

**JARDIANCE®**  
**(empagliflozina)**

**Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda.**

**Comprimidos Revestidos**

10 mg e 25 mg

## Jardiance® empagliflozina

### APRESENTAÇÕES

Comprimidos revestidos de 10 mg ou 25 mg: embalagens com 10 ou 30 comprimidos.

### USO ORAL

### USO ADULTO

### COMPOSIÇÃO

JARDIANCE 10 mg: cada comprimido revestido contém 10 mg de empagliflozina.

JARDIANCE 25 mg: cada comprimido revestido contém 25 mg de empagliflozina.

Excipientes: lactose monoidratada, celulose microcristalina, hiprolose, croscarmelose sódica, dióxido de silício, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio, talco, macrogol e óxido de ferro amarelo.

### 1. INDICAÇÕES

#### Controle glicêmico:

JARDIANCE é indicado para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) para melhorar o controle glicêmico em conjunto com dieta e exercícios. Pode ser utilizado como monoterapia ou em associação com metformina, tiazolidinedionas, metformina mais sulfonilureia, ou insulina com ou sem metformina com ou sem sulfonilureia.

#### Prevenção de eventos cardiovasculares:

JARDIANCE é indicado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e doença cardiovascular estabelecida para reduzir o risco de:

- Mortalidade por todas as causas por reduzir a morte cardiovascular.
- Morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca.

#### Insuficiência cardíaca (IC):

JARDIANCE é indicado para pacientes adultos com insuficiência cardíaca (Associação de cardiologia de Nova Iorque - NYHA classe II-IV) independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, com ou sem diabetes mellitus tipo 2 para:

- Reduzir o risco de morte cardiovascular e hospitalizações por insuficiência cardíaca;
- Retardar a perda da função renal.

### 2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

#### Estudos clínicos

##### • Diabetes mellitus tipo 2

Um total de 17.331 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 foram avaliados em 15 estudos clínicos duplo-cegos, controlados por placebo e medicação ativa, dos quais 4.603 pacientes receberam empagliflozina 10 mg e 5.567 receberam empagliflozina 25 mg. Em 6 estudos os pacientes receberam tratamento por 24 semanas; nas extensões de estudos aplicáveis e de outros estudos, os pacientes foram expostos a JARDIANCE por até 102 semanas.

O tratamento com empagliflozina (10 mg e 25 mg) como monoterapia e em combinação com metformina, pioglitazona, sulfonilureias, inibidores da DPP-4 (dipeptidilpeptidase-4) e insulina levaram a melhorias clinicamente relevantes na HbA<sub>1c</sub> (hemoglobina glicada), glicemia de jejum (GJ), peso corporal, pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD, respectivamente). A administração de empagliflozina 25 mg resultou numa maior proporção de pacientes que atingiram a meta de HbA<sub>1c</sub> < 7% e menos pacientes necessitaram de medicamentos de resgate para a glicemia em comparação com empagliflozina 10 mg e placebo. Houve uma melhora clinicamente significativa na HbA<sub>1c</sub> em todos os subgrupos de sexo, raça, região geográfica, tempo desde o diagnóstico do DM2, índice de massa corporal, resistência à insulina com base no HOMA-IR (*homeostatic model assessment-insulin resistance*) e função das células β com base no HOMA-β (*homeostatic model assessment*). A HbA<sub>1c</sub> basal mais elevada foi associada com uma maior redução na HbA<sub>1c</sub>. Uma redução clinicamente significativa na HbA<sub>1c</sub> foi observada em pacientes com taxa de filtração glomerular > 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. Observou-se uma eficácia reduzida de JARDIANCE em pacientes com 75 anos de idade ou mais.

#### Monoterapia com empagliflozina<sup>1, 2, 11</sup>

A eficácia e segurança da empagliflozina (10 mg e 25 mg) como monoterapia foram avaliadas em um estudo duplo-cego, controlado por placebo e medicação ativa com duração de 24 semanas em pacientes virgens de tratamento. O tratamento com JARDIANCE resultou em reduções estatisticamente significativas na HbA<sub>1c</sub>, peso corporal e PAS em comparação

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

com placebo (Tabela 1) e uma diminuição clinicamente significativa da GJ. Observou-se uma diminuição numérica da PAD, mas não se atingiu significância estatística versus placebo (-1,0 mmHg para empagliflozina 10 mg, -1,9 mmHg para empagliflozina 25 mg, -0,5 para o placebo e +0,7 mmHg para a sitagliptina).

