

## INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR

### 1. NOMBRE DEL PRODUCTO

NEXVIAZYME® 100 mg  
AVALGLUCOSIDASA ALFA  
Polvo para concentrado para solución para perfusión

### 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada vial contiene 100 mg de avalglucosidasa alfa.

Después de la reconstitución, cada vial contiene un volumen total extraíble de 10,0 mL a una concentración de 10 mg de avalglucosidasa alfa\* por mL.

\* Avalglucosidasa alfa es una  $\alpha$ -glucosidasa ácida humana que se obtiene mediante tecnología de ADN recombinante a partir de un cultivo de células de mamíferos procedentes de ovario de hámster chino (CHO), que posteriormente se conjuga con aproximadamente 7 estructuras de hexamanoza (cada una de las cuales incluye dos mitades terminales de manosa-6-fosfato (M6P)) con residuos de ácido siálico oxidado en la molécula, aumentando así los niveles de bis-M6P.

### 3. FORMA FARMACÉUTICA

Polvo para concentrado para solución para perfusión.  
Polvo liofilizado de color blanco a amarillo pálido

### 4. DATOS CLÍNICOS

#### 4.1. Indicaciones terapéuticas

Nexviazyme® (avalglucosidasa alfa) está indicado como terapia enzimática de sustitución a largo plazo para el tratamiento de pacientes con la enfermedad de Pompe (déficit de  $\alpha$ -glucosidasa ácida).

#### 4.2. Posología y forma de administración

El tratamiento con Nexviazyme® debe ser supervisado por un médico con experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Pompe u otras enfermedades metabólicas o neuromusculares hereditarias.

##### Posología

Los pacientes pueden recibir tratamiento previo con antihistamínicos, antipiréticos y/o corticosteroides para prevenir o reducir las reacciones alérgicas.

La dosis recomendada de avalglucosidasa alfa es de 20 mg/kg de peso corporal administrada una vez cada dos semanas.

##### *Modificación de la dosis para pacientes con IOPD*

Para pacientes con IOPD que experimentan una falta de mejoría o una respuesta insuficiente en la función cardíaca, respiratoria y/o motora mientras reciben 20 mg/kg, se debe considerar un aumento de la dosis a 40 mg/kg cada dos semanas en ausencia de problemas de seguridad (p. ej., hipersensibilidad grave, reacciones anafilácticas o riesgo de sobrecarga hídrica).

En pacientes que no toleran 40 mg/kg de avalglucosidasa alfa cada dos semanas (p. ej., hipersensibilidad grave, reacciones anafilácticas o riesgo de sobrecarga hídrica), se debe considerar disminuir la dosis a 20 mg/kg dos semanas (ver sección 4.4).

## Poblaciones especiales

### *Pacientes de edad avanzada*

No se requiere un ajuste de dosis en pacientes > 65 años.

### *Insuficiencia hepática*

No se ha evaluado la seguridad y eficacia de avalglucosidasa alfa en pacientes con insuficiencia hepática y no se puede recomendar una pauta posológica específica para estos pacientes.

### *Insuficiencia renal*

No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve. No se ha evaluado la seguridad y eficacia de avalglucosidasa alfa en pacientes con insuficiencia renal moderada o grave y no se puede recomendar una pauta posológica específica para estos pacientes (ver sección 5.2).

### *Población pediátrica (pacientes de 6 meses de edad y menores)*

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de avalglucosidasa alfa en niños de 6 meses de edad y menores. No hay datos disponibles en pacientes de 6 meses de edad y menores.

## Formas de administración

Los viales de Nexviazyme® son para un solo uso y el medicamento se debe administrar en perfusión intravenosa.

La administración de la perfusión se debe incrementar progresivamente en función de la respuesta y comodidad del paciente.

Se recomienda que velocidad inicial sea de 1 mg/kg/hora y que se aumente de forma gradual cada 30 minutos si no aparecen signos de reacciones asociadas con la perfusión (RAPs), de acuerdo con la Tabla 1. Se deben obtener los signos vitales en cada paso, antes de aumentar la velocidad de perfusión.

**Tabla 1 – Esquema de la velocidad de perfusión**

Paciente		Velocidad de perfusión (mg/kg/hora)					Duración aproximada (h)
		paso 1	paso 2	paso 3	paso 4	paso 5	
LOPD		1	3	5 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	NA	4 a 5
IOPD	proceso de 4 pasos	1	3	5	7	NA	7
	proceso de 5 pasos <sup>b</sup>	1	3	6	8	10 <sup>b</sup>	5

<sup>a</sup> Para pacientes con LOPD con un peso corporal de 1,25-5 kg, se puede aplicar una velocidad de perfusión máxima de 4,8 mg/kg/hora.

<sup>b</sup> Para pacientes con IOPD con un peso corporal de 1,25-5 kg, se puede aplicar una velocidad de perfusión máxima de 9,6 mg/kg/hora.

En caso de anafilaxia o reacción de hipersensibilidad o RAPs graves, la administración de Nexviazyme® se debe interrumpir inmediatamente y se debe iniciar el tratamiento médico adecuado. En el caso de reacciones de hipersensibilidad leves a moderadas o RAPs, la velocidad de perfusión se puede reducir o interrumpir temporalmente y/o iniciar un tratamiento médico adecuado (ver secciones Precauciones y Advertencias).

Los síntomas pueden persistir a pesar de interrumpir temporalmente la perfusión; por lo tanto, el médico que trata debe esperar al menos 30 minutos para que los síntomas de las reacciones desaparezcan, la velocidad de perfusión se debe reanudar durante 30 minutos a la mitad, o menos, de la velocidad a la que se produjeron las reacciones, seguido de un aumento de la velocidad de perfusión en un 50% durante 15 a 30 minutos. Si los síntomas no reaparecen, la velocidad de perfusión se debe aumentar a la velocidad a la que ocurrieron las reacciones y se debe considerar

continuar aumentando la velocidad de manera gradual hasta alcanzar la velocidad máxima.

### *Perfusión domiciliaria*

Se debe considerar la perfusión de Nexviazyme® en casa para pacientes con buena tolerancia a las perfusiones y que no tengan antecedentes de RAPs moderados o graves durante algunos meses. La decisión de pasar al paciente a la perfusión domiciliaria se debe tomar tras la evaluación y recomendación del médico que trata al paciente. Las comorbilidades subyacentes de un paciente y la capacidad de cumplir con los requisitos de la perfusión domiciliaria se deben tener en cuenta al evaluar la elegibilidad del paciente para recibir perfusión domiciliaria. Se deben considerar los siguientes criterios:

- El paciente no debe tener una condición concurrente en curso que, en opinión del médico, pueda afectar la capacidad del paciente para tolerar la perfusión.
- El paciente se considera médicamente estable. Se debe completar una evaluación integral antes de iniciar la perfusión domiciliaria.
- El paciente debe haber recibido perfusiones de Nexviazyme® supervisados por un médico con experiencia en el tratamiento de pacientes de Pompe durante unos meses que podrían ser tanto en un hospital como en otro entorno adecuado para la atención ambulatoria. La documentación de un patrón de perfusiones bien toleradas sin RAPs, o RAPs leves que se han controlado con medicación previa, es un requisito previo para el inicio de la perfusión domiciliaria.
- El paciente debe estar dispuesto y ser capaz de cumplir con los procedimientos de la perfusión domiciliaria.
- La infraestructura, los recursos y los procedimientos para la perfusión domiciliaria, incluido el entrenamiento, se deben establecerse y estar disponibles para el profesional de la salud. El personal de la salud debe estar disponible en todo momento durante la perfusión domiciliaria y un tiempo determinado después de la perfusión, según la tolerancia del paciente antes de comenzar la perfusión domiciliaria.

