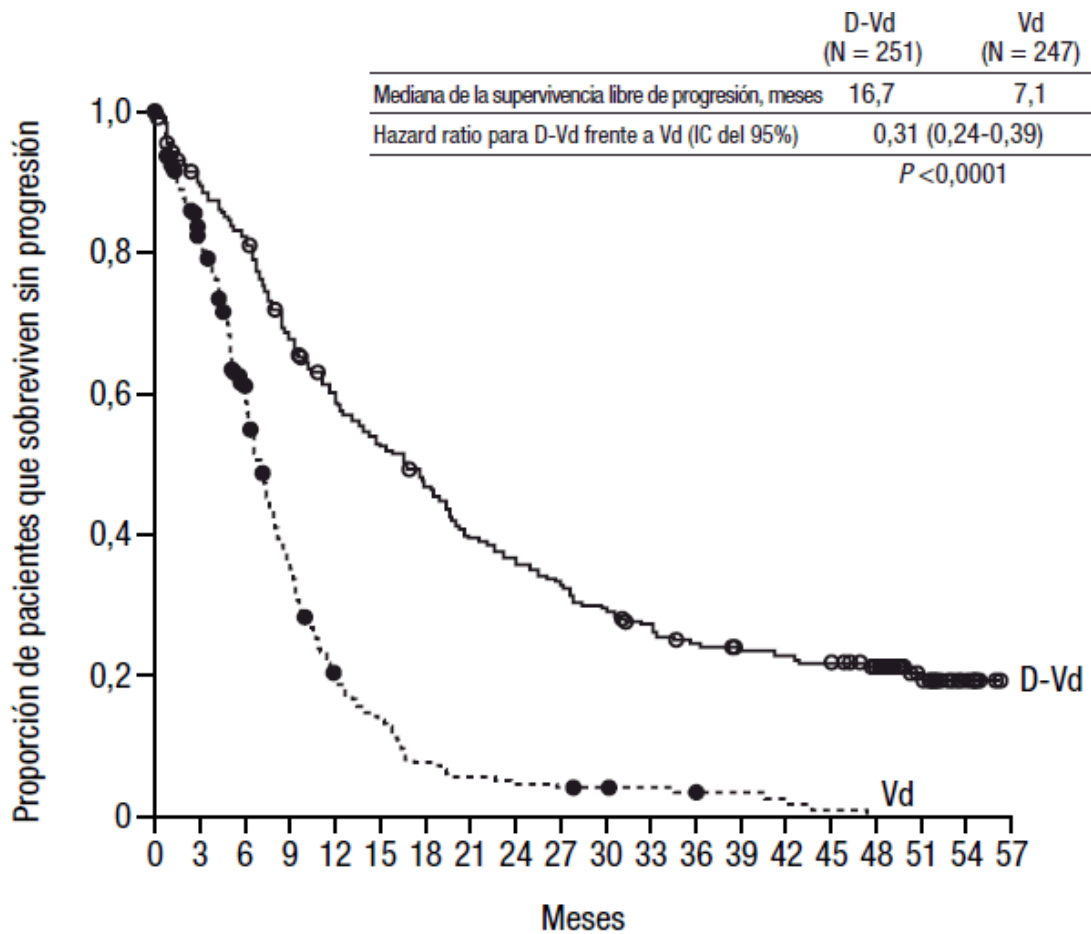
*Tratamiento en combinación con bortezomib*

En el estudio MMY3004, un estudio de fase III de control activo, abierto, aleatorizado, se comparó el tratamiento con daratumumab intravenoso 16 mg/kg en combinación con bortezomib y dexametasona (DVd) frente al tratamiento con bortezomib y dexametasona (Vd) en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario que habían recibido al menos un tratamiento previo. Bortezomib se administró mediante inyección subcutánea o inyección intravenosa en una dosis de 1,3 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal dos veces por semana durante dos semanas (días 1, 4, 8 y 11) de ciclos repetidos de 21 días (3 semanas) de tratamiento, durante un total de 8 ciclos. La dexametasona fue administrada por vía oral en una dosis de 20 mg los días 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12 de cada uno de los 8 ciclos de bortezomib (80 mg/semana durante dos de las tres semanas del ciclo de bortezomib) o una dosis reducida de 20 mg/semana para los pacientes > 75 años, con un IMC < 18,5, con diabetes mellitus mal controlada o con intolerancia previa al tratamiento con esteroides. En los días de perfusión de daratumumab intravenoso se administraron 20 mg de dexametasona como medicamento previo a la perfusión. El tratamiento con daratumumab intravenoso se continuó hasta la progresión de la enfermedad o hasta la aparición de una toxicidad inaceptable.

Se aleatorizó a un total de 498 pacientes, 251 al grupo de DVd y 247 al grupo de Vd. Las características demográficas y patológicas basales eran similares entre el grupo de daratumumab intravenoso y el grupo de control. La mediana de edad de los pacientes era de 64 años (intervalo de 30 a 88 años) y el 12% tenían ≥ 75 años. El 69% de los pacientes había recibido un IP previo (el 66% había recibido bortezomib) y el 76% de los pacientes había recibido un IMiD (el 42% había recibido lenalidomida). Al inicio, el 32% de los pacientes eran refractarios a la última línea de tratamiento. El 33% de los pacientes eran refractarios sólo a un IMiD, y el 28% eran refractarios a lenalidomida. Se excluyeron del estudio los pacientes refractarios a bortezomib.

Con una mediana de seguimiento de 7,4 meses, el análisis primario de la SLP en el estudio MMY3004 demostró una mejora en el grupo de DVd comparado con el grupo de Vd, la mediana de la SLP no había sido alcanzada en el grupo de DVd y fue de 7,2 meses en el grupo de Vd (HR [IC del 95%]: 0,39 [0,28; 0,53]; valor de p < 0,0001). Los resultados de un análisis actualizado de la SLP realizado tras una mediana de seguimiento de 50 meses continuaron mostrando una mejoría de la SLP en los pacientes del grupo de DVd en comparación con el grupo de Vd. La mediana de la SLP fue de 16,7 meses en el grupo de DVd y de 7,1 meses en el grupo de Vd (HR [IC del 95%]: 0,31 [0,24; 0,39]; valor de p < 0,0001), lo que representa una reducción del 69% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte en pacientes tratados con DVd frente a Vd (ver figura 10).

#### **Figura 10: Curva de Kaplan-Meier de la SLP en el estudio MMY3004**



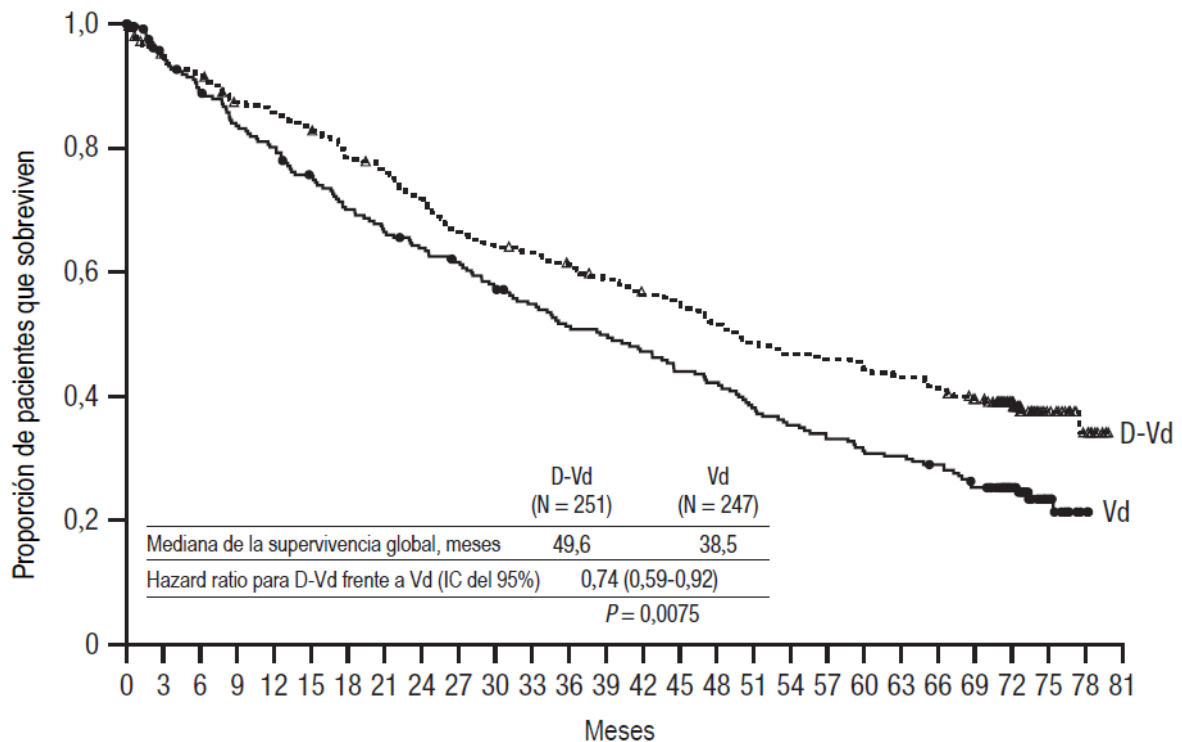
Nº en riesgo

Vd	247	182	129	74	39	27	15	11	9	8	7	6	5	4	2	1	0	0	0	0
D-Vd	251	215	198	161	138	123	109	92	85	77	68	61	54	50	48	46	38	20	7	0

Tras una mediana de seguimiento de 73 meses, el grupo de DVd ha mostrado una ventaja en la SG sobre el grupo de Vd (HR=0,74; IC del 95%: 0,59; 0,92; p=0,0075). La mediana de la SG fue de 49,6 meses en el grupo de DVd y de 38,5 meses en el grupo de Vd.

**Figura 11: Curva de Kaplan-Meier de la SG en el estudio MMY3004**





Nº en riesgo

	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81
Vd	247	219	206	192	184	172	159	151	144	138	129	121	113	110	104	97	93	84	78	73	68	67	63	54	34	13	2	0
D-Vd	251	231	225	211	207	201	189	182	172	159	154	150	144	138	132	128	120	113	109	107	103	100	96	88	54	24	9	0

En la tabla 11 se muestran resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3004.