Em uma análise pré-especificada de pacientes (n = 201) com um valor basal de HbA<sub>1c</sub> ≥ 8,5% a ≤ 10%, o tratamento levou a redução na HbA<sub>1c</sub> de -1,44% para empagliflozina 10 mg, -1,43% para o grupo que utilizou empagliflozina 25 mg, +0,01% para o placebo e -1,04% para sitagliptina em comparação aos valores basais.

Na extensão deste estudo duplo-cego controlado por placebo, as reduções de HbA<sub>1c</sub> (alteração a partir do basal) foram de -0,65% para empagliflozina 10 mg, -0,76% para empagliflozina 25 mg, +0,13% para o placebo e -0,53% para a sitagliptina. A alteração de peso corporal a partir do basal foi de -2,24 kg para empagliflozina 10 mg, -2,45 kg para empagliflozina 25 mg, -0,43 kg para o placebo e +0,10 kg para a sitagliptina. Na pressão arterial sistólica (PAS) a alteração em relação a basal foi de -4,1 mmHg para empagliflozina 10 mg, -4,2 mmHg para empagliflozina 25 mg, -0,7 mmHg para o placebo e -0,3 mmHg para a sitagliptina e na pressão arterial diastólica (PAD) a alteração em relação a basal foi de -1,6 mmHg para empagliflozina 10 mg, -1,6 mmHg para empagliflozina 25 mg, -0,6 mmHg para o placebo e de -0,1 mmHg para a sitagliptina. As alterações mantiveram-se até a semana 76.

O tratamento diário com JARDIANCE melhorou significativamente os marcadores da função das células β (HOMA β).

Tabela 1. Resultado de um estudo de 24 semanas controlado por placebo (LOCF)<sup>1</sup> com monoterapia de JARDIANCE (análise completa dos dados)

Monoterapia com JARDIANCE	Placebo	empagliflozina 10 mg	empagliflozina 25 mg	sitagliptina 100 mg
n	228	224	224	223
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>				
Média Basal	7,91	7,87	7,86	7,85
Alteração a partir do basal <sup>2</sup>	0,08	-0,66	-0,78	-0,66
Diferença em relação ao placebo <sup>2</sup> (IC 97,5%)	-	-0,74* (-0,90, -0,57)	-0,85* (-1,01, -0,69)	-0,73 (-0,88, -0,59) <sup>3</sup>
n	208	204	202	200
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal ≥7% que atingiram HbA<sub>1c</sub> &lt;7%<sup>4</sup></b>	12,0	35,3	43,6	37,5
n	226	223	223	223
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)<sup>4</sup></b>				
Média Basal	154,7	152,8	152,6	147,1
Alteração a partir do basal <sup>2</sup>	11,8	-19,4	-24,5	-6,9
Diferença em relação ao placebo <sup>2</sup> (IC 95%)	-	-31,2 (-36,6, -25,8)	-36,2 (-41,7, -30,8)	-18,7 (-24,2, -13,2)
n	228	224	224	223
<b>Peso corporal (kg)</b>				
Média Basal	78,23	78,35	77,80	79,31
Alteração a partir do basal <sup>2</sup>	-0,33	-2,26	-2,48	0,18
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-1,93* (-2,48, -1,38)	-2,15* (-2,70, -1,60)	0,52 (0,04, 1,00) <sup>4</sup>
n	228	224	224	223
<b>Pacientes (%) que atingiram perda de peso &gt;5%<sup>5</sup></b>	4,4	22,8	29,0	6,3
n	228	224	224	223
<b>PAS (mmHg)<sup>3</sup></b>				
Média Basal	130,4	133,0	129,9	132,5
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,3	-2,9	-3,7	0,5
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-2,6* (-5,2, -0,0)	-3,4* (-6,0, -0,9)	0,8 (-1,4, 3,1) <sup>4</sup>

<sup>1</sup>Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - last observation carried forward).

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

<sup>2</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia ou hipertensão (LOCF - *last observation carried forward*).

<sup>4</sup> IC 95%.