Si el paciente experimenta reacciones adversas durante la perfusión domiciliaria, el proceso de perfusión se debe interrumpir inmediatamente, y se debe iniciar el tratamiento médico adecuado (ver sección 4.8).

Es posible que sea necesario realizar las perfusiones posteriores tanto en un hospital como en otro entorno adecuado para la atención ambulatoria hasta que no se presente tal reacción adversa. La dosis y la velocidad de perfusión no deben cambiar sin consultar al médico que trata al paciente. Para consultar las instrucciones de reconstitución y dilución del medicamento antes de la administración, ver sección 6.6.

### **4.3. Contraindicaciones**

Hipersensibilidad potencialmente mortal al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. cuando la reexposición no sea eficaz (ver sección 4.4).

### **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo**

#### Trazabilidad

Con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados.

#### Reacciones de hipersensibilidad (incluida anafilaxia)

Se han notificado reacciones de hipersensibilidad, incluida anafilaxia, en pacientes tratados con Nexviazyme® (ver sección 4.8).

Cuando se administra Nexviazyme® las medidas de atención médica adecuadas, incluido el equipo

de reanimación cardiopulmonar, especialmente para pacientes con hipertrofia cardíaca y pacientes con la función respiratoria comprometida de manera significativa, deben estar fácilmente disponibles.

Si se produce una hipersensibilidad grave o anafilaxia, se debe interrumpir inmediatamente la administración de Nexviazyme® y se debe iniciar el tratamiento médico adecuado. Se deben considerar los riesgos y beneficios de volver a administrar Nexviazyme® después de la anafilaxia o de la reacción de hipersensibilidad grave. Algunos pacientes han sido expuestos nuevamente usando velocidades de perfusión más lentas a una dosis menor que la dosis recomendada. En pacientes con hipersensibilidad grave, se debe considerar el procedimiento de desensibilización para Nexviazyme®.

Si se toma la decisión de volver a administrar el medicamento, se debe extremar la precaución y disponer de las medidas de reanimación adecuadas. Una vez que el paciente tolera la perfusión, se puede aumentar la dosis para alcanzar la dosis autorizada.

Si se producen reacciones de hipersensibilidad leves o moderadas, la velocidad de perfusión se puede reducir o interrumpir temporalmente.

#### Reacciones Asociadas a la perfusión (RAPs)

En los estudios clínicos, se notificó la aparición de las RAPs en cualquier momento durante y/o pocas horas después de la perfusión de Nexviazyme® y fueron más probables con velocidades de perfusión más altas (ver sección 4.8).

Los pacientes con una enfermedad subyacente aguda en el momento de la perfusión de Nexviazyme® parecen tener un mayor riesgo de RAPs. Los pacientes con un estado avanzado de la enfermedad de Pompe pueden tener la función respiratoria y cardíaca comprometidas, lo que les puede predisponer a un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por las RAPs.

Se pueden administrar antihistamínicos, antipiréticos y/o corticosteroides para prevenir o reducir las RAPs. Sin embargo, las RAPs aún pueden ocurrir en pacientes después de recibir el tratamiento previo.

Si se producen RAPs graves, se debe considerar la interrupción inmediata de la administración de Nexviazyme® y se debe iniciar el tratamiento médico adecuado. Se deben considerar los beneficios y riesgos de volver a administrar Nexviazyme® tras las RAPs. Algunos pacientes han sido expuestos nuevamente usando velocidades de perfusión más lentas a una dosis menor que la dosis recomendada. Una vez que el paciente tolera la perfusión, se puede aumentar la dosis para alcanzar la dosis autorizada. Si se producen RAPs leves o moderadas, independientemente del tratamiento previo, la disminución de la velocidad de perfusión o la interrupción de la perfusión temporalmente puede mejorar los síntomas (ver sección 4.8).

#### Inmunogenicidad

Se notificaron anticuerpos anti-fármaco (AAF) durante el tratamiento tanto en pacientes sin tratamiento previo (95%) como en pacientes ya tratados (49%) (ver sección 4.8).

Las RAPs y las reacciones de hipersensibilidad pueden ocurrir independientemente del desarrollo de los AAF. La mayoría de las RAPs y reacciones de hipersensibilidad fueron leves o moderadas y se trataron con prácticas clínicas estándar. En los estudios clínicos, el desarrollo de AAF no afectó la eficacia clínica. (ver sección 4.8).

Se puede considerar la prueba de AAF si los pacientes no responden a la terapia. La prueba inmunológica realizada tras acontecimientos adversos, que incluye AAF IgG e IgE, se puede considerar para pacientes que tienen riesgo de reacción alérgica o reacción anafiláctica previa a la

alglucosidasa alfa.

Contacte con el representante local de Sanofi o con los Servicios Médicos de Sanofi EU para obtener información sobre los servicios de pruebas de Sanofi Specialty Care.

#### Riesgo de insuficiencia cardiorrespiratoria aguda

Se debe tener precaución al administrar Nexviazyme® a pacientes susceptibles a la sobrecarga hídrica o a pacientes con enfermedad respiratoria subyacente aguda o función cardíaca y/o respiratoria comprometida para quienes está indicada la restricción de líquidos. Estos pacientes pueden tener riesgo de exacerbación grave de su estado cardíaco o respiratorio durante la perfusión. Durante la perfusión de Nexviazyme® se debe disponer fácilmente de medidas de seguimiento y atención médica adecuadas, y algunos pacientes pueden necesitar tiempos de observación prolongados que se deben basar en las necesidades individuales del paciente.

#### Arritmia cardíaca y muerte súbita durante la anestesia general para la colocación de catéteres venosos centrales

Se debe tener precaución al administrar anestesia general durante la colocación de un catéter venoso central o para otros procedimientos quirúrgicos en pacientes con IOPD con hipertrofia cardíaca.

La arritmia cardíaca, incluida la fibrilación ventricular, la taquicardia ventricular y la bradicardia, que provocan paro cardíaco o muerte, o que requieren reanimación cardíaca o desfibrilación, se han asociado con el uso de anestesia general en pacientes con IOPD con hipertrofia cardíaca.

#### **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**

No se han realizado estudios de interacciones. Como se trata de una proteína recombinante humana, es improbable que con avalglucosidasa alfa se den interacciones fármaco-fármaco mediadas por el citocromo P450.

#### **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia**

##### Embarazo

No hay datos disponibles sobre el uso de Nexviazyme® en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos en términos de toxicidad para la reproducción. Los efectos fetales indirectos en ratones se consideraron relacionados con una respuesta anafiláctica a la avalglucosidasa alfa (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos. No se pueden sacar conclusiones sobre si Nexviazyme® es seguro o no para su uso durante el embarazo. Solo se debe usar Nexviazyme® durante el embarazo si los beneficios potenciales para la madre superan los riesgos potenciales, incluidos los del feto.