**Tabla 11: Resultados adicionales de eficacia del estudio MMY3004**

Número de pacientes evaluables por la respuesta	DVd (n=240)	Vd (n=234)
Respuesta global (RCe+RC+MBRP+RP) n (%)	199 (82,9)	148 (63,2)
Valor de p <sup>a</sup>	<0,0001	
Respuesta completa estricta (RCe)	11 (4,6)	5 (2,1)
Respuesta completa (RC)	35 (14,6)	16 (6,8)
Muy buena respuesta parcial (MBRP)	96 (40,0)	47 (20,1)
Respuesta parcial (RP)	57 (23,8)	80 (34,2)
Mediana del tiempo hasta la respuesta (meses [intervalo])	0,9 (0,8; 1,4)	1,6 (1,5; 2,1)
Mediana de la duración de la respuesta (meses [IC del 95%])	NE (11,5; NE)	7,9 (6,7; 11,3)
Tasa de EMR negativa (IC del 95%) <sup>b</sup>	8,8% (5,6%; 13,0%)	1,2% (0,3%; 3,5%)
Odds ratio con IC del 95% <sup>c</sup>	9,04 (2,53; 32,21)	
Valor de p <sup>d</sup>	0,0001	

DVd=daratumumab-bortezomib-dexametasona;

Vd=bortezomib-dexametasona;

EMR=enfermedad mínima residual;

IC=intervalo de confianza;

NE=no estimable.

<sup>a</sup> Valor de p basado en una prueba de Chi cuadrado de Cochran Mantel-Haenszel.

<sup>b</sup> Basado en la población por intención de tratar y un umbral de 10<sup>-5</sup>.

<sup>c</sup> Se utiliza una estimación de Mantel-Haenszel de la odds ratio común. Una odds ratio > 1 indica una ventaja para DVd.

<sup>d</sup> El valor de p se corresponde con una prueba exacta de Fisher.

### Electrofisiología cardíaca

Daratumumab, al tratarse de una proteína de gran tamaño, tiene una baja probabilidad de interacción directa sobre el canal iónico. El efecto de daratumumab sobre el intervalo QTc fue evaluado en un estudio abierto (Estudio GEN501) de 83 pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario después de perfusiones de daratumumab (4 a 24 mg/kg). Los análisis de farmacocinética- farmacodinamia lineal mixta no reflejaron un alargamiento significativo en la media del intervalo QTcF (es decir, mayor de 20ms) a la Cmax de daratumumab.

### Población pediátrica

La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con DARZALEX® SC en todos los grupos de la población pediátrica en mieloma múltiple (ver “Posología y modo de administración” para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica).

### **Propiedades farmacocinéticas**

En pacientes con mieloma múltiple, la exposición a daratumumab en un estudio en monoterapia siguiendo la administración recomendada de 1800 mg de DARZALEX® SC formulación subcutánea (una vez a la semana durante 8 semanas, cada dos semanas durante 16 semanas y posteriormente una vez al mes) en comparación con 16 mg/kg de daratumumab intravenoso con la misma pauta posológica, mostró la no inferioridad en la variable coprimaria C<sub>valle</sub> máxima (día 1 del ciclo 3 antes de la administración), con una media ± DE de 593 ± 306 µg/ml frente a 522 ± 226 µg/ml para daratumumab intravenoso, con un cociente de medias geométricas de 107,93% (IC del 90%: 95,74-121,67).

En un estudio en combinación, AMY3001, en pacientes con amiloidosis AL, la C<sub>valle</sub> máxima (día 1 del ciclo 3 antes de la administración) fue similar a la del mieloma múltiple con una media ± DE de 597 ± 232 µg/ml siguiendo la administración recomendada de 1800 mg de DARZALEX® SC formulación subcutánea (una vez a la semana durante 8 semanas, cada dos semanas durante 16 semanas y posteriormente una vez al mes).

Siguiendo la dosis recomendada de 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, las concentraciones máximas (C<sub>máx</sub>) aumentaron 4,8 veces y la exposición total (AUC<sub>0-7 días</sub>) aumentó 5,4 veces desde la primera dosis a la última dosis semanal (8ª dosis). Las concentraciones valle más altas de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea se observan habitualmente al final de las pautas posológicas semanales tanto en tratamiento en monoterapia como en combinación.

En pacientes con mieloma múltiple, las concentraciones valle simuladas después de la administración de 6 dosis semanales de 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en tratamiento en combinación fueron similares a 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en monoterapia.

En pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a TAPH, la exposición a daratumumab en un estudio en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (MMY3014) fue similar a la de la monoterapia, con la C<sub>valle</sub> máxima (día 1 del ciclo 3 antes de la administración) media ± DE de 526 ± 209 µg/ml siguiendo la administración recomendada de 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable

subcutánea (una vez a la semana durante 8 semanas, cada dos semanas durante 16 semanas y posteriormente una vez al mes).

En pacientes con mieloma múltiple, la exposición a daratumumab en un estudio en combinación con pomalidomida y dexametasona (estudio MMY3013) fue similar a la de la monoterapia, con la C<sub>valle</sub> máxima (día 1 del ciclo 3 antes de la administración) media  $\pm$  DE de  $537 \pm 277$   $\mu\text{g/ml}$  siguiendo la administración recomendada de 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea (una vez a la semana durante 8 semanas, cada dos semanas durante 16 semanas y posteriormente una vez al mes).

### Absorción y distribución

A la dosis recomendada de 1800 mg en pacientes con mieloma múltiple, la biodisponibilidad absoluta de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es del 69%, con una tasa de absorción de  $0,012$  hora<sup>-1</sup>, y las concentraciones máximas se alcanzan entre las 70 y 72 h (T<sub>máx</sub>). A la dosis recomendada de 1800 mg en pacientes con amiloidosis AL, no se estimó la biodisponibilidad absoluta, la constante de la tasa de absorción fue de  $0,77$  día<sup>-1</sup> (8,31% de VC) y las concentraciones máximas ocurrieron a los 3 días.

La media del volumen de distribución estimada por modelación para el compartimento central fue de 5,25 litros (36,9% de VC) y para el compartimento periférico (V<sub>2</sub>) fue de 3,78 litros en monoterapia con daratumumab y la media del volumen de distribución estimada por modelación para V<sub>1</sub> fue de 4,36 litros (28,0% de VC) y V<sub>2</sub> fue de 2,80 litros cuando se administró daratumumab en combinación con pomalidomida y dexametasona en pacientes con mieloma múltiple. En pacientes con amiloidosis AL, el volumen de distribución aparente estimado por modelación después de la administración subcutánea es de 10,8 litros (3,1% de VC). Estos resultados sugieren que daratumumab se localiza principalmente en el sistema vascular con distribución tisular extravascular limitada.

### Metabolismo y eliminación

Daratumumab muestra una farmacocinética tanto dependiente del tiempo como de la concentración con eliminación paralela lineal y no lineal (saturable) que es característica del aclaramiento mediado por diana. El modelo farmacocinético (FC) poblacional estimó que el valor del aclaramiento medio de daratumumab es de 4,96 ml/h (58,7% de VC) en monoterapia con daratumumab y de 4,32 ml/h (43,5% de VC) cuando daratumumab se administra en combinación con pomalidomida y dexametasona en pacientes con mieloma múltiple. En pacientes con amiloidosis AL, el aclaramiento aparente tras la administración subcutánea es de 210 ml/día (4,1% de VC). La media geométrica basada en el modelo para la semivida asociada a la eliminación lineal es de 20,4 días (22,4% de VC) en monoterapia con daratumumab y de 19,7 días (15,3% de VC) cuando daratumumab se administra en combinación con pomalidomida y dexametasona en pacientes con mieloma múltiple y de 27,5 días (74,0% de VC) en pacientes con amiloidosis AL. Para los regímenes en monoterapia y tratamiento en combinación, se alcanza estado estacionario aproximadamente a los 5 meses en cada administración cada 4 semanas a la dosis y con la pauta posológica recomendadas (1800 mg; una vez a la semana durante 8 semanas, cada 2 semanas durante 16 semanas, y posteriormente cada 4 semanas).

Se realizó un análisis FC poblacional usando datos de estudios de mieloma múltiple con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en monoterapia y en tratamiento en combinación, y las exposiciones FC previstas se resumen en la tabla 12. Las exposiciones a

daratumumab fueron similares entre los pacientes tratados con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en monoterapia y en combinación.

**Tabla 12: Exposición a daratumumab tras la administración en monoterapia de DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) o daratumumab intravenoso (16 mg/kg) en pacientes con mieloma múltiple.**

Parámetro FC	Ciclos	Daratumumab subcutáneo Mediana (percentil 5°; 95°)	Daratumumab intravenoso Mediana (percentil 5°; 95°)
C <sub>valle</sub> (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	123 (36; 220)	112 (43; 168)
	Ciclo 2, última dosis semanal (día 1 del ciclo 3 C <sub>valle</sub> )	563 (177; 1063)	472 (144; 809)
C <sub>máx</sub> (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	132 (54; 228)	256 (173; 327)
	Ciclo 2, última dosis semanal	592 (234; 1114)	688 (369; 1061)
AUC <sub>0-7 días</sub> (µg/ml•día)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	720 (293; 1274)	1187 (773; 1619)
	Ciclo 2, última dosis semanal	4017 (1515; 7564)	4019 (1740; 6370)

Las exposiciones FC previstas para los 526 pacientes con mieloma múltiple candidatos a trasplante que recibieron DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en combinación con VRd se resumen en la tabla 13.

**Tabla 13: Exposición a daratumumab tras la administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en combinación con VRd en pacientes con mieloma múltiple candidatos a trasplante**

Parámetros FC	Ciclos	Daratumumab subcutáneo Mediana (percentil 5°; 95°)
C <sub>valle</sub> (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	113 (66; 171)
	Ciclo 2, última dosis semanal (día 1 del ciclo 3 C <sub>valle</sub> )	651 (413; 915)
C <sub>máx</sub> (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	117 (67; 179)
	Ciclo 2, última dosis semanal	678 (431; 958)
AUC <sub>0-7 días</sub> (µg/ml•día)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	643 (322; 1027)
	Ciclo 2, última dosis semanal	4637 (2941; 6522)

Se realizó un análisis FC poblacional usando datos del tratamiento en combinación con DARZALEX® SC solución para inyección subcutánea en pacientes con amiloidosis AL, para el que se utilizaron datos de 211 pacientes. A la dosis recomendada de 1800 mg, las concentraciones previstas de daratumumab fueron ligeramente mayores, aunque generalmente en el mismo rango, en comparación con los pacientes con mieloma múltiple.