<sup>5</sup> Não avaliados para significância estatística; não faz parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

\* <0,0001

### Empagliflozina como terapia associada à metformina<sup>2, 3, 11</sup>

Um estudo com duração de 24 semanas, duplo-cego, controlado por placebo foi conduzido para avaliar a eficácia e segurança da empagliflozina em pacientes não suficientemente controlados com metformina. O tratamento com JARDIANCE resultou em melhoras estatisticamente significativas na HbA<sub>1c</sub> e no peso corporal e em reduções clinicamente significativas na glicemia de jejum e na pressão arterial, em comparação com placebo (Tabela 2). Na extensão deste estudo duplo-cego e controlado por placebo, as reduções da HbA<sub>1c</sub> (alteração a partir do basal de -0,62% para a empagliflozina 10 mg, -0,74% para a empagliflozina 25 mg, e -0,01% para o placebo), do peso corporal (alterações a partir do basal de -2,39 kg para a empagliflozina 10 mg, -2,65 kg para a empagliflozina 25 mg e -0,46 kg para o placebo), da pressão arterial sistólica (PAS) (alterações a partir do basal de -5,2 mmHg para a empagliflozina 10 mg, -4,5 mmHg para a empagliflozina 25 mg e 0,8 mmHg para o placebo) e da pressão arterial diastólica (PAD) (alterações em relação ao basal de -2,5 mmHg para a empagliflozina 10 mg, -1,9 mmHg para a empagliflozina 25 mg e -0,5 mmHg para o placebo) se mantiveram até a semana 76.

Tabela 2. Resultados de um estudo de 24 semanas (LOCF)<sup>3</sup> controlado por placebo de JARDIANCE como terapia associada à metformina (análise completa dos dados)

JARDIANCE como terapia associada à metformina	Placebo	empagliflozina 10 mg	empagliflozina 25 mg
n	207	217	213
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Média Basal	7,90	7,94	7,86
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,13	-0,70	-0,77
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,57* (-0,72, -0,42)	-0,64* (-0,79, -0,48)
n	184	199	191
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal ≥ 7% que atingiram HbA<sub>1c</sub> &lt; 7%<sup>2</sup></b>	12,5	37,7	38,7
n	207	216	213
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)<sup>2</sup></b>			
Média Basal	156,0	154,6	149,4
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	6,4	-20,0	-22,3
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-26,4 (-31,3, -21,6)	-28,7 (-33,6, -23,8)
n	207	217	213
<b>Peso corporal (kg)</b>			
Média Basal	79,73	81,59	82,21
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,45	-2,08	-2,46
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-1,63* (-2,17, -1,08)	-2,01* (-2,56, -1,46)
n	207	217	213
<b>Pacientes (%) que atingiram perda de peso &gt; 5%<sup>2</sup></b>	4,8	21,2	23,0
n	207	217	213
<b>PAS (mmHg)<sup>2</sup></b>			
Média Basal	128,6	129,6	130,0
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,4	-4,5	-5,2
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-4,1* (-6,2, -2,1)	-4,8* (-6,9, -2,7)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Não avaliados para significância estatística; não faz parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

\* Valor de p < 0,0001

**JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE**
**Terapia combinada de empagliflozina e metformina em pacientes virgens de tratamento<sup>12</sup>**

Um estudo de delineamento fatorial de 24 semanas de duração foi conduzido para avaliar a eficácia e segurança de empagliflozina em pacientes virgens de tratamento. O tratamento com empagliflozina combinada com metformina (5 mg e 500 mg; 5 mg e 1000 mg; 12,5 mg e 500 mg; e 12,5 mg e 1000 mg administrados duas vezes ao dia) produziu melhoras estatisticamente significativas da HbA<sub>1c</sub> e levou a reduções significativamente maiores da glicemia de jejum (GJ) e peso corporal em comparação com os componentes individuais. Uma maior proporção de pacientes com uma HbA<sub>1c</sub> basal  $\geq 7,0\%$  e tratados com empagliflozina combinada com metformina conseguiu uma HbA<sub>1c</sub> alvo  $< 7\%$  em comparação com os componentes individuais (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Resultados de um estudo de 24 semanas (CO)<sup>2</sup> comparando empagliflozina 10 mg em combinação com metformina aos componentes individuais