##### Lactancia

No hay datos disponibles sobre la presencia de Nexviazyme® en la leche materna o sobre los efectos de Nexviazyme® en la producción de leche o en el lactante. No se pueden sacar conclusiones sobre si Nexviazyme® es seguro o no para su uso durante la lactancia. Solo debe usarse Nexviazyme® durante la lactancia si los beneficios potenciales para la madre superan los riesgos potenciales, incluidos los del lactante (ver sección 5.3).

##### Fertilidad

No hay datos clínicos sobre los efectos de Nexviazyme® en la fertilidad humana. Los estudios en animales con ratones mostraron que no se producía deterioro en la fertilidad de machos o hembras (ver sección 5.3).

#### 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Nexviazyme® puede tener una pequeña influencia sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Dado que se han notificado mareos, hipotensión y somnolencia como RAPs, esto puede afectar a la capacidad para conducir y utilizar máquinas el día de la perfusión (ver sección 4.8).

#### 4.8. Reacciones adversas

##### Resumen del perfil de seguridad

Las reacciones adversas graves notificadas en pacientes tratados con Nexviazyme® fueron escalofríos en el 1,4 % de los pacientes y en el 0,7 % de los pacientes fueron cefalea, disnea, dificultad respiratoria, náuseas, decoloración de la piel, malestar torácico, pirexia, aumento de la presión arterial, aumento de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardiaca y descenso de la saturación de oxígeno. Se notificaron reacciones de hipersensibilidad en el 43,5 % de los pacientes, anafilaxia en el 1,4 % y RAPs en el 26,1 % de los pacientes. Un total de 2,9 % de los pacientes que recibieron Nexviazyme® en los estudios clínicos interrumpieron permanentemente el tratamiento; el 0,7 % de los pacientes interrumpieron el tratamiento debido a los siguientes acontecimientos que se consideraron estar relacionados con Nexviazyme®: dificultad respiratoria, malestar torácico, mareos, tos, náuseas, rubefacción, hiperemia ocular y eritema.

Las reacciones adversas al medicamento (RAMs) notificadas con más frecuencia (> 5 %) fueron prurito (9,4 %), erupción cutánea (8 %), cefalea (7,2 %), urticaria (6,5 %), fatiga (6,5 %), náuseas (5,8 %) y escalofríos (5,1 %).

El análisis de seguridad agrupado de 4 estudios clínicos (EFC14028/COMET, ACT14132 / mini-COMET, TDR12857/NEO y LTS13769/NEO-EXT) incluyó un total de 138 pacientes (118 adultos y 20 pacientes pediátricos) tratados con Nexviazyme®. Las RAMs notificadas en pacientes tratados con Nexviazyme® en el análisis agrupado de los estudios clínicos se enumeran en la Tabla 2.

##### Tabla de reacciones adversas

Las reacciones adversas graves (notificadas en al menos 3 pacientes) según la clasificación por órganos y sistemas presentadas según las categorías de frecuencia: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1\ 000$  a  $< 1/100$ ), raras ( $\geq 1/10\ 000$  a  $< 1/1\ 000$ ), muy raras ( $< 1/10\ 000$ ) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Debido a la pequeña población de pacientes, una reacción adversa notificada en 2 pacientes se clasifica como frecuente. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

**Tabla 2 - Reacciones adversas que ocurren en pacientes tratados con Nexviazyme® en un análisis agrupado de estudios clínicos (N=138).**

Clasificación por órganos y sistemas	Frecuencia	Término preferente
Infecciones e infestaciones	Poco frecuentes	<b>Conjuntivitis</b>
Trastornos del sistema inmunológico	Muy frecuentes Frecuentes	<b>Hipersensibilidad</b> <b>Reacción anafiláctica</b>
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Cefalea</b> <b>Mareo</b> <b>Temblor</b> <b>Parestesia</b> <b>Somnolencia</b>
Trastornos oculares	Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Hiperemia ocular</b> <b>Hiperemia conjuntival</b> <b>Prurito del ojo</b> <b>Lagrimeo aumentado</b>

Trastornos cardiacos	Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Taquicardia</b> <b>Extrasístoles ventriculares</b>
Trastornos vasculares	Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Hipertensión</b> <b>Rubefacción</b> <b>Hipotensión</b>
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.	Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Tos</b> <b>Disnea</b> <b>Taquipnea</b> <b>Edema laríngeo</b> <b>Dificultad respiratoria</b> <b>Irritación de garganta</b>
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Náuseas</b> <b>Diarrea</b> <b>Vómitos</b> <b>Hinchazón de labio</b> <b>Lengua hinchada</b> <b>Dolor abdominal</b> <b>Hipoestesia oral</b> <b>Parestesia oral</b> <b>Disfagia</b> <b>Dispepsia</b>
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Prurito</b> <b>Erupción cutánea</b> <b>Urticaria</b> <b>Eritema</b> <b>Eritema palmar</b> <b>Angioedema</b> <b>Hiperhidrosis</b> <b>Decoloración de la piel</b>
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes	<b>Espasmos musculares</b> <b>Mialgia</b> <b>Dolor en una extremidad</b>
Trastornos generales y alteraciones del lugar de administración	Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Fatiga</b> <b>Escalofríos</b> <b>Malestar torácico</b> <b>Dolor</b> <b>Enfermedad de tipo gripal</b> <b>Dolor en el lugar de la perfusión</b> <b>Dolor facial</b> <b>Hipertermia</b> <b>Extravasación en el lugar de la perfusión</b> <b>Dolor articular en el lugar de la perfusión</b> <b>Erupción cutánea en el lugar de la perfusión</b> <b>Reacción en el lugar de la perfusión</b> <b>Urticaria en el lugar de la perfusión</b> <b>Edema localizado</b> <b>Hinchazón periférico</b> <b>Pirexia</b> <b>Astenia</b>
Exploraciones complementarias	Frecuentes Frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes Poco frecuentes	<b>Aumento de la presión arterial</b> <b>Descenso en la saturación de oxígeno</b> <b>Aumento de la temperatura corporal</b> <b>Aumento de la frecuencia cardiaca</b> <b>Auscultación pulmonar anormal</b> <b>Aumento del factor del complemento</b> <b>Aumento del nivel del complejo inmune</b>

La Tabla 2 incluye los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento que se consideran desde el punto de vista biológico plausiblemente relacionados con la avalglucosidasa alfa según la ficha técnica de la alglucosidasa alfa.

En un estudio comparativo, EFC14028/COMET, 100 pacientes con LOPD entre 16 a 78 años sin tratamiento previo de terapia enzimática de sustitución se trataron con 20 mg/kg de Nexviazyme® (n = 51) o 20 mg/kg de alglucosidasa alfa (n = 49). Se notificaron reacciones adversas graves en el 2% de los pacientes tratados con Nexviazyme® y el 6,1% de los pacientes tratados con alglucosidasa alfa. Un total del 8.2% de los pacientes que recibieron alglucosidasa alfa en el estudio interrumpieron de forma permanente el tratamiento debido a reacciones adversas; ninguno de los pacientes del grupo Nexviazyme® interrumpió el tratamiento de forma permanente. Las RAMs notificadas con más frecuencia (> 5%) fueron cefalea, náuseas, prurito, urticaria y fatiga.