**Tabla 14: Exposición a daratumumab tras la administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en pacientes con amiloidosis AL.**

Parámetro FC	Ciclos	Daratumumab subcutáneo Mediana (percentil 5°; 95°)
Cvalle (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	138 (86; 195)
	Ciclo 2, última dosis semanal (día 1 del ciclo 3 Cvalle)	662 (315; 1037)
Cmáx (µg/ml)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	151 (88; 226)
	Ciclo 2, última dosis semanal	729 (390; 1105)
AUC0-7días (µg/ml•día)	Ciclo 1, 1ª dosis semanal	908 (482; 1365)
	Ciclo 2, última dosis semanal	4855 (2562; 7522)

## Poblaciones especiales

### Edad y sexo

Basándose en los análisis farmacocinéticos (FC) poblacionales en pacientes (33-92 años) tratados en monoterapia o con varios tratamientos en combinación, la edad no afectó de forma estadísticamente significativa a la FC de daratumumab. No es necesario individualización de los pacientes en base a la edad.

El sexo tuvo un efecto estadísticamente significativo en los parámetros de FC en pacientes con mieloma múltiple, pero no en pacientes con amiloidosis AL. Se observó una exposición ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, pero la diferencia en la exposición no se considera clínicamente relevante. No es necesario individualización de los pacientes en base al sexo.

### Insuficiencia renal

No se han realizado estudios formales de DARZALEX® SC formulación subcutánea en pacientes con insuficiencia renal. Se realizaron análisis farmacocinéticos poblacionales basados en los datos preexistentes de la función renal en pacientes con mieloma múltiple tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea en monoterapia o con varias terapias en combinación en pacientes con mieloma múltiple o amiloidosis AL. No se observaron diferencias clínicamente importantes en la exposición a daratumumab entre los pacientes con insuficiencia renal y los que presentaban una función renal normal.

### Insuficiencia hepática

No se han realizado estudios formales de DARZALEX® SC formulación subcutánea en pacientes con insuficiencia hepática.

Se realizaron análisis farmacocinéticos poblacionales en pacientes con mieloma múltiple tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea en monoterapia o con varios tratamientos en combinación en pacientes con mieloma múltiple y en amiloidosis AL. No se observaron diferencias clínicamente importantes en la exposición a daratumumab entre los pacientes con función hepática normal y con insuficiencia hepática leve. Al haber muy pocos pacientes con insuficiencia hepática moderada y grave, no es posible extraer conclusiones significativas para estas poblaciones.

### Raza

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Basándose en los análisis farmacocinéticos poblacionales en pacientes tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea en monoterapia o con varios tratamientos en combinación, la exposición a daratumumab fue similar entre razas.

#### Peso corporal

La administración de DARZALEX® SC formulación subcutánea con una dosis fija de 1800 mg en monoterapia consiguió una exposición adecuada para todos los subgrupos de pesos corporales. En pacientes con mieloma múltiple, la  $C_{\text{valle}}$  media el día 1 del ciclo 3 en el subgrupo de menor peso corporal ( $\leq 65$  kg) fue un 60% mayor y en el subgrupo de mayor peso corporal ( $> 85$  kg) un 12% menor que en el subgrupo de daratumumab intravenoso. En algunos pacientes con peso corporal  $> 120$  kg se observó una menor exposición que podría resultar en una reducción de la eficacia. Sin embargo, esta observación se basa en un número de pacientes limitado.

En pacientes con amiloidosis AL, no se observaron diferencias significativas en la  $C_{\text{valle}}$  a lo largo de los pesos corporales.

## **POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN**

DARZALEX® SC formulación subcutánea no está indicada para la administración intravenosa y se debe administrar únicamente mediante inyección subcutánea, utilizando las dosis especificadas.

DARZALEX® SC se debe administrar por un profesional sanitario, y la primera dosis se debe administrar en un entorno donde se disponga de equipamiento para la reanimación.

Es importante comprobar las etiquetas del vial para asegurarse de que se va a administrar la formulación correspondiente (intravenosa o subcutánea) y dosis adecuadas al paciente, tal y como se ha prescrito.

Los pacientes que están actualmente en tratamiento con daratumumab formulación intravenosa, pueden comenzar el tratamiento con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea como una alternativa a la formulación intravenosa de daratumumab comenzando en la siguiente dosis pautada.

Se deben administrar medicamentos previos y posteriores a la inyección para reducir el riesgo de reacciones relacionadas con la perfusión (RRPs) con daratumumab. Ver en esta sección: “Medicamentos concomitantes recomendados” y la sección “Advertencias y precauciones de empleo”.

### **Posología**

#### Mieloma múltiple

*Pauta posológica en combinación con lenalidomida y dexametasona o pomalidomida y dexametasona (ciclos de tratamiento de 4 semanas) y en monoterapia*

La dosis recomendada de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos conforme a la pauta posológica indicada a continuación en la tabla 15.



**Tabla 15: Pauta posológica de DARZALEX® SC en combinación con lenalidomida y dexametasona (Rd), pomalidomida y dexametasona (Pd) (ciclos de tratamiento de 4 semanas) y en monoterapia**

Semanas	Pauta
Semanas 1 a 8	Semanalmente (8 dosis en total)
Semanas 9 a 24 <sup>a</sup>	Cada dos semanas (8 dosis en total)
Semanas 25 en adelante hasta la progresión de la enfermedad <sup>b</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 9.

<sup>b</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 4 semanas se administra en la semana 25.

*Pauta posológica en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona (ciclos de tratamiento de 6 semanas)*

La dosis recomendada de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos conforme a la pauta posológica indicada a continuación en la tabla 16:

**Tabla 16: Pauta posológica de DARZALEX® SC en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona ([VMP]; ciclos de tratamiento de 6 semanas)**

Semanas	Pauta
Semanas 1 a 6	Semanalmente (6 dosis en total)
Semanas 7 a 54 <sup>a</sup>	Cada tres semanas (16 dosis en total)
Semanas 55 en adelante hasta la progresión de la enfermedad <sup>b</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 3 semanas se administra en la semana 7.

<sup>b</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 4 semanas se administra en la semana 55.

Bortezomib se administra dos veces a la semana en las semanas 1, 2, 4 y 5 durante el primer ciclo de 6 semanas, y después **una vez** a la semana en las semanas 1, 2, 4 y 5 durante otros ocho ciclos más de 6 semanas. Para información sobre la dosis y la pauta posológica de VMP cuando se administra con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”.

*Pauta posológica en combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona (ciclos de tratamiento de 4 semanas) para el tratamiento de pacientes de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH)*

La dosis recomendada de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos conforme a la pauta posológica indicada a continuación en la tabla 17.

**Tabla 17: Pauta posológica de DARZALEX® SC en combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona ([VTd]; ciclos de tratamiento de 4 semanas)**

Fase de tratamiento	Semanas	Pauta
Inducción	Semanas 1 a 8	Semanalmente (8 dosis en total)
	Semanas 9 a 16 <sup>a</sup>	Cada dos semanas (4 dosis en total)

Detener para quimioterapia a dosis altas y TAPH		
Consolidación	Semana 1 a 8 <sup>b</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 9.

<sup>b</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 1 tras la reanudación del tratamiento después del TAPH.

La dexametasona se debe administrar en dosis de 40 mg los días 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 y 23 de los ciclos 1 y 2, y en dosis de 40 mg los días 1-2 y de 20 mg en los días de administración subsiguientes (días 8, 9, 15, 16) de los ciclos 3-4. La dexametasona a dosis de 20 mg se debe administrar los días 1, 2, 8, 9, 15, 16 en los ciclos 5 y 6.

Para la dosis y la pauta posológica de los medicamentos administrados con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”.

*Pauta posológica en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (ciclos de tratamiento de 4 semanas) para el tratamiento de pacientes de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH)*

La dosis recomendada de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos conforme a la pauta posológica indicada a continuación en la tabla 18.

**Tabla 18: Pauta posológica de DARZALEX® SC en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (JVRd); ciclos de tratamiento de 4 semanas)**

Fase de tratamiento	Semanas	Pauta
Inducción	Semanas 1 a 8	Semanalmente (8 dosis en total)
	Semanas 9 a 16 <sup>a</sup>	Cada dos semanas (4 dosis en total)
Detener para quimioterapia a dosis altas y TAPH		
Consolidación	Semanas 17 a 24 <sup>b</sup>	Cada dos semanas (4 dosis en total)
Mantenimiento	Semana 25 en adelante hasta progresión de la enfermedad <sup>c</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 9.

<sup>b</sup> La semana 17 corresponde con la reanudación del tratamiento después de la recuperación del TAPH.

<sup>c</sup> El tratamiento con DARZALEX® SC se puede suspender en pacientes con EMR negativa mantenida durante 12 meses y que han recibido tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 24 meses.

La dexametasona se debe administrar en dosis de 40 mg los días 1-4 y los días 9-12 de cada ciclo de 28 días durante la inducción y la consolidación (ciclos 1-6).

Para la dosis y la pauta posológica de los medicamentos administrados con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”.

*Pauta posológica en combinación con bortezomib y dexametasona (ciclos de tratamiento de 3 semanas)*

La dosis recomendada de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg, administrados durante aproximadamente 3-5 minutos conforme a la pauta posológica indicada a continuación en la tabla 19.

**Tabla 19: Pauta posológica de DARZALEX® SC en combinación con bortezomib y dexametasona (Vd) (ciclos de tratamiento de 3 semanas)**

Semanas	Pauta
Semanas 1 a 9	Semanalmente (9 dosis en total)
Semanas 10 a 24 <sup>a</sup>	Cada tres semanas (5 dosis en total)
Semanas 25 en adelante hasta la progresión de la enfermedad <sup>b</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 3 semanas se administra en la semana 10.

<sup>b</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 4 semanas se administra en la semana 25.

La dexametasona se debe administrar en dosis de 20 mg los días 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12 de los 8 primeros ciclos de tratamiento con bortezomib o a una dosis reducida de 20 mg/semana para los pacientes > 75 años, con peso insuficiente (IMC < 18,5), con diabetes mellitus mal controlada o con intolerancia previa al tratamiento con esteroides.

Para la dosis y la pauta posológica de los medicamentos administrados con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”.

### Amiloidosis AL

*Pauta posológica en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (ciclos de tratamiento de 4 semanas)*

La dosis recomendada es de 1800 mg de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea administrada durante aproximadamente 3-5 minutos, de acuerdo con la siguiente pauta posológica en la tabla 20.