	<b>empagliflozina 10 mg + metformina 1000 mg<sup>a</sup></b>	<b>empagliflozina 10 mg + metformina 2000 mg<sup>a</sup></b>	<b>empagliflozina 10 mg (qd)</b>	<b>metformina 1000 mg<sup>a</sup></b>	<b>metformina 2000 mg<sup>a</sup></b>
n	161	167	169	167	162
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>					
Período basal (média)	8,7	8,7	8,6	8,7	8,6
Alteração desde o período basal <sup>1</sup>	-2,0	-2,1	-1,4	-1,2	-1,8
Comparação vs. empagliflozina (IC 95%) <sup>1</sup>	-0,6* (-0,9, -0,4) <sup>b</sup>	-0,7* (-1,0, -0,5) <sup>b</sup>	-	-	-
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-0,8* (-1,0, -0,6) <sup>b</sup>	-0,3* (-0,6, -0,1) <sup>b</sup>	-	-	-
n	153	161	159	166	159
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal <math>\geq 7\%</math> que atingiram HbA<sub>1c</sub> <math>&lt; 7\%</math></b>	96 (63%)	112 (70%)	69 (43%)	63 (38%)	92 (58%)
n	161	166	168	165	164
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)</b>					
Média basal	165,9	163,7	170,0	172,6	169,0
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-45,5	-47,8	-32,9	-17,2	-32,1
Comparação vs. empagliflozina (IC 95%) <sup>1</sup>	-12,6** (-19,1, -6,0) <sup>b</sup>	-14,8** (-21,4, -8,2) <sup>b</sup>	-	-	-
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-28,2** (-35,0, -21,5) <sup>b</sup>	-15,6** (-22,3, -8,9) <sup>b</sup>	-	-	-
n	161	165	168	166	162
<b>Peso Corporal (kg)</b>					
Média basal	82,3	83,0	83,9	82,9	83,8
% Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-3,1	-4,1	-2,7	-0,4	-1,2
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-2,7** (-3,6, -1,8) <sup>b</sup>	-2,8** (-3,8, -1,9) <sup>b</sup>	-	-	-

<sup>a</sup> Dados em duas doses igualmente divididas por dia.

<sup>b</sup> População de análise completa (caso observado) utilizando MMRM. O modelo MMRM incluiu tratamento, função renal, região, visita, visita por interação de tratamento e HbA<sub>1c</sub> basal; glicemia de jejum incluiu GJ basal em adição; peso incluiu peso basal em adição.

<sup>1</sup> Média ajustada para valor basal.

<sup>2</sup> Foram realizadas análises no conjunto de análise completo (FAS) utilizando uma abordagem de casos observados (CO).

\*  $p \leq 0,0062$  para HbA<sub>1c</sub>

\*\*A análise é uma maneira exploratória:  $p \leq 0,0002$  para GJ e  $p < 0,0001$  para peso corporal.

Tabela 4. Resultados de um estudo de 24 semanas (CO)<sup>2</sup> comparando empagliflozina 25 mg em combinação com metformina com os componentes individuais em monoterapia

	<b>empagliflozina 25 mg + metformina 1000 mg<sup>a</sup></b>	<b>empagliflozina 25 mg + metformina 2000 mg<sup>a</sup></b>	<b>empagliflozina 25 mg (qd)</b>	<b>metformina 1000 mg<sup>a</sup></b>	<b>metformina 2000 mg<sup>a</sup></b>
n	165	169	163	167	162
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>					
Média basal	8,8	8,7	8,9	8,7	8,6
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-1,9	-2,1	-1,4	-1,2	-1,8
Comparação vs. empagliflozina (IC 95%) <sup>1</sup>	-0,6* (-0,8, -0,3) <sup>b</sup>	-0,7* (-1,0, -0,5) <sup>b</sup>	-	-	-
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-0,8* (-1,0, -0,5) <sup>b</sup>	-0,3* (-0,6, -0,1) <sup>b</sup>	-	-	-
n	159	163	158	166	159
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal <math>\geq</math> 7% que atingiram HbA<sub>1c</sub> &lt; 7%</b>	91 (57%)	111 (68%)	51 (32%)	63 (38%)	92 (58%)
n	163	167	163	165	164
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)</b>					
Média basal	171,2	167,9	176,9	172,6	169,0
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-44,0	-51,0	-28,0	-17,2	-32,1
Comparação vs. empagliflozina (IC 95%) <sup>1</sup>	-16,0** (-22,8, -9,2) <sup>b</sup>	-23,0** (-29,7, -16,3) <sup>b</sup>	-	-	-
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-26,7** (-33,5, -20,0) <sup>b</sup>	-18,8** (-25,5, -12,2) <sup>b</sup>	-	-	-
n	165	167	162	166	162
<b>Peso Corporal (kg)</b>					
Média basal	82,9	83,7	83,4	82,9	83,8
% Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-3,6	-4,3	-2,8	-0,4	-1,2
Comparação vs. metformina (IC 95%) <sup>1</sup>	-3,1** (-4,1, -2,2) <sup>b</sup>	-3,1** (-4,1, -2,2) <sup>b</sup>	-	-	-

<sup>a</sup> Dados em duas doses igualmente divididas por dia.

<sup>b</sup> População de análise completa (caso observado) utilizando MMRM. O modelo MMRM incluiu tratamento, função renal, região, visita, visita por interação de tratamento e HbA<sub>1c</sub> basal; glicemia de jejum incluiu GJ basal em adição; peso incluiu peso basal em adição.