## Descripción de las reacciones adversas seleccionadas

### *Hipersensibilidad (incluida anafilaxia)*

En un análisis de seguridad agrupado, 60/138 (43,5 %) pacientes experimentaron reacciones de hipersensibilidad, incluidos 6/138 (4,3 %) pacientes que notificaron reacciones de hipersensibilidad graves y 2/138 (1,4 %) pacientes que experimentaron anafilaxia. Algunas de las reacciones de hipersensibilidad fueron mediadas por la IgE. Los síntomas de anafilaxia incluyeron dificultad respiratoria, presión en el pecho, rubefacción generalizada, tos, mareos, náuseas, enrojecimiento de las palmas, hinchazón del labio inferior, ruidos respiratorios disminuidos, enrojecimiento de los pies, lengua hinchada, picor en las palmas y los pies y desaturación de oxígeno. Los síntomas de las reacciones de hipersensibilidad graves incluyeron insuficiencia respiratoria, dificultad respiratoria y erupción cutánea.

### *Reacciones asociadas a la perfusión (RAPs)*

En un análisis de seguridad agrupado, se notificaron RAPs en aproximadamente 42/138 (30,4 %) de los pacientes tratados con avalglucosidasa alfa en los estudios clínicos. Se notificaron RAPs graves en 3/138 (2,2 %) de los pacientes, incluidos síntomas de malestar torácico, náuseas y aumento de la presión arterial. Las RAPs notificadas en más de 1 paciente incluyeron escalofríos, tos, diarrea, eritema, fatiga, cefalea, enfermedad de tipo gripal, náuseas, hiperemia ocular, dolor en las extremidades, prurito, erupción cutánea, erupción cutánea eritematosa, taquicardia, urticaria, vómitos, malestar torácico, mareos, hiperhidrosis, hinchazón de los labios, descenso en la saturación de oxígeno, dolor, eritema palmar, lengua hinchada y temblor. La mayoría de las RAPs se evaluaron como de leves a moderadas.

En el estudio comparativo EFC14028/COMET, menos pacientes con LOPD en el grupo de avalglucosidasa alfa notificaron al menos 1 RAP (13/51 [25,5 %]) en comparación con el grupo de alglucosidasa alfa (16/49 [32,7 %]). No se notificaron RAPs graves en pacientes en el grupo de avalglucosidasa alfa y se notificaron en 2 pacientes en el grupo de alglucosidasa alfa (mareos, discapacidad visual, hipotensión, disnea, sudor frío y escalofríos). Los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento (treatment-emergent adverse events, TEAEs por sus siglas en inglés) notificados con más frecuencia (> 2 pacientes) en el grupo de avalglucosidasa alfa fueron prurito (7,8 %) y urticaria (5,9 %) y en el grupo de alglucosidasa alfa fueron náuseas (8,2 %), prurito (8,2 %) y rubefacción (6,1 %). La mayoría de las RAPs notificadas en 7 (13,7 %) pacientes fueron de gravedad leve en el grupo de avalglucosidasa alfa y en 10 [20,4 %] pacientes en el grupo de alglucosidasa alfa.

### *Inmunogenicidad*

La incidencia de la respuesta del AAF a la avalglucosidasa alfa en pacientes con enfermedad de Pompe tratados con Nexviazyme® se muestra en la Tabla 3. La mediana del tiempo hasta la seroconversión fue de 8,3 semanas.

En pacientes adultos sin tratamiento previo, se observó la aparición de RAP tanto en pacientes con AAF positivos como en pacientes con AAF negativos. Se observó un aumento en la incidencia de



RAP e hipersensibilidad con niveles más elevados de AFF IgG. En los pacientes sin tratamiento previo, se observó una tendencia al aumento en la incidencia de RAPs con el aumento de los niveles de AAF, con la mayor incidencia de RAPs (61,5 %) notificada en el intervalo con un nivel máximo de AAF elevado  $\geq 12\ 800$ , en comparación con una incidencia del 17,2 % en pacientes con nivel intermedio de AAF 1 600 – 6 400, una incidencia del 7,1 % en los que tenían un nivel bajo de AAF 100 - 800 y una incidencia del 33,3 % en los que eran AAF negativos. En pacientes adultos previamente tratados con la terapia enzimática de sustitución (TES) , la aparición de RAPs e hipersensibilidad fue mayor en los pacientes que desarrollaron AAF durante el tratamiento en comparación con los pacientes que fueron AAF negativos. Un (1) paciente sin tratamiento previo y 1 paciente con experiencia en el tratamiento desarrollaron anafilaxia. Las apariciones de RAPs fueron similares entre los pacientes pediátricos con AFF positivo y negativo de AAF. No hubo pacientes pediátricos que desarrollaron reacciones anafilácticas. (ver sección 4.4).

En el estudio clínico EFC14028/COMET, 2 pacientes notificaron niveles elevados y sostenidos de Anticuerpos (High Sustained Antibody Titres (HSAT), por sus siglas en inglés a Nexviazyme<sup>®</sup>, pero esto no se asoció con una pérdida de eficacia. Los estudios de reactividad cruzada de AAF mostraron que la mayoría de los pacientes generan anticuerpos que presentan reactividad cruzada a la alglucosidasa alfa. En la semana 49, se detectaron anticuerpos específicos a Nexviazyme<sup>®</sup> en 3 (5,9%) pacientes. Los AAF no afectaron a las medidas de eficacia, mientras que se observaron impactos limitados sobre la FC y la FD, principalmente en los pacientes con nivel elevado. (ver sección 5.2).

**Tabla 3 - Incidencia de AAF durante el tratamiento en la población de pacientes con LOPD e IOPD**

	Nexviazyme <sup>®</sup>				Alglucosidasa alfa	
	Pacientes sin tratamiento previo Avalglucosidasa alfa AAF <sup>a</sup>	Pacientes ya tratados <sup>b</sup> Avalglucosidase alfa AAF			En el período de análisis primario – Alglucosidasa alfa AAF	
		Adultos  20 mg/kg cada dos semanas	Adultos 20 mg/kg cada dos semanas	Pediátricos 20 mg/kg cada dos semanas	Pediátricos 40 mg/kg cada dos semanas	Adultos 20 mg/kg cada dos semanas
	(N = 61) N (%)	(N = 55) N (%)	(N = 6) N (%)	(N = 10) N (%)	(N = 48) N (%)	(N = 6) N (%)
AAF en el momento basal	2 (3,3)	40 (72,7)	1 (16,7)	1 (10)	2 (4,2)	3 (50)
AAF durante el tratamiento	58 (95,1)	27 (49,1)	1 (16,7)	5 (50)	46 (95,8)	3 (50)
Anticuerpos neutralizantes						
Ambos tipos de anticuerpos neutralizantes (NAb)	13 (21,1)	2 (3,6)	0	0	ND <sup>c</sup>	ND <sup>c</sup>
Solo inhibición de la actividad enzimática	4 (6,6)	8 (14,5)	0	0	4 (8,3)	2 (33,3)
Solo inhibición de la absorción enzimática	10 (16,4)	8 (14,5)	0	0	19 (39,6)	0

<sup>a</sup> Incluye un paciente pediátrico

<sup>b</sup> Los pacientes ya tratados recibieron tratamiento con alglucosidasa alfa antes o durante el estudio clínico dentro de un rango de 0,9 a 9,9 años para pacientes adultos y de 0,5 a 11,7 años para pacientes pediátricos. <sup>c</sup> No determinado

## Población pediátrica

Las reacciones adversas al medicamento notificadas en estudios clínicos en la población pediátrica (19 pacientes pediátricos con IOPD entre 1 y 12 años (edad media de 6,8) y un paciente pediátrico de 16 años con LOPD) fueron similares a las notificadas en adultos.