**Tabla 20: Pauta posológica de DARZALEX® SC para la amiloidosis AL en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona ([VCd]; ciclos de tratamiento de 4 semanas)<sup>a</sup>**

Semanas	Pauta
Semanas 1 a 8	Semanalmente (8 dosis en total)
Semanas 9 a 24 <sup>b</sup>	Cada dos semanas (8 dosis en total)
Semanas 25 en adelante hasta la progresión de la enfermedad <sup>c</sup>	Cada cuatro semanas

<sup>a</sup> En el estudio clínico, DARZALEX® SC fue administrado hasta la progresión de la enfermedad o un máximo de 24 ciclos (~ 2 años) desde la primera dosis del tratamiento del estudio.

<sup>b</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 2 semanas se administra en la semana 9.

<sup>c</sup> La primera dosis de la pauta posológica cada 4 semanas se administra en la semana 25.

Para la dosis y la pauta posológica de los medicamentos administrados con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”.

### **Dosis olvidada**

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Si se omite una dosis prevista de DARZALEX® SC, la dosis se debe administrar lo antes posible y la pauta posológica se debe ajustar consecuentemente, manteniendo el intervalo de tratamiento.

### Modificaciones de la dosis

No se recomienda reducir la dosis de DARZALEX® SC. Puede ser necesario retrasar las dosis para permitir la recuperación de los recuentos de células sanguíneas en caso de toxicidad hematológica (Advertencias y precauciones de empleo). Para información sobre los medicamentos administrados en combinación con DARZALEX® SC, ver “Posología y formas de administración”.

En los estudios clínicos, no fue necesario modificar la velocidad de administración ni la dosis de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea para controlar las RRP.

### Medicamentos concomitantes recomendados

#### Medicamentos previos a la inyección

Para reducir el riesgo de RRP, se deben administrar a todos los pacientes medicamentos (orales o intravenosos) previos a la inyección, 1-3 horas antes de cada administración de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea de la siguiente forma:

- Corticosteroide (de acción prolongada o intermedia)
  - Monoterapia:  
Metilprednisolona 100 mg, o equivalente. Después de la segunda inyección, se puede reducir la dosis del corticosteroide a metilprednisolona 60 mg.
  - Tratamiento en combinación:  
Dexametasona 20 mg (o equivalente), administrada antes de cada inyección de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea. Cuando la dexametasona sea el corticosteroide administrado como tratamiento específico de base, la dosis de dexametasona servirá en su lugar como medicamento previo a la inyección los días de administración de DARZALEX® SC (ver en “Propiedades farmacológicas”: Propiedades farmacodinámicas”).  
No se deben tomar corticosteroides adicionales como tratamiento específico de base (p. ej., prednisona) los días de la administración de DARZALEX® SC cuando los pacientes ya hayan recibido dexametasona (o equivalente) como medicamento previo a la inyección.
- Antipirético (paracetamol 650 mg a 1000 mg).
- Antihistamínico (difenhidramina 25 mg a 50 mg o equivalente por vía oral o intravenosa).

#### Medicamento posterior a la inyección

Se deben administrar medicamentos posteriores a la inyección para reducir el riesgo de RRP diferidas, tal como se indica a continuación:

- Monoterapia:  
Se debe administrar un corticosteroide oral (20 mg de metilprednisolona o dosis equivalente de un corticosteroide de acción intermedia o prolongada conforme a la práctica habitual local) en cada uno de los dos días siguientes después de todas las inyecciones (empezando el día después de la inyección).
- Tratamiento en combinación:  
Se debe considerar administrar metilprednisolona oral en dosis bajas ( $\leq 20$  mg) o equivalente el día siguiente a la inyección de DARZALEX® SC. No obstante, si se administra un corticosteroide como tratamiento específico de base (p. ej., dexametasona,

prednisona) el día siguiente a la inyección de DARZALEX® SC, pueden no ser necesarios medicamentos adicionales posteriores a la inyección (ver en “Propiedades farmacológicas”: “Propiedades farmacodinámicas”)

Después de las tres primeras inyecciones, si el paciente no presenta ninguna RRP de importancia, se puede suspender la administración de corticosteroides posteriores a la inyección (excepto los corticosteroides pautados como tratamiento de base).

Adicionalmente, en los pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se debe considerar el uso de medicamentos posteriores a la inyección incluyendo broncodilatadores de acción corta y prolongada, y corticosteroides inhalados. Después de las cuatro primeras inyecciones, si el paciente no presenta ninguna RRP de importancia, se pueden suspender estos medicamentos inhalados posteriores a la inyección conforme al criterio del médico.

#### Profilaxis frente a la reactivación del virus herpes zóster

Se debe considerar administrar profilaxis antiviral para la prevención de la reactivación del virus herpes zóster.

### **Poblaciones especiales**

#### Insuficiencia renal

No se han realizado estudios formales de daratumumab en pacientes con insuficiencia renal. De acuerdo con análisis de farmacocinética poblacional, no es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal (ver en “Propiedades farmacológicas”: “Propiedades farmacocinéticas”).

#### Insuficiencia hepática

No se han realizado estudios formales de daratumumab en pacientes con insuficiencia hepática. No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática (ver en “Propiedades farmacológicas”: “Propiedades farmacocinéticas”).

#### Pacientes de edad avanzada

No se considera necesario ajustar la dosis (ver en “Propiedades farmacológicas”: “Propiedades farmacocinéticas”).

#### Población pediátrica

No se ha establecido la seguridad y eficacia de DARZALEX® SC en niños menores de 18 años. No se dispone de datos.

#### *Peso corporal (> 120 kg)*

Un número limitado de pacientes con peso corporal > 120 kg han sido estudiados usando la dosis fija (1800 mg) de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea y la eficacia en estos pacientes no ha sido establecida. Actualmente no se pueden realizar recomendaciones de ajuste de dosis en función del peso corporal (ver “Advertencias y precauciones de empleo” y en “Propiedades farmacológicas: Propiedades farmacocinéticas”).

### **Forma de administración**

DARZALEX® SC formulación subcutánea no está indicado para la administración intravenosa y se debe administrar únicamente mediante inyección subcutánea, utilizando las dosis

especificadas. Para consultar las precauciones especiales antes de la administración, ver “Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones”.

Para evitar obstruir la aguja, acoplar la aguja hipodérmica o el kit de perfusión subcutánea a la jeringa inmediatamente antes de la inyección.

**Inyectar 15 ml de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en el tejido subcutáneo del abdomen aproximadamente a 7,5 cm a la derecha o a la izquierda del ombligo durante aproximadamente 3-5 minutos.** No inyectar DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en otras zonas del cuerpo ya que no hay datos disponibles.

En inyecciones sucesivas se deben alternar las zonas de administración.

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea no se debe inyectar nunca en zonas de la piel que muestren enrojecimiento, hematomas, sensibilidad, endurecimiento o zonas en donde haya cicatrices.

Pausar o reducir la velocidad de administración si el paciente experimenta dolor. Si el dolor no remite al reducir la velocidad de inyección, se puede optar por administrar el resto de la dosis en una segunda zona de inyección en la zona opuesta del abdomen.

Durante el tratamiento con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea, no administrar otros medicamentos por vía subcutánea en la misma zona que DARZALEX® SC.

## CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en “Composición”.

## ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES DE EMPLEO

### Reacciones relacionadas con la perfusión (RRPs)

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea puede provocar RRPs graves y/o serias, incluyendo reacciones anafilácticas. En los estudios clínicos, aproximadamente el 8% (95/1183) de los pacientes experimentaron una RRP. La mayoría de las RRPs se produjeron después de la primera inyección y fueron de grado 1-2. El 1 % de los pacientes experimentó una RRP en las inyecciones posteriores (ver “Reacciones adversas”).

La mediana del tiempo hasta la aparición de las RRPs tras la inyección de DARZALEX® SC fue de 3,2 horas (intervalo: 0,15-83 horas). La mayoría de las RRPs se produjeron el día del tratamiento. Se observaron RRPs diferidas en el 1 % de los pacientes.

Los signos y síntomas de las RRPs pueden incluir síntomas respiratorios, tales como congestión nasal, tos, irritación de garganta, rinitis alérgica, sibilancias además de fiebre, dolor en el pecho, prurito, escalofríos, vómitos, náuseas, hipotensión, y visión borrosa. Se han observado reacciones graves, incluyendo broncoespasmo, hipoxia, disnea, hipertensión, taquicardia y reacciones adversas oculares (incluyendo derrame coroideo, miopía aguda y glaucoma de ángulo cerrado) (ver “Reacciones adversas”).



Se debe medicar previamente a los pacientes con antihistamínicos, antipiréticos y corticosteroides; así como monitorizarles e informarles sobre las RRP, especialmente durante y después de la primera y segunda inyección. Si se produce una reacción anafiláctica o una reacción potencialmente mortal (grado 4), se debe iniciar inmediatamente el correspondiente tratamiento de emergencia. El tratamiento con DARZALEX® SC se debe suspender de inmediato y de forma permanente (ver “Posología y modo de administración” y “Contraindicaciones”).

Para reducir el riesgo de RRP diferidas, se deben administrar corticosteroides orales a todos los pacientes después de la inyección de DARZALEX® SC (ver “Posología y modo de administración”). Los pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica podrían requerir medicamentos posteriores a la inyección adicionales para tratar las complicaciones respiratorias. Se debe considerar el uso de medicamentos posteriores a la inyección (p. ej., broncodilatadores de acción corta y prolongada y corticosteroides inhalados) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Si se dan síntomas oculares, se debe interrumpir la administración de DARZALEX® SC y realizar una evaluación oftalmológica inmediata antes de reanudar DARZALEX® SC (ver “Posología y forma de administración”).

### **Neutropenia/trombocitopenia**

DARZALEX® SC puede aumentar la neutropenia y la trombocitopenia inducidas por el tratamiento de base (ver “Reacciones adversas”).

Se debe realizar un seguimiento periódico de los recuentos completos de células sanguíneas durante el tratamiento conforme a la información de prescripción del fabricante para los tratamientos de base. Se debe controlar a los pacientes con neutropenia en búsqueda de signos de infección. Puede ser necesario retrasar la administración de DARZALEX® SC para permitir la recuperación de los recuentos de células sanguíneas. Se ha observado una tasa mayor de neutropenia en los pacientes de menor peso corporal tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea; no obstante, ésta no se asoció a un incremento de la tasa de infecciones graves. No se recomienda reducir la dosis de DARZALEX® SC.

Considere como tratamiento de apoyo transfusiones o factores de crecimiento.

### **Interferencia con la prueba de antiglobulinas indirecta (prueba de Coombs indirecta)**

Daratumumab se une a la proteína CD38 presente en niveles bajos en los eritrocitos y puede causar un resultado positivo en la prueba de Coombs indirecta. El resultado positivo en la prueba de Coombs indirecta debido a daratumumab puede persistir durante un máximo de 6 meses tras la última administración de daratumumab. Se debe señalar que daratumumab unido a eritrocitos puede enmascarar la detección de anticuerpos contra antígenos menores en el suero del paciente. La determinación del tipo de grupo sanguíneo ABO y Rh del paciente no se ve afectada.

Antes de empezar el tratamiento con daratumumab se debe tipificar y cribar a los pacientes. Se puede considerar fenotipar antes de empezar el tratamiento con daratumumab de acuerdo con la práctica local. La genotipación de los eritrocitos no se ve afectada por daratumumab y se puede realizar en cualquier momento.

En el caso de que esté prevista una transfusión, se debe informar a los centros de transfusión de sangre de esta interferencia con la prueba de antiglobulinas indirecta (ver “Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción”). Si se requiere una transfusión de urgencia, se pueden administrar eritrocitos compatibles ABO/RhD sin realización de pruebas cruzadas, conforme a las prácticas locales del Servicio de Hemoterapia.

## **Interferencia con la determinación de respuesta completa**

Daratumumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG kappa que se puede detectar, tanto en los ensayos de electroforesis (EF) como en los de inmunofijación (IF) de proteínas en suero usados para la monitorización clínica de la proteína monoclonal endógena (ver “Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción”). Esta interferencia puede tener impacto en la determinación de la respuesta completa y de la progresión de la enfermedad en algunos pacientes con mieloma de proteína IgG kappa.

## **Reactivación del virus de la hepatitis B (VHB)**

Se han notificado casos de reactivación del virus de la Hepatitis B, algunos de ellos mortales, en pacientes tratados con DARZALEX® SC. Se debe realizar un escrutinio de la infección por el VHB en todos los pacientes antes del inicio del tratamiento con DARZALEX® SC.

Para los pacientes con evidencia de serología positiva para el VHB, se controlarán los síntomas, signos clínicos y de laboratorio de la reactivación del VHB durante, y al menos seis meses después de la finalización del tratamiento con DARZALEX® SC. Se manejará a los pacientes de acuerdo con las guías clínicas actuales para el tratamiento de la hepatitis. Considere la posibilidad de consultar a un experto en hepatitis según lo indicado clínicamente.

En pacientes que desarrollen reactivación del VHB mientras están recibiendo DARZALEX® SC, suspenda el tratamiento con DARZALEX® SC e inicie el tratamiento adecuado. Se deberá consultar a médicos con experiencia en el manejo del VHB la reanudación del tratamiento con DARZALEX® SC, en pacientes cuya reactivación del VHB está controlada adecuadamente.

## **Peso corporal (> 120 kg)**

Existe la posibilidad de una reducción de la eficacia de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en pacientes con peso corporal > 120 kg (ver “Posología y forma de administración” y en “Propiedades farmacológicas”: “Propiedades farmacocinéticas”).

## **Excipientes**

Este medicamento contiene sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) no deben recibir este medicamento.

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

## **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN**

No se han realizado estudios de interacciones.

Como anticuerpo monoclonal IgG1κ, es improbable que la excreción renal y el metabolismo mediado por enzimas hepáticas de daratumumab intacto representen vías de eliminación importantes. Por tanto, no se prevé que las variaciones en las enzimas metabolizadoras de fármacos afecten a la eliminación de daratumumab. Debido a la elevada afinidad a un epítipo único de la proteína CD38, no se prevé que daratumumab altere las enzimas metabolizadoras de fármacos. Las evaluaciones de farmacocinética clínica con las formulaciones intravenosa o subcutánea de daratumumab y lenalidomida, pomalidomida, talidomida, bortezomib, melfalán,

prednisona, carfilzomib, ciclofosfamida y dexametasona indicaron que no había una interacción farmacológica clínicamente significativa entre daratumumab y estos fármacos de molécula pequeña.

### **Interferencia con la prueba de antiglobulinas indirecta (prueba de Coombs indirecta)**

Daratumumab se une a la proteína CD38 presente en los eritrocitos e interfiere en las pruebas de compatibilidad, incluido el cribado de anticuerpos y la prueba cruzada (ver “Advertencias y precauciones especiales de empleo”). Entre los métodos que permiten reducir estas interferencias y revertir la unión de daratumumab, se encuentra el tratamiento de los eritrocitos reactivos con ditionotritol (DTT) u otros métodos validados localmente.

Dado que los antígenos del sistema de grupo sanguíneo Kell también son sensibles al tratamiento con DTT, se deben suministrar unidades Kell-negativas después de descartar o identificar aloanticuerpos utilizando eritrocitos tratados con DTT. De forma alternativa, se puede considerar también fenotipar o genotipar (ver “Advertencias y precauciones especiales de empleo”).

### **Interferencia con los ensayos de electroforesis e inmunofijación de proteínas en suero**

Daratumumab se puede detectar en los ensayos de electroforesis (EF) e inmunofijación (IF) de proteínas en suero usados para monitorizar las inmunoglobulinas monoclonales de la enfermedad (proteína M). Esto puede inducir a un falso positivo en los resultados de los ensayos de EF e IF de proteínas en suero en los pacientes con mieloma de proteína IgG kappa afectando a la evaluación inicial de la respuesta completa de acuerdo a los criterios del Grupo de Trabajo Internacional para Mieloma (IMWG, por sus siglas en inglés). En pacientes con respuesta parcial persistente muy buena, cuando se sospeche interferencia con daratumumab, se considerará el uso de un ensayo IF específico de daratumumab validado para diferenciar daratumumab de cualquier resto de proteína M endógena en el suero del paciente, con el fin de facilitar la determinación de una respuesta completa.

## **FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA**

### **Mujeres en edad fértil/anticoncepción**

Las mujeres en edad fértil deben utilizar métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con daratumumab y durante 3 meses después de finalizar el tratamiento.

### **Embarazo**

No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de daratumumab en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales son insuficientes en términos de toxicidad para la reproducción (ver “Datos preclínicos sobre seguridad”). No se recomienda utilizar DARZALEX® SC durante el embarazo, ni en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos.

### **Lactancia**

Se desconoce si daratumumab se excreta en la leche materna humana.

No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir/abstenerse del tratamiento con DARZALEX® SC tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre.

### **Fertilidad**

No se dispone de datos para determinar los posibles efectos de daratumumab sobre la fertilidad en hombres y mujeres (ver “Datos preclínicos sobre seguridad”).

### **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS**

La influencia de DARZALEX® SC sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. Sin embargo, se ha notificado fatiga en pacientes que usan daratumumab y esto se debe tener en cuenta cuando se conduzca o se utilicen máquinas.

### **DATOS PRECLÍNICOS SOBRE SEGURIDAD**

Los datos de toxicología proceden de estudios con daratumumab en chimpancés y con un anticuerpo anti-CD38 sustitutivo en macacos de Java. No se han realizado pruebas de toxicidad crónica.

No se han llevado a cabo estudios en animales para establecer el potencial carcinogénico de daratumumab.

No se han realizado estudios en animales para evaluar los efectos potenciales de daratumumab sobre la reproducción o el desarrollo ni para determinar los potenciales efectos sobre la fertilidad masculina o femenina.

No se han realizado estudios sobre carcinogenicidad, genotoxicidad o fertilidad con hialuronidasa humana recombinante. No se observaron efectos sobre los tejidos del sistema reproductor y su función ni exposición sistémica a la hialuronidasa en monos que recibieron 22000 U/kg/semana por vía subcutánea (12 veces superior a la dosis en humanos) durante 39 semanas. Dado que la hialuronidasa es una forma recombinante de la hialuronidasa humana endógena, no se prevé carcinogenicidad, mutagénesis ni efectos sobre la fertilidad.

### **REACCIONES ADVERSAS**

Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado ( $\geq 20\%$  de pacientes) con daratumumab (tanto con la formulación intravenosa como con la subcutánea) administrado tanto en monoterapia como en combinación fueron RRPs, fatiga, náuseas, diarrea, estreñimiento, fiebre, tos, neutropenia, trombocitopenia, anemia, edema periférico, neuropatía periférica sensitiva e infección del tracto respiratorio superior. Las reacciones adversas graves fueron neumonía, bronquitis, infección del tracto respiratorio superior, sepsis, edema pulmonar, gripe, fiebre, deshidratación, diarrea, fibrilación auricular y síncope.

El perfil de seguridad de DARZALEX® SC formulación subcutánea fue similar al de la formulación intravenosa, con la excepción de una tasa inferior de RRPs. En el estudio de fase III MMY3012, la neutropenia fue la única reacción adversa notificada con una frecuencia  $\geq 5\%$

mayor con DARZALEX® SC formulación subcutánea en comparación con daratumumab intravenoso (grado 3 o 4: 13% frente al 8%, respectivamente).

**Tabla de reacciones adversas**

En la tabla 21 se resumen las reacciones adversas ocurridas en pacientes tratados con DARZALEX® SC formulación subcutánea o con la formulación intravenosa de daratumumab.

Los datos reflejan la exposición a DARZALEX® SC formulación subcutánea (1800 mg) en 990 pacientes con mieloma múltiple (MM). Los datos incluyen 260 pacientes de un estudio de fase III con control activo (MMY3012) que recibieron DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea como monoterapia, 149 pacientes de un estudio de fase III con control activo (MMY3013) que recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea en combinación con pomalidomida y dexametasona (D-Pd) y 351 pacientes de un estudio de fase III con control activo (MMY3014) que recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea en combinación con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (D-VRd). Los datos también reflejan tres estudios clínicos abiertos en los que los pacientes recibieron DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en monoterapia (N=31, MMY1004 y MMY1008) y MMY2040 en el que los pacientes recibieron DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea en combinación, bien con bortezomib, melfalán y prednisona (D-VMP, n=67), o con lenalidomida y dexametasona (D-Rd, n=65) o con bortezomib, lenalidomida y dexametasona (D-VRd, n=67). Además, los datos reflejan la exposición de 193 pacientes con amiloidosis AL de nuevo diagnóstico de un estudio de fase III con control activo (AMY3001), en el que los pacientes recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (D-VCd).