## Notificación de sospechas de reacciones adversas

Sanofi es un aliado en salud, por eso para nosotros es importante vigilar la seguridad de nuestros productos antes y después de la autorización para comercialización, esto permite asegurar que se mantenga una relación beneficio/riesgo positiva, para esto invitamos a los profesionales de salud y/o usuarios de medicamentos a notificar los eventos adversos o cualquier información de seguridad del medicamento a la línea de atención al cliente 018000-911333, o al correo electrónico [Farmacovigilancia.colombia@sanofi.com](mailto:Farmacovigilancia.colombia@sanofi.com) o [farmacovigilancia.peru@sanofi.com](mailto:farmacovigilancia.peru@sanofi.com).

### 4.9. Sobredosis

Una velocidad de perfusión excesiva de Nexviazyme® puede provocar sofocos. En un estudio clínico, los pacientes pediátricos recibieron dosis de hasta 40 mg/kg de peso corporal una vez cada 2 semanas y no se identificaron signos y síntomas específicos después de las dosis más altas. Para la gestión de las reacciones adversas, ver secciones 4.4 y 4.8.

## 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

### 5.1. Propiedades Farmacodinámicas

#### Mecanismo de acción

Grupo farmacoterapéutico: Tracto digestivo y el metabolismo, código ATC: A16AB22

La avalglucosidasa alfa es una  $\alpha$ -glucosidasa ácida humana recombinante (recombinant human acid  $\alpha$ -glucosidase, rhGAA) que proporciona una fuente exógena de GAA. La avalglucosidasa alfa es una modificación de la alglucosidasa alfa en la que aproximadamente 7 estructuras de hexamano, cada una de las cuales incluye 2 mitades terminales manosa-6-fosfato (bis-M6P), se conjugan con residuos de ácido siálico oxidados en la alglucosidasa alfa. La avalglucosidasa alfa presenta 15 veces más mitades de manosa-6-fosfato (M6P) en comparación con la alglucosidasa alfa. Se ha demostrado que la unión a los receptores M6P en la superficie celular se produce a través de grupos de carbohidratos en la molécula GAA, después de lo cual se internaliza y transporta a los lisosomas, donde sufre una división proteolítica que provoca un aumento de la actividad enzimática para degradar el glucógeno.

#### Eficacia clínica y seguridad

##### Estudios clínicos en pacientes con LOPD

El estudio 1, EFC14028/COMET, fue un estudio multinacional, multicéntrico, aleatorizado y doble ciego para comparar la eficacia y la seguridad de Nexviazyme® y alglucosidasa alfa en 100 pacientes con LOPD sin tratamiento previo de 16 a 78 años al inicio del tratamiento. Los pacientes fueron aleatorizados en una relación 1:1 en función de la capacidad vital forzada (CVF) basal, el sexo, la edad y el país, para recibir 20 mg/kg de Nexviazyme® o alglucosidasa alfa una vez cada dos semanas durante 12 meses (49 semanas). El estudio incluyó una fase abierta, a largo plazo, de seguimiento de hasta 5 años para todos los pacientes, en la que los pacientes del grupo de alglucosidasa alfa cambiaron al tratamiento con Nexviazyme®.

La variable primaria del estudio 1 fue el cambio en el % previsto de CVF en posición erguida desde el momento basal hasta los 12 meses (semana 49). En la semana 49, el cambio en la media de MC (EE) en el % previsto de CVF para los pacientes tratados con Nexviazyme® y alglucosidasa alfa fue del 2,89 % (0,88) y del 0,46 % (0,93), respectivamente. La diferencia clínicamente significativa en la media de

MC del 2,43 % (IC del 95 %: -0,13, 4,99) entre el % previsto de CVF con Nexviazyme® y alglucosidasa alfa superó el margen de no inferioridad predefinido de -1,1 y alcanzó la no inferioridad estadística (p= 0,0074). El estudio no demostró la significación estadística para la superioridad (p = 0,0626) y el análisis de las variables secundarias se realizó sin ajuste de multiplicidad. Los resultados de la variable primaria se detallan en la Tabla 4.

**Tabla 4 – Cambio desde el momento basal en la media de MC hasta la semana 49 en el % previsto de CVF en posición erguida**

		Nexviazyme® (n = 51)	Alglucosidasa alfa (n = 49)
<b>% previsto de capacidad vital forzada en posición erguida</b>			
Momento basal antes del tratamiento	Media (DE)	62,55 (14,39)	61,56 (12,40)
Semana 13	Cambio desde el momento basal en la media de MC (EE)	3,05 (0,78)	0,65 (0,81)
Semana 25	Cambio desde el momento basal en la media de MC (EE)	3,21 (0,80)	0,57 (0,84)
Semana 37	Cambio desde el momento basal en la media de MC (EE)	2,21 (1,00)	0,55 (1,05)
Semana 49	Media (DE)	65,49 (17,42)	61,16 (13,49)
Cambio estimado desde el momento basal hasta la semana 49 (MMRM)	Cambio desde el momento basal en la media de MC (EE)	2,89 <sup>a</sup> (0,88)	0,46 <sup>a</sup> (0,93)
Diferencia estimada entre los grupos en el cambio desde el momento basal hasta la semana 49 (MMRM)	Media de MC (IC del 95 %)	2,43 <sup>a</sup> (-0,13, 4,99)	
	Valor de p <sup>b</sup>	0,0074	
	Valor de p <sup>c</sup>	0,0626	

MMRM: Modelo mixto de medidas repetidas (mixed model repeated measures).

<sup>a</sup>Sobre la base del modelo MMRM, el modelo incluye el % previsto de CVF basal (como variable continua), sexo, edad (en años en el momento basal), grupo de tratamiento, visita, término de interacción entre grupo de tratamiento y visita como efectos fijos.

<sup>b</sup>Margen de no inferioridad del -1,1 %

<sup>c</sup> Superioridad no alcanzada

La variable secundaria clave del estudio 1 fue el cambio en la distancia total caminada en 6 minutos (prueba de marcha durante 6 minutos, 6MWT [6-Minute Walk Test]) desde el momento basal hasta los 12 meses (semana 49). En la semana 49, el cambio en la media de MC (EE) desde el momento basal en la 6MWT para los pacientes tratados con Nexviazyme® y alglucosidasa alfa fue de 32,21 m (9,93) y 2,19 m (10,40), respectivamente. La diferencia en la media de MC de 30,01 m (IC del 95 %: 1,33, 58,69) mostró una mejora numérica con Nexviazyme® en comparación con alglucosidasa alfa. Los resultados de 6MWT se detallan en la Tabla 5. Las variables secundarias adicionales del estudio fueron la presión inspiratoria máxima (PIM), la presión espiratoria máxima (PEM), la puntuación resumen de la dinamometría manual (DM), la puntuación total de la prueba rápida de la función motora (quick motor function test, QMFT) y SF-12 (cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, puntuaciones de los componentes físicos y mentales). Los resultados de estas variables se detallan en la Tabla 5.