Los datos de seguridad también reflejan la exposición a daratumumab intravenoso (16 mg/kg) en 2324 pacientes con mieloma múltiple, incluyendo 1910 pacientes que recibieron daratumumab intravenoso en combinación con tratamientos de base y 414 pacientes que recibieron daratumumab intravenoso en monoterapia. Se incluyen también las reacciones adversas poscomercialización.

Las frecuencias se definen como muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1000 a < 1/100), raras (≥ 1/10000 a < 1/1000) y muy raras (< 1/10000).

**Tabla 21: Reacciones adversas en pacientes con mieloma múltiple y amiloidosis AL tratados con daratumumab intravenoso o daratumumab subcutáneo**

Clasificación por órganos y sistemas	Reacción adversa	Frecuencia	Incidencia (%)	
			Todos los grados	Grado 3-4
Infecciones e infestaciones	Infección del tracto respiratorio superior <sup>a</sup>	Muy frecuentes	39	2
	COVID-19 <sup>a g</sup>		21	5
	Neumonía <sup>a</sup>		18	11
	Bronquitis <sup>a</sup>		14	1
	Infección del tracto urinario	Frecuentes	7	1
	Gripe		4	1 <sup>#</sup>
	Sepsis <sup>a</sup>		4	4
	Infección por citomegalovirus <sup>a</sup>		< 1	< 1 <sup>#</sup>

	Reactivación del Virus de la Hepatitis B <sup>a</sup>	Poco frecuentes	< 1	< 1
<b>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</b>	Neutropenia <sup>a</sup>	Muy frecuentes	43	37
	Trombocitopenia <sup>a</sup>		31	18
	Anemia <sup>a</sup>		27	11
	Linfopenia <sup>a</sup>		13	10
	Leucopenia <sup>a</sup>		11	6
<b>Trastornos del sistema inmunológico</b>	Hipogammaglobulinemia <sup>a</sup>	Frecuentes	3	< 1 <sup>#</sup>
	Reacción anafiláctica <sup>b</sup>	Raras	-	-
<b>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</b>	Disminución del apetito	Muy frecuentes	10	< 1
	Hiper glucemia	Frecuentes	6	3
	Hipocalcemia		6	1
	Deshidratación		2	1 <sup>#</sup>
<b>Trastornos psiquiátricos</b>	Insomnio	Muy frecuentes	16	1 <sup>#</sup>
<b>Trastornos del sistema nervioso</b>	Neuropatía periférica sensitiva	Muy frecuentes	29	3
	Cefalea		10	< 1 <sup>#</sup>
	Mareo	Frecuentes	9	< 1 <sup>#</sup>
	Parestesia		9	< 1
	Síncope		3	2 <sup>#</sup>
<b>Trastornos cardíacos</b>	Fibrilación auricular	Frecuentes	3	1
<b>Trastornos vasculares</b>	Hipertensión <sup>a</sup>	Frecuentes	9	4
<b>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</b>	Tos <sup>a</sup>	Muy frecuentes	22	< 1 <sup>#</sup>
	Disnea <sup>a</sup>		18	2
	Edema pulmonar <sup>a</sup>	Frecuentes	1	< 1
<b>Trastornos gastrointestinales</b>	Diarrea	Muy frecuentes	32	4
	Estreñimiento		28	1
	Náuseas		22	1 <sup>#</sup>
	Vómitos		13	1 <sup>#</sup>
	Pancreatitis <sup>a</sup>	Frecuentes	1	< 1
<b>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</b>	Exantema	Muy frecuentes	12	1 <sup>#</sup>
	Prurito	Frecuentes	6	< 1 <sup>#</sup>
<b>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</b>	Dolor de espalda	Muy frecuentes	17	2
	Artralgia		13	1
	Espasmos musculares		12	< 1 <sup>#</sup>
	Dolor torácico musculoesquelético	Frecuentes	6	< 1 <sup>#</sup>
<b>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración</b>	Fatiga	Muy frecuentes	23	3
	Edema periférico <sup>a</sup>		23	1
	Fiebre		22	1
	Astenia		19	2
	Escalofríos	Frecuentes	8	< 1 <sup>#</sup>
	Reacciones en el lugar de la inyección <sup>d,e</sup>		7	0
<b>Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos</b>	Reacciones relacionadas con la perfusión <sup>c</sup>			
	Daratumumab intravenoso <sup>f</sup>	Muy frecuentes	39	5
	Daratumumab subcutáneo <sup>c</sup>	Frecuentes	8	1 <sup>#</sup>

<sup>#</sup> Ninguna de grado 4

<sup>a</sup> Indica la agrupación de términos.

<sup>b</sup> Basado en las reacciones adversas poscomercialización.

<sup>c</sup> Las reacciones relacionadas con la perfusión incluyen términos definidos por los investigadores como relacionados con la perfusión/inyección de daratumumab.

<sup>d</sup> Las reacciones en el lugar de la inyección incluyen términos definidos por los investigadores como



- relacionados con la inyección de daratumumab.
- <sup>e</sup> Frecuencia basada solamente en los estudios de daratumumab subcutáneo (N=1183).
  - <sup>f</sup> Frecuencia basada solamente en los estudios de daratumumab intravenoso (N=2324).
  - <sup>g</sup> La incidencia está basada en un subgrupo de pacientes que recibieron al menos una dosis del tratamiento del estudio en o después del 1 de febrero de 2020 (el inicio de la pandemia por COVID-19) de los estudios MMY3003, MMY3006, MMY3008 y MMY3013 y todos los pacientes del estudio MMY3014 (N=752).

Nota: Basado en 3507 pacientes con mieloma múltiple y amiloidosis AL tratados con daratumumab intravenoso o daratumumab subcutáneo.

## Descripción de reacciones adversas seleccionadas

### Reacciones relacionadas con la perfusión (RRPs)

En estudios clínicos (tratamiento en monoterapia y en combinación; N=1183) realizados con DARZALEX® SC formulación subcutánea, la incidencia de RRPs de todos los grados fue del 8,2% con la primera inyección de DARZALEX® SC (1800 mg, semana 1), del 0,4% con la inyección de la semana 2 y del 1,1% con las inyecciones posteriores. Se observaron RRPs de grados 3 y 4 en el 0,8% y el 0.1% de los pacientes, respectivamente.

Los signos y síntomas de las RRPs pueden incluir síntomas respiratorios, tales como congestión nasal, tos, irritación de garganta, rinitis alérgica, sibilancias, así como fiebre, dolor en el pecho, prurito, escalofríos, vómitos, náuseas, visión borrosa e hipotensión. Se han producido reacciones graves, incluyendo broncoespasmo, hipoxia, disnea, hipertensión, taquicardia y reacciones adversas oculares (incluyendo derrame coroideo, miopía aguda y glaucoma de ángulo cerrado) (ver "Advertencias y Precauciones de empleo").

### Reacciones en el lugar de inyección (RLI)

En estudios clínicos (N=1183) realizados con DARZALEX® SC formulación subcutánea, la incidencia de reacciones en el lugar de inyección de todos los grados fue del 7,7%. No se produjeron RLI de grado 3 o 4. La RLI más frecuente (>1%) en el lugar de la inyección fue eritema.

### Infecciones

En los pacientes con mieloma múltiple que recibieron daratumumab como monoterapia, la incidencia global de infecciones fue similar entre los grupos de DARZALEX® SC formulación subcutánea (52,9%) y de daratumumab intravenoso (50,0%). También se produjeron infecciones de grado 3 o 4 a frecuencias similares entre DARZALEX® SC formulación subcutánea (11,7%) y daratumumab intravenoso (14,3%).

La mayoría de las infecciones fueron manejables y raramente provocaron interrupción del tratamiento. La neumonía fue la infección de grado 3 o 4 notificada con mayor frecuencia en todos los estudios. En estudios con control activo, las interrupciones del tratamiento debidas a infecciones ocurrieron en el 1%-4% de los pacientes. Las infecciones mortales fueron principalmente debidas a neumonía y septicemia.

En los pacientes con mieloma múltiple que recibieron tratamiento con daratumumab intravenoso en combinación, se notificaron las siguientes:

Infecciones de grado 3 o 4:

Estudios en pacientes con enfermedad en recaída/refractaria: DVd: 21%, Vd: 19%; DRd: 28%, Rd: 23%; DPd: 28%.

Estudios en pacientes de nuevo diagnóstico: D-VMP: 23%, VMP: 15%; DRd: 32%, Rd: 23%; D-VTd: 22%, VTd: 20%.

Infecciones de grado 5 (mortales):

Estudios en pacientes con enfermedad en recaída/refractaria: DVd: 1%, Vd: 2%; DRd: 2%, Rd: 1%; DPd: 2%.

Estudios en pacientes de nuevo diagnóstico: D-VMP: 1%, VMP: 1%; DRd: 2%, Rd: 2%; DVTd: 0%, VTd: 0%.

En pacientes con mieloma múltiple que recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea como tratamiento en combinación, se notificaron las siguientes:

Infecciones de grado 3 o 4: DPd: 28%, Pd: 23%; D-VRd: 35 %, VRd: 27 %

Infecciones de grado 5 (mortales): DPd: 5%, Pd: 3%; D-VRd: 2 %, VRd: 3 %

Abreviaturas: D=daratumumab; Vd=bortezomib-dexametasona; Rd=lenalidomida-dexametasona; Pd=pomalidomida-dexametasona; VMP=bortezomib-melfalán-prednisona; VTd=bortezomib-talidomida-dexametasona; VRd=bortezomib-lenalidomida-dexametasona.

En pacientes con amiloidosis AL que recibieron DARZALEX® SC formulación subcutánea como tratamiento en combinación, se notificaron las siguientes:

Infecciones de grado 3 o 4: D-VCd: 17%, VCd: 10%

Infecciones de grado 5: D-VCd: 1%, VCd: 1%

Abreviaturas: D=daratumumab; VCd= bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona

### Hemólisis

Hay un riesgo teórico de hemólisis. Se deberá realizar una monitorización continua de esta señal de seguridad en los estudios clínicos y en los datos de seguridad poscomercialización.

### Trastornos cardíacos y miocardiopatías relacionadas con amiloidosis AL

La mayoría de los pacientes en AMY3001 tenían una miocardiopatía relacionada con la amiloidosis AL al inicio (72% en el grupo de D-VCd frente a 71% en el grupo de VCd). Se produjeron trastornos cardíacos de Grado 3 o 4 en el 11% de los pacientes del grupo de D-VCd en comparación con el 10% de los pacientes del grupo de VCd, mientras que se produjeron trastornos cardíacos graves en el 16% de los pacientes del grupo de D-VCd frente al 13% de pacientes del grupo de VCd respectivamente.