En los pacientes con LOPD sin tratamiento previo de 16 a 78 años, el cambio porcentual medio (DE) en los tetrasacáridos de hexosa en orina desde el momento basal para los pacientes tratados con Nexviazyme® 20 mg/kg cada dos semanas y alglucosidasa alfa 20 mg/kg cada dos semanas fue del -

53,90 % (24,03) y del -10,8 % (32,33), respectivamente, en la semana 49.

**Tabla 5 – Cambio desde el momento basal en la media de MC hasta la semana 49 para las variables secundarias adicionales**

Variables	Nexvzyme® Cambio en la media de MC (EE)	Alglucosidasa alfa Cambio en la media de MC (EE)	Diferencia en la media de MC (IC del 95 %)
Distancia en la prueba de marcha de 6 minutos (6MWT) (metros) <sup>a,b</sup>	32,21 (9,93)	2,19 (10,40)	30,01 (1,33, 58,69)
Presión inspiratoria máxima (PIM) (% previsto) <sup>c</sup>	8,70 (2,09)	4,29 (2,19)	4,40 (-1,63, 10,44)
Presión espiratoria máxima (% previsto) <sup>c</sup>	10,89 (2,84)	8,38 (2,96)	2,51 (-5,70, 10,73)
Puntuaciones resumen de la dinamometría manual (DM)	260,69 (46,07)	153,72 (48,54)	106,97 (-26,56, 240,5)
Puntuación total de la prueba rápida de función motora (QMFT)	3,98 (0,63)	1,89 (0,69)	2,08 (0,22, 3,95)
Encuesta sobre calidad de vida relacionada con la salud (SF-12)	Puntuación en el RCF <sup>d</sup> : 2,37 (0,99)	1,60 (1,07)	0,77 (-2,13, 3,67)
	Puntuación en el RCM <sup>e</sup> : 2,88 (1,22)	0,76 (1,32)	2,12 (-1,46, 5,69)

<sup>a</sup> El modelo MMRM para la distancia 6MWT se ajusta según el % previsto de CVF basal y la 6MWT basal (distancia recorrida en metros), la edad (en años, en el momento basal), el sexo, el grupo de tratamiento, la visita y la interacción de tratamiento por visita como efectos fijos.

<sup>b</sup> El cambio en la media de MC (EE) desde el momento basal en las semanas 13, 25 y 37 fue de 18,02 (8,79), 27,26 (9,98) y 28,43 (9,06), respectivamente, en el grupo con avalglucosidasa alfa y de 15,11 (9,16), 9,58 (10,41) y 15,49 (9,48), respectivamente, en el grupo con alglucosidasa alfa.

<sup>c</sup> Análisis de sensibilidad a posteriori excluyendo a 4 pacientes (2 en cada grupo de tratamiento) con valores suprafisiológicos basales de PIM y PEM.

<sup>d</sup> Resumen del componente físico.

<sup>e</sup> Resumen del componente mental.

En el estudio EFC14028/COMET, se dispuso de datos de eficacia de 24 pacientes en la semana 97, de 17 pacientes en la semana 121 y de 11 pacientes en la semana 145. Además, 9 pacientes aleatorizados para recibir alglucosidasa alfa cambiaron el tratamiento a avalglucosidasa alfa después de la semana 49 continuaron el tratamiento hasta 2 años. Los valores de % previsto de CVF permanecieron elevados con respecto al momento basal durante la administración de avalglucosidasa alfa durante 97 semanas en 24 pacientes que habían alcanzado este punto temporal.

Los datos de eficacia en el estudio EFC14028/COMET en la semana 97 para los pacientes que habían cambiado de alglucosidasa alfa a avalglucosidasa alfa en la semana 49 mostraron una mejora numérica en el % previsto de CVF y 6MWT. En el mismo estudio, la distancia media observada en 6MWT permaneció elevada con respecto al momento basal durante la administración de avalglucosidasa alfa durante 145 semanas en 10 pacientes que habían alcanzado este periodo de tiempo.

En un estudio abierto, no controlado en pacientes con LOPD, el % previsto de CVF y la 6MWT mostraron un mantenimiento del efecto durante el tratamiento a largo plazo con avalglucosidasa alfa 20 mg/kg cada dos semanas hasta 6 años.

## *Estudio clínico en pacientes con IOPD*

El estudio 2, ACT14132/mini-COMET, fue de cohortes, de varios estadios, en fase II, abierto, multicéntrico, multinacional, de dosis ascendentes repetidas de Nexviazyme® en pacientes pediátricos con IOPD (1–12 años) que mostraron deterioro o respuesta clínicos subóptima durante el tratamiento con alglucosidasa alfa. El estudio incluyó a un total de 22 pacientes; la cohorte 1 tenía 6 pacientes que mostraron deterioro clínico y recibieron 20 mg/kg cada dos semanas durante 25 semanas, la cohorte 2 tenía 5 pacientes que mostraron deterioro clínico y recibieron 40 mg/kg cada dos semanas durante 25 semanas, y la cohorte 3 tenía 11 pacientes que mostraron una respuesta subóptima y recibieron Nexviazyme® a 40 mg/kg cada dos semanas durante 25 semanas (5 pacientes) o alglucosidasa alfa a su dosis estable previa al estudio (que oscilaba entre 20 mg/kg cada dos semanas y 40 mg/kg a la semana) durante 25 semanas (6 pacientes).

El objetivo principal del estudio 2 fue evaluar la seguridad y tolerabilidad de la administración de Nexviazyme®. El objetivo secundario fue determinar la eficacia de Nexviazyme®. Los datos mostraron estabilización o mejora en los resultados de eficacia en la medida de la clasificación de la función motora gruesa-88 (gross motor function classification measure-88, GMFM-88), prueba rápida de la función motora (QMFT), evaluación pediátrica de Pompe del inventario de discapacidad (Pompe-PEDI), puntuación Z de la masa ventricular izquierda (MVI) y mediciones de la posición del párpado en pacientes que previamente habían empeorado o no estaban suficientemente controlados con alglucosidasa alfa. El efecto del tratamiento fue más pronunciado con 40 mg/kg cada dos semanas en comparación con 20 mg/kg cada dos semanas. Dos de seis pacientes tratados con Nexviazyme® a 20 mg/kg cada dos semanas (cohorte 1) demostraron un deterioro clínico adicional y recibieron un aumento de dosis de 20 a 40 mg/kg cada dos semanas en las semanas 55 y 61, respectivamente. Todos los pacientes que recibieron 40 mg/kg cada dos semanas mantuvieron esta dosis durante todo el estudio sin más deterioro clínico.

En los pacientes pediátricos con IOPD (< 18 años) tratados con Nexviazyme® a 40 mg/kg cada dos semanas que demostraron deterioro clínico (cohorte 2) o respuesta clínica subóptima (cohorte 3) mientras estaban en tratamiento con alglucosidasa alfa, el cambio porcentual medio (DE) en los tetrasacáridos de hexosa en orina desde el momento basal fue del -40,97 % (16,72) y -37,48 % (17,16), respectivamente, después de 6 meses. En los pacientes que habían experimentado deterioro previamente tratados con Nexviazyme® a 20 mg/kg cada dos semanas, el cambio porcentual medio (DE) fue del 0,34 % (42,09).

Los efectos a largo plazo del tratamiento con Nexviazyme® se evaluaron en 10 pacientes en la semana 49, 8 pacientes en la semana 73 y 3 pacientes en la semana 97. En pacientes con IOPD que habían experimentado deterioro previamente con alglucosidasa alfa, la eficacia en los parámetros específicos de deterioro, incluidas las mediciones de la función motora, la masa cardíaca del ventrículo izquierdo y la posición del párpado, se mantuvo hasta 2 años.

## Población pediátrica

Diecinueve pacientes pediátricos de 1 a 12 años con IOPD tratados previamente con alglucosidasa alfa fueron tratados con Nexviazyme® (ver sección 4.2 y 4.8) y dos pacientes pediátricos de 9 y 16 años con IOPD fue tratado con Nexviazyme®.

La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con Nexviazyme® en uno o más grupos de la población pediátrica para el tratamiento de la enfermedad de Pompe (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica).

## Registro de Pompe

Se anima a los profesionales médicos o sanitarios a registrar a los pacientes diagnosticados con enfermedad de Pompe en [www.registrynxt.com](http://www.registrynxt.com). Los datos de los pacientes se recopilarán de forma

anónima en este registro. Los objetivos del “Registro de Pompe” son mejorar la comprensión de la enfermedad de Pompe y supervisar a los pacientes y su respuesta a la terapia enzimática de sustitución a lo largo del tiempo, con el objetivo último de mejorar los resultados clínicos en estos pacientes.

## 5.2. Farmacocinética

### Pacientes con enfermedad de Pompe de inicio tardío (LOPD)

La farmacocinética de avalglucosidasa alfa se evaluó en un análisis poblacional de 75 pacientes con LOPD de 16 a 78 años que recibieron de 5 a 20 mg/kg de avalglucosidasa alfa cada 2 semanas.

### Pacientes con enfermedad de Pompe de inicio infantil (IOPD)

La farmacocinética de la avalglucosidasa alfa se caracterizó en 16 pacientes de 1 a 12 años que recibieron tratamiento con avalglucosidasa alfa, que incluyó a 6 pacientes tratados con 20 mg/kg y 10 pacientes tratados con dosis de 40 mg/kg cada 2 semanas. Todos los pacientes tenían experiencia de tratamiento.

### Absorción

En pacientes con LOPD, para una perfusión intravenosa de 4 horas de 20 mg/kg cada 2 semanas, la Cmax media y el AUC2S media fueron 273 µg/mL (24%) y 1220 µg.h/mL (29%), respectivamente.

En pacientes con IOPD, para una perfusión IV de 4 horas de 20 mg/kg cada 2 semanas y una perfusión IV de 7 horas de 40 mg/kg cada 2 semanas, la Cmax media osciló entre 175 y 189 µg/mL para la dosis de 20 mg/kg y entre 205 a 403 µg/mL para la dosis de 40 mg/kg. El AUC2S media osciló entre 805 y 923 µg•h/mL para la dosis de 20 mg/kg y entre 1720 y 2630 µg•h/mL para la dosis de 40 mg/kg.

### Distribución

En los pacientes con LOPD, el modelo farmacocinético poblacional típica predijo que el volumen de distribución en el compartimento central de avalglucosidasa alfa era de 3,4 L.

En los pacientes con IOPD tratados con avalglucosidasa alfa 20 mg/kg y 40 mg/kg cada dos semanas, el volumen medio de distribución en estado estacionario osciló entre 3,5 y 5,4 L.

### Eliminación

En pacientes con LOPD, el modelo FC para una población típica predijo que el aclaramiento lineal era de 0.87 L/h.

Después de 20 mg/kg cada dos semanas, la semivida de eliminación plasmática media fue de 1,55 horas.

En los pacientes con IOPD tratados con avalglucosidasa alfa 20 mg/kg y 40 mg/kg cada dos semanas, el aclaramiento plasmático medio osciló entre 0,53 y 0,70 L/h, y la semivida de eliminación plasmática entre 0,60 y 1,19 horas.

### Linealidad/No linealidad

La exposición a avalglucosidasa alfa aumentó de forma proporcional a la dosis entre 5 y 20 mg/kg en los pacientes con LOPD y entre 20 y 40 mg/kg en los pacientes con IOPD. No se observó acumulación después de la administración cada dos semanas.

### Inmunogenicidad

En el estudio 1, EFC14028/COMET, el 96,1% (49 de 51 pacientes) de los pacientes que recibieron Nexvzyme® desarrollaron AAF durante el tratamiento. No se observó ninguna tendencia clara del impacto de los AAF sobre la FC.

## Poblaciones especiales

Los análisis farmacocinéticos poblacionales en pacientes con LOPD mostraron que el peso corporal, la edad y el sexo no influyeron significativamente en la farmacocinética de avalglucosidasa alfa.

## *Insuficiencia hepática*

La farmacocinética de avalglucosidasa alfa no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática.

## *Insuficiencia renal*

No se realizó ningún estudio formal del efecto de la insuficiencia renal sobre la farmacocinética de avalglucosidasa alfa. En base a un análisis farmacocinético poblacional de datos de 75 pacientes con LOPD que recibieron 20 mg/kg, incluidos 6 pacientes con insuficiencia renal leve (tasa de filtración glomerular: 60 a 89 mL/min; en el momento basal), no se observó ningún efecto relevante de la insuficiencia renal sobre la exposición a avalglucosidasa alfa.

### **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad**

Los datos de los estudios preclínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de toxicidad a dosis repetidas que incluyeron variables de seguridad farmacológica.

La avalglucosidasa alfa no causó efectos adversos en un estudio combinado de fertilidad de machos y hembras en ratones con hasta 50 mg/kg por vía IV cada dos días (9,4 veces el AUC en estado estacionario en humanos a la dosis recomendada de 20 mg/kg cada dos semanas para pacientes con LOPD) (ver sección 4.6).

En un estudio de toxicidad embriofetal en ratones, la administración de avalglucosidasa a la dosis más alta de 50 mg/kg/día (17 veces el AUC en estado estacionario en humanos a la dosis recomendada de 20 mg/kg cada dos semanas para pacientes con LOPD) produjo un aumento de la pérdida posterior a la implantación y del número medio de resorciones tardías. No se observaron efectos a 20 mg/kg/día (4,8 veces el AUC en estado estacionario en humanos a la dosis recomendada de 20 mg/kg cada dos semanas para pacientes con LOPD). La avalglucosidasa alfa no atraviesa la placenta en ratones, lo que sugiere que los efectos embriofetales a 50 mg/kg/día estuvieron relacionados con la toxicidad materna a partir de la respuesta inmunitaria. No se observaron malformaciones ni variaciones en el desarrollo.

No se observaron efectos adversos en un estudio de toxicidad embriofetal en conejos a los que se administró avalglucosidasa alfa hasta 100 mg/kg/día por vía IV (91 veces el AUC en estado estacionario en humanos a la dosis recomendada de 20 mg/kg cada dos semanas para pacientes con LOPD).

No hubo efectos adversos en un estudio de toxicidad del desarrollo pre y posnatal en ratones tras la administración de avalglucosidasa alfa una vez cada dos días. El NOAEL para la reproducción en las hembras y para la viabilidad y el crecimiento de la descendencia fue de 50 mg/kg cada dos días por vía IV.