Entre los trastornos cardíacos graves que ocurrieron en  $\geq 2\%$  de los pacientes se encontraba la insuficiencia cardíaca (6,2% en el grupo de D-VCd frente a 4,3% en el grupo de VCd), parada cardíaca (3,6% en el grupo de D-VCd frente a 1,6% en el grupo de VCd) y fibrilación auricular (2,1% en el grupo de D-VCd frente al 1,1% en el grupo de VCd). Todos los pacientes del grupo de D-VCd que presentaron trastornos cardíacos graves o mortales tenían miocardiopatías relacionadas con la amiloidosis AL al inicio. Se debe tener en cuenta la mediana de duración del tratamiento más prolongada del grupo de D-VCd comparada con el grupo de VCd (9,6 meses frente a 5,3 meses, respectivamente) cuando se comparen las frecuencias de trastornos cardíacos entre los dos grupos de tratamiento. Tanto las tasas de incidencia ajustadas a la exposición (número de pacientes con el evento por cada 100 pacientes mensuales en riesgo) de los trastornos cardíacos globales de grado 3 o 4 (1,2 frente a 2,3), la insuficiencia cardíaca (0,5 frente a 0,6), la parada cardíaca (0,1 frente a 0,0) como la fibrilación auricular (0,2 frente a 0,1) fueron comparables en el grupo de D-VCd frente al grupo de VCd, respectivamente.

Las muertes globales (14% en el grupo de D-VCd frente al 15% en el grupo de VCd) del estudio AMY3001 se debieron principalmente a miocardiopatías relacionadas con la amiloidosis AL en ambos grupos de tratamiento, con una mediana del seguimiento de 11,4 meses.

### **Otras poblaciones especiales**

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

En el estudio fase III MMY3007, que comparó el tratamiento con D-VMP con el tratamiento con VMP en pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que no son candidatos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, el análisis de seguridad del subgrupo de pacientes con puntuación funcional ECOG de 2 (D-VMP: n=89, VMP: n=84), fue consistente con el de la población general (ver “Propiedades Farmacodinámicas”).

#### Pacientes de edad avanzada

De los 4041 pacientes que recibieron daratumumab (n=1225 por vía subcutánea; n=2816 por vía intravenosa) a la dosis recomendada, el 37% tenían entre 65 y menos de 75 años de edad, y el 15% tenían 75 o más años de edad. No se observaron diferencias globales en la eficacia basadas en la edad. La incidencia de reacciones adversas graves fue superior en los pacientes más mayores que en los más jóvenes. Entre los pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario al tratamiento (n=1976), las reacciones adversas graves más frecuentes que tuvieron lugar con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada ( $\geq 65$  años de edad) fueron neumonía y sepsis. Entre los pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que no son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (n=777), la reacción adversa grave más frecuente que tuvo lugar con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada ( $\geq 75$  años de edad) fue la neumonía. Entre los pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que son candidatos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (n=351), la reacción adversa grave más frecuente que tuvo lugar con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada ( $\geq 65$  años de edad) fue la neumonía. Entre los pacientes con amiloidosis AL de nuevo diagnóstico (n=193), la reacción adversa grave más frecuente que tuvo lugar con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada ( $\geq 65$  años de edad) fue la neumonía.

#### **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.

## **SOBREDOSIFICACIÓN**

### **Síntomas y signos**

No hay experiencia de sobredosis en los estudios clínicos.

### **Tratamiento**

No se conoce ningún antídoto específico para la sobredosis de daratumumab. En caso de sobredosis, se debe vigilar la posible aparición de signos o síntomas de reacciones adversas en el paciente y debe instaurarse de inmediato el tratamiento sintomático apropiado.

Ante sobredosis o intoxicación comunicarse con el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT): Tel: 1722.

## **PRESENTACIÓN**

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

DARZALEX® SC se presenta en envases conteniendo 1 vial con 15 ml.

## CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Conservar bajo refrigeración (2-8°C). Proteger de la luz. No congelar.

Para las condiciones de conservación del medicamento una vez abierto, ver “Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones”.

## INCOMPATIBILIDADES

Este medicamento no se debe usar con otros materiales, excepto con los mencionados en “Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones”.

## PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN Y OTRAS MANIPULACIONES

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es para un solo uso y se presenta listo para usar.

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea debe ser una solución entre transparente y opalescente, entre incolora y amarilla. No usar si presenta partículas opacas, cambios de color o partículas extrañas.

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es compatible con jeringas de polipropileno o polietileno; con kits de perfusión subcutánea de polipropileno, polietileno, o cloruro de polivinilo (PVC); y con agujas de inyección y transferencia de acero inoxidable.

### Vial sin abrir

Sacar el vial de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea del lugar de conservación refrigerado (2 °C – 8 °C) y equilibrar a la temperatura ambiente ( $\leq 30$  °C). El vial no perforado se puede conservar a temperatura y luz ambiente durante un máximo de 24 horas en el embalaje original para protegerlo de la luz. Una vez retirado el producto de la heladera, no se debe volver a refrigerar. Proteger de la luz solar directa. No agitar.

### Jeringa preparada

Preparar la jeringa de administración en condiciones asépticas controladas y validadas. Una vez transferido del vial a la jeringa, conservar DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea durante un máximo de 24 horas en condiciones de refrigeración seguidas de hasta un máximo de 12 horas entre 15 °C-25 °C y luz ambiente. Si se conserva en nevera, permitir que la solución alcance temperatura ambiente antes de la administración.

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.

## MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Elaborado y acondicionado por: Cilag A.G., Hochstrasse 201, Schaffhausen, Suiza.

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Titular del registro: Janssen Cilag International NV, Beerse, Bélgica.

Representante: Johnson & Johnson de Uruguay S.A.  
Av. Italia 7519 piso 3, Montevideo, Uruguay.  
Reg. Imp. 651. Ley 15443.  
Directora Técnica: Q.F. Daiana Cabrera.  
Venta bajo receta profesional  
Registro MSP N°: 46845

### Centro de Atención al Cliente

Por correo electrónico: [InfocenterLAS@its.jnj.com](mailto:InfocenterLAS@its.jnj.com)

Por teléfono: 000 405 296638

[www.janssen.com](http://www.janssen.com)

© Johnson & Johnson y sus afiliados (2025)

® Marca Registrada

**Fecha de última revisión:** Basado en EMA, octubre de 2024.

---

## **INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

**DARZALEX® SC**  
**DARATUMUMAB 1800 mg/15 ml**  
**Solución inyectable**

Vía subcutánea  
Industria suiza

**Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a recibir 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.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4.

### **Contenido del prospecto**

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

### **1. Qué es DARZALEX® SC y para qué se utiliza**

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

**Qué es DARZALEX® SC**

DARZALEX® SC es un medicamento que contiene el principio activo daratumumab. Pertenece a un grupo de medicamentos llamados “anticuerpos monoclonales”. Los anticuerpos monoclonales son proteínas cuya función es reconocer y unirse a dianas específicas del cuerpo. Daratumumab está diseñado para unirse a células sanguíneas anómalas específicas del organismo, permitiendo al sistema inmunitario destruirlas.

**Para qué se utiliza DARZALEX® SC**

DARZALEX® SC se utiliza en adultos de 18 años de edad o más, que padecen un tipo de cáncer denominado “mieloma múltiple”. Se trata de un cáncer de la médula ósea.

DARZALEX® SC también se utiliza en adultos de 18 años o mayores, que padecen un tipo de trastorno hematológico denominado “amiloidosis AL”. En la amiloidosis AL, las células sanguíneas anormales producen cantidades excesivas de proteínas anormales que se depositan en varios órganos, haciendo que no funcionen correctamente.

**2. Qué necesita saber antes de empezar a recibir DARZALEX® SC****No debe recibir DARZALEX® SC**

- si es alérgico a daratumumab o a alguno de los demás componentes de este medicamento (incluidos en la sección 6).

No debe recibir DARZALEX® SC si usted cumple el criterio anterior. Si no está seguro, consulte a su médico antes de empezar a recibir DARZALEX® SC.

**Advertencias y precauciones**

Consulte a su médico antes de empezar a recibir DARZALEX® SC.

**Reacciones relacionadas con la perfusión**

DARZALEX® SC se administra como inyección subcutánea usando una pequeña aguja para inyectar el medicamento bajo su piel. Antes y después de cada inyección, se le administrarán medicamentos que ayudan a reducir la probabilidad de que sufra reacciones relacionadas con la perfusión (consulte el apartado «Medicamentos administrados durante el tratamiento con DARZALEX® SC» en la sección 3). Estas reacciones se producen sobre todo con la primera inyección y la mayoría ocurren el día de la inyección. Si ya ha experimentado una reacción relacionada con la perfusión, es menos probable que le vuelva a suceder. Sin embargo, se pueden producir reacciones diferidas hasta 3-4 días después de la inyección. Si tiene una fuerte reacción después de la inyección, es posible que su médico decida no usar DARZALEX® SC.

En algunos casos, es posible que presente una reacción alérgica grave que puede incluir hinchazón de la cara, los labios, la boca, la lengua o la garganta, dificultad para tragar o respirar o una erupción con picor (urticaria). Consulte la sección 4.

Informe inmediatamente a su médico si presenta alguna de las reacciones relacionadas con la perfusión indicadas o síntomas relacionados indicados al comienzo de la sección 4. Si presenta reacciones relacionadas con la perfusión, es posible que usted necesite otros medicamentos para tratar sus síntomas, o podría ser necesario detener las inyecciones. Cuando estas reacciones desaparezcan, o mejoren, se puede volver a administrar la inyección.

**Disminución del número de células sanguíneas**

DARZALEX® SC puede reducir el número de glóbulos blancos, células que ayudan a combatir las infecciones, y de otras células sanguíneas llamadas plaquetas, las cuales ayudan a coagular



la sangre. Informe a su profesional sanitario si presenta cualquier síntoma de infección como fiebre o cualquier síntoma de disminución en el número de plaquetas tales como hematomas o hemorragias.

#### Transfusiones de sangre

Si necesita una transfusión de sangre, primero se le realizará un análisis de sangre para determinar su grupo sanguíneo. DARZALEX® SC puede afectar a los resultados de este análisis de sangre. Indique a la persona que realice la prueba que está usando DARZALEX® SC.