En ratones jóvenes, la avalglucosidasa alfa se toleró bien por lo general tras la administración durante 9 semanas de dosis hasta 100 mg/kg cada dos semanas por vía IV (~2 a 5 veces el AUC en estado estacionario en humanos a la dosis recomendada de 40 mg/kg cada dos semanas para pacientes con IOPD). Sin embargo, la dosis más alta probada en animales jóvenes no es suficiente para descartar un riesgo potencial para los pacientes con IOPD a la dosis de 40 mg/kg en función del margen de exposición.

## 6. DATOS FARMACÉUTICOS

### 6.1. Lista de excipientes

L-Histidina  
L-histidina HCl monohidrato  
Glicina  
Manitol  
Polisorbato 80

### 6.2. Incompatibilidades

En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros medicamentos.

### 6.3. Periodo de validez

Viales sin abrir: 4 años

#### Medicamento reconstituido

Después de la reconstitución, se ha demostrado la estabilidad química, física y microbiológica en uso durante 24 horas a una temperatura entre 2 °C y 8 °C.

Desde un punto de vista microbiológico, el producto reconstituido se debe utilizar inmediatamente. Si no se utiliza para la dilución inmediatamente, los tiempos y las condiciones de conservación en uso previas a la dilución son responsabilidad del usuario y normalmente no deben superar las 24 horas a una temperatura entre 2 °C y 8 °C.

#### Medicamento diluido

Después de la dilución, se ha demostrado la estabilidad química, física y microbiológica en uso entre 0,5 mg/ml y 4 mg/ml durante 24 horas a una temperatura entre 2 °C y 8 °C, seguido de 9 horas (incluido el tiempo de infusión) a temperatura ambiente (hasta 25 °C) para permitir la perfusión. Utilice técnicas asépticas.

Desde un punto de vista microbiológico, el medicamento se debe utilizar inmediatamente. Si no se utiliza inmediatamente, los tiempos y las condiciones de conservación en uso son responsabilidad del usuario y normalmente no deben superar las 24 horas a una temperatura entre 2 °C y 8 °C, seguido de 9 horas (incluido el tiempo de infusión) a temperatura ambiente (hasta 25 °C) para permitir la perfusión.

### 6.4. Precauciones especiales de conservación

Conservar en refrigeración (entre 2°C y 8°C).

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

### 6.5. Naturaleza y contenido del envase

100 mg de polvo para concentrado para solución para perfusión en un vial (vidrio de tipo I) con un Tapón (elastomérico gris siliconado) y sello (aluminio) con un botón flip off

Cada envase contiene 1 vial.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.



## 6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Los viales son para un único uso.

### Reconstitución

Se debe utilizar una técnica aséptica durante la reconstitución.

1. Se debe de calcular el número de viales necesarios para la reconstitución en función del peso individual del paciente y la dosis recomendada de 20 mg/kg o 40 mg/kg.  
Peso del paciente (kg) x dosis (mg/kg) = dosis del paciente (en mg). Dosis del paciente (en mg) dividida por 100 mg/vial = número de viales que hay que reconstituir. Si el número de viales incluye una fracción, se debe redondear al siguiente número entero.  
Ejemplo: Peso del paciente (16 kg) x dosis (20 mg/kg) = dosis del paciente (320 mg). 320 mg dividido por 100 mg/vial = 3,2 viales; por lo tanto, se deben reconstituir 4 viales.  
Ejemplo: Peso del paciente (16 kg) x dosis (40 mg/kg) = dosis del paciente (640 mg). 640 mg dividido por 100 mg/vial = 6,4 viales; por lo tanto, se deben reconstituir 7 viales.
2. Se deben de sacar de la refrigeradora el número requerido de viales necesarios para la perfusión y esperar durante aproximadamente 30 minutos para permitir que alcancen la temperatura ambiente.
3. Se debe de reconstituir cada vial inyectando lentamente 10.0 mL de Agua para preparaciones inyectables (water for injection, WFI, por sus siglas en inglés) en cada vial. Cada vial dará lugar a 100 mg/10 mL (10 mg/mL). Se debe evitar el impacto violento del WFI sobre el polvo y la formación de espuma. Esto se consigue añadiendo lentamente el WFI mediante goteo por la pared interior del vial y no directamente sobre el polvo liofilizado. Cada vial se debe inclinar y girar suavemente para disolver el polvo liofilizado. No se debe invertir, dar vueltas o agitar.
4. Se debe realizar una inspección visual inmediata en los viales reconstituidos para comprobar que la solución no contiene partículas ni ha cambiado de color. Si en la inspección inmediata se observan partículas o si la solución se decolora, no se debe utilizar el medicamento reconstituido. Se debe dejar que la solución se disuelva.

### Dilución

5. Se debe diluir la solución reconstituida en dextrosa al 5% en agua hasta una concentración final de 0,5 mg/mL a 4 mg/mL. Consulte la Tabla 6 para conocer el volumen de perfusión total recomendado en función del peso del paciente.
6. Se debe extraer lentamente el volumen de la solución reconstituida de cada vial (calculado según el peso del paciente).
7. Se debe añadir la solución reconstituida lenta y directamente a la solución de dextrosa al 5%. Se debe evitar la formación de espuma o la agitación de la bolsa de perfusión. Se debe evitar la introducción de aire en la bolsa para perfusión.
8. Para mezclar la solución de la bolsa para perfusión, invertir cuidadosamente o masajear la bolsa para perfusión. No se debe agitar.
9. Para evitar la administración de partículas introducidas de manera inadvertida durante la preparación de la dosis IV, se recomienda utilizar un filtro en línea de 0,2 µm de baja unión a proteínas plasmáticas para administrar Nexviazyme®. Una vez completada la infusión, se debe lavar la línea intravenosa con dextrosa al 5 % en agua.
10. No se debe administrar Nexviazyme® en la misma línea intravenosa con otros medicamentos.

**Tabla 6 - Volúmenes de perfusión intravenosa estimados para la administración de Nexviazyme® por peso del paciente a dosis de 20 y 40 mg/kg**

Rango de peso del paciente (kg)	Volumen total de infusión para 20 mg/kg (mL)	Volumen total de infusión para 40 mg/kg (mL)
1,25 hasta 10	50	100
10,1 hasta 20	100	200
20,1 hasta 30	150	300
30,1 hasta 35	200	400
35,1 hasta 50	250	500
50,1 hasta 60	300	600
60,1 hasta 100	500	1000
100,1 hasta 120	600	1200
120,1 hasta 140	700	1400
140,1 hasta 160	800	1600
160,1 hasta 180	900	1800
180,1 hasta 200	1000	2000

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.

Fabricado por: Genzyme Ireland Limited. Irlanda.

Información para Colombia:

Importado por: Sanofi Aventis de Colombia S.A. Registro

Reg. San. No. INVIMA MBT 2023 XXXX

REFERENCIA:

Colombia: Referencia: IPP Colombia. Versión local 01. Febrero 2022 basado en el CCDS V2.0-LRC-17-dic-2020.

Perú: Agencia Europea del Medicamento – EMA.

REVISIÓN LOCAL:

Versión 3.0

Noviembre 2023