#### Hepatitis B

Informe a su médico si alguna vez ha estado o pudiera estar actualmente infectado por el virus de la hepatitis B. Esto se debe a que DARZALEX® SC podría causar que el virus de la hepatitis B se reactivara nuevamente. Su médico lo examinará para detectar signos de esta infección antes, durante y algún tiempo después del tratamiento con DARZALEX® SC. Informe a su médico inmediatamente si empeora el cansancio, o experimenta una coloración amarillenta de la piel o de la parte blanca de los ojos.

#### **Niños y adolescentes**

No administre DARZALEX® SC a niños ni adolescentes menores de 18 años, ya que se desconoce cómo les afectará el medicamento.

#### **Otros medicamentos y DARZALEX® SC**

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

#### **Embarazo**

Si está embarazada, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada, consulte a su médico antes de recibir este medicamento.

Si se queda embarazada durante el tratamiento con este medicamento, informe de inmediato a su médico. Usted y su médico decidirán si el beneficio de recibir el medicamento es mayor que el riesgo para el feto.

#### **Anticoncepción**

Las mujeres que reciban DARZALEX® SC deben usar un método anticonceptivo efectivo durante el tratamiento y durante los 3 meses siguientes al tratamiento.

#### **Lactancia**

Usted y su médico decidirán si el beneficio de la lactancia es mayor que el riesgo para su bebé, ya que este medicamento puede pasar a la leche materna y se desconoce cómo puede afectar al bebé.

#### **Conducción y uso de máquinas**

Puede que sienta cansancio después de usar DARZALEX® SC lo que puede afectar a su capacidad para conducir o usar máquinas.

#### **DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea contiene sodio**

Este medicamento contiene menos de 1 mmol (23 mg) de sodio por 15 ml, esto es, esencialmente “exento de sodio”.

#### **DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea contiene sorbitol**

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Página 51 de 56

El sorbitol es una fuente de fructosa. Si su médico le ha indicado que tiene intolerancia a algunos azúcares o si le han diagnosticado intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF), una enfermedad genética rara en la que la persona no puede descomponer la fructosa, consulte a su médico antes de que le administren este medicamento.

### 3. Cómo se administra DARZALEX® SC

#### Cantidad administrada

La dosis de DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea es de 1800 mg.

DARZALEX® SC se puede administrar solo o junto con otros medicamentos utilizados para tratar el mieloma múltiple, o con otros medicamentos utilizados para tratar la amiloidosis AL. DARZALEX® SC normalmente se administra tal y como se indica a continuación:

- una vez por semana durante las primeras 8 semanas
- después una vez cada 2 semanas durante 16 semanas
- después de esto, una vez cada 4 semanas mientras la enfermedad no empeore.

Cuando DARZALEX® SC se administra junto con otros medicamentos, su médico podrá modificar el tiempo entre las dosis así como el número de tratamientos que reciba.

#### Cómo se administra el medicamento

El médico le administrará DARZALEX® SC como una inyección bajo la piel (inyección subcutánea) durante entre 3 y 5 minutos aproximadamente. Se administra en la zona del estómago (abdomen), no en otras zonas del cuerpo, y tampoco en zonas del abdomen donde la piel presente enrojecimiento, hematomas, sensibilidad, endurecimiento o zonas en donde haya cicatrices.

Si experimenta dolor durante la inyección, el médico podría interrumpir la inyección y le administraría el resto de la inyección en otra zona de su abdomen.

#### Medicamentos administrados durante el tratamiento con DARZALEX® SC

Es posible que se le administren medicamentos para disminuir las probabilidades de que contraiga herpes zóster.

Antes de cada inyección de DARZALEX® SC le administrarán medicamentos que ayudan a disminuir las probabilidades de que sufra reacciones relacionadas con la perfusión. Estos pueden incluir:

- medicamentos para tratar las reacciones alérgicas (antihistamínicos)
- medicamentos para tratar la inflamación (corticosteroides)
- medicamentos para tratar la fiebre (como el paracetamol).

Después de cada inyección de DARZALEX® SC le administrarán medicamentos (como corticosteroides) para disminuir las probabilidades de que sufra reacciones relacionadas con la perfusión.

#### Personas con problemas respiratorios

Si tiene problemas respiratorios, tales como asma o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), le administrarán medicamentos inhalados que ayudan a tratar los problemas respiratorios:

- medicamentos para mantener abiertas las vías respiratorias de los pulmones (broncodilatadores)
- medicamentos para reducir la inflamación e irritación de los pulmones (corticosteroides).

**Si recibe más DARZALEX® SC del que debe**

El médico le administrarán este medicamento. En el improbable caso de que se le administre una cantidad excesiva (sobredosis), su médico comprobará si presenta efectos adversos.

Ante sobredosis o intoxicación comunicarse con el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT): Tel: 1722.

**Si olvidó su cita para recibir DARZALEX® SC**

Es muy importante que se dirija a todas sus citas para asegurarse de que el tratamiento funcione. Si olvida una cita, pida otra lo antes posible.

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

**4. Posibles efectos adversos**

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

**Reacciones relacionadas con la perfusión**

Informe inmediatamente a su médico si durante los 3-4 días después de la inyección presenta alguno de los síntomas siguientes. Es posible que necesite otros medicamentos, o que sea necesario interrumpir o suspender las inyecciones.

Estas reacciones incluyen los síntomas siguientes:

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

- escalofríos
- dolor de garganta, tos
- sentirse enfermo (náuseas)
- vómitos
- picor, moqueo o congestión nasal
- dificultad para respirar u otros problemas al respirar.

Frecuentes (pueden afectar hasta a 1 de cada 10 personas):

- molestias en el pecho
- mareos o vértigo (hipotensión)
- picor
- sibilancias.

Raras (pueden afectar hasta a 1 de cada 1000 personas):

- reacción alérgica grave, que puede incluir hinchazón de la cara, los labios, la boca, la lengua o la garganta, dificultad para tragar o respirar o una erupción con picor (urticaria). Ver sección 2.
- Dolor de ojo
- Visión borrosa

Si presenta alguna de las reacciones relacionadas con la perfusión anteriormente mencionadas, informe a su médico de inmediato.

**Reacciones en el lugar de la inyección**

Se pueden producir reacciones en la piel en la zona de inyección o cerca (reacciones locales), incluyendo reacciones en el lugar de la inyección, con DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea. Estas reacciones son frecuentes (pueden afectar hasta a 1 de cada 10 personas). Los síntomas en el lugar de la inyección pueden incluir enrojecimiento de la piel, picor, hinchazón, dolor, hematomas, sarpullido, hemorragia.

**Otros efectos adversos**

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

- fiebre
- sensación de mucho cansancio
- diarrea
- constipación
- disminución del apetito
- dificultad para dormir
- dolor de cabeza
- lesión nerviosa que puede causar hormigueo, entumecimiento o dolor
- sarpullido
- espasmos musculares
- dolor articular
- manos, tobillos o pies hinchados
- debilidad
- dolor de espalda
- infección pulmonar (neumonía)
- bronquitis
- infección de las vías respiratorias, como la nariz, los senos o la garganta
- número bajo de glóbulos rojos, los cuales transportan oxígeno en la sangre (anemia)
- número bajo de glóbulos blancos, los cuales ayudan a combatir las infecciones (neutropenia, linfopenia, leucopenia)
- número bajo de un tipo de células sanguíneas llamadas plaquetas, las cuales ayudan a coagular la sangre (trombocitopenia).
- COVID-19

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

- latido cardiaco irregular (fibrilación auricular)
- acumulación de líquido en los pulmones, lo que conlleva dificultad para respirar
- infección urinaria
- infección grave en todo el cuerpo (sepsis)
- deshidratación
- nivel alto de azúcar en la sangre
- nivel bajo de calcio en la sangre
- nivel bajo de anticuerpos llamados ‘inmunoglobulinas’ en la sangre los cuales ayudan a combatir las infecciones (hipogammaglobulinemia)
- sensación de mareo
- desmayo
- dolor en los músculos del pecho
- gripe
- escalofríos
- picor
- sensaciones extrañas en la piel (tales como un cosquilleo u hormigueo)
- inflamación del páncreas

- presión arterial alta

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

- inflamación del hígado (hepatitis)
- infección por un tipo de herpes virus (infección por citomegalovirus).

### **Comunicación de efectos adversos**

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico, 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. Mediante la comunicación de efectos adversos usted puede contribuir a proporcionar más información sobre la seguridad de este medicamento.

## **5. Conservación de DARZALEX® SC**

DARZALEX® SC solución inyectable subcutánea se conservará en el hospital o clínica.

No utilice este medicamento después de la fecha de vencimiento que aparece en la caja y en la etiqueta del vial después de “Vto”. La fecha de vencimiento es el último día del mes que se indica.

Conservar bajo refrigeración (2-8°C). Proteger de la luz. No congelar.

Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Su profesional sanitario desechará los medicamentos que ya no se utilicen. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente.

## **6. Contenido del envase e información adicional**

### **Composición de DARZALEX® SC**

- El principio activo es daratumumab. Un ml de solución contiene 120 mg de daratumumab. Cada vial de 15 ml de solución inyectable contiene 1800 mg de daratumumab.
- Los demás componentes son Hialuronidasa humana recombinante (rHuPH20), histidina (L), histidina clorhidrato monohidrato, metionina (L), polisorbato (20), sorbitol, agua para inyectables. (consulte el apartado “DARZALEX® SC contiene sodio y sorbitol” en la sección 2).

### **MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS**

Elaborado y acondicionado por: Cilag A.G., Hochstrasse 201, Schaffhausen, Suiza.

Titular del registro: Janssen Cilag International NV, Beerse, Bélgica.

Representante: Johnson & Johnson de Uruguay S.A.  
Av. Italia 7519 piso 3, Montevideo, Uruguay.  
Reg. Imp. 651. Ley 15443.

Specialist: NP

MAF revision: PR

QC: MM

HA approval date: 10-Apr-2025

UY\_DARAsc\_INJ\_PI\_EUPI Oct-24\_V3.0+D\_es

Directora Técnica: Q.F. Daiana Cabrera.  
Venta bajo receta profesional  
Registro MSP N°: 46845

**Centro de Atención al Cliente**

**Por correo electrónico:** [InfocenterLAS@its.jnj.com](mailto:InfocenterLAS@its.jnj.com)

**Por teléfono:** 000 405 296638

© Johnson & Johnson y sus afiliados (2025)

® Marca [Registrada](#)

**Fecha de última revisión:** Basado en EMA, octubre de 2024.