<sup>1</sup> média ajustada para valor basal.

<sup>2</sup> Foram realizadas análises no conjunto de análise completo (FAS) utilizando uma abordagem de casos observados (CO).

\*  $p \leq 0,0056$  para HbA<sub>1c</sub>

\*\*A análise em uma maneira exploratória:  $p \leq 0,0001$  para GJ e  $p < 0,0001$  para peso corporal.

### **Empagliflozina como terapia associada à combinação de metformina e sulfonilureia<sup>2, 3, 11</sup>**

Um estudo com duração de 24 semanas, duplo-cego, controlado por placebo foi conduzido para avaliar a eficácia e segurança da empagliflozina em pacientes não suficientemente controlados com a combinação de metformina e uma sulfonilureia. O tratamento com JARDIANCE resultou em melhoras estatisticamente significativas na HbA<sub>1c</sub> e no peso

corporal, e reduções clinicamente significativas na glicemia de jejum (GJ) e na pressão arterial, em comparação com o placebo (Tabela 5).

Na extensão deste estudo duplo-cego e controlado por placebo, as reduções de HbA<sub>1c</sub> (alteração a partir do basal de -0,74% para a empagliflozina 10 mg, -0,72% para a empagliflozina 25 mg e -0,03% para o placebo), do peso corporal (alterações a partir do basal de -2,44 kg para a empagliflozina 10 mg, -2,28 kg para a empagliflozina 25 mg e -0,63 kg para o placebo) na pressão arterial sistólica (PAS) (alterações a partir do basal de -3,8 mmHg para a empagliflozina 10 mg, -3,7 mmHg para a empagliflozina 25 mg e -1,6 mmHg para o placebo) e na pressão arterial diastólica (PAD) (alterações a partir do basal foram de -2,6 mmHg para a empagliflozina 10 mg, -2,3 mmHg para a empagliflozina 25 mg e -1,4 mmHg para o placebo) se mantiveram até a semana 76.

Tabela 5. Resultados de um estudo de 24 semanas (LOCF)<sup>3</sup> controlado por placebo de empagliflozina<sup>3</sup> como terapia associada à metformina e a uma sulfonilureia (análise completa dos dados)

<b>JARDIANCE como terapia associada à metformina e sulfonilureia</b>	<b>Placebo</b>	<b>empagliflozina 10 mg</b>	<b>empagliflozina 25 mg</b>
n	225	225	216
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Média Basal	8,15	8,07	8,10
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,17	-0,82	-0,77
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)		-0,64* (-0,79, -0,49)	-0,59* (-0,74, -0,44)
n	216	209	202
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal ≥7% que atingiram HbA<sub>1c</sub> &lt;7%<sup>2</sup></b>	9,3	26,3	32,2
n	224	225	215
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)<sup>2</sup></b>			
Média Basal	151,7	151,0	156,5
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	5,5	-23,3	-23,3
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)		-28,8 (-34,2, -23,4)	-28,8 (-34,3, -23,3)
n	225	225	216
<b>Peso corporal (kg)</b>			
Média Basal	76,23	77,08	77,50
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,39	-2,16	-2,39
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)		-1,76* (-2,25, -1,28)	-1,99* (-2,48, -1,50)
n	225	225	216
<b>Pacientes (%) que atingiram perda de peso &gt; 5%<sup>2</sup></b>	5,8	27,6	23,6
n	225	225	216
<b>PAS (mmHg)<sup>2</sup></b>			
Média Basal	128,8	128,7	129,3
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-1,4	-4,1	-3,5
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-2,7 (-4,6, -0,8)	-2,1 (-4,0, -0,2)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Não avaliados para significância estatística; não faz parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

\* valor de p < 0,0001

### **Empagliflozina como terapia associada à combinação de pioglitazona (com ou sem metformina)<sup>2,4, 11</sup>**

Avaliou-se a eficácia e segurança da empagliflozina num estudo duplo cego, controlado por placebo com duração de 24 semanas em pacientes não suficientemente controlados com uma combinação de metformina e pioglitazona ou com monoterapia de pioglitazona. A combinação da empagliflozina com a pioglitazona (dose ≥ 30 mg), com ou sem metformina, resultou em reduções estatisticamente significativas na HbA<sub>1c</sub>, GJ e peso corporal, e reduções clinicamente significativas na pressão arterial em comparação com o placebo (Tabela 6).

Na extensão deste estudo duplo-cego e controlado por placebo, as reduções de HbA<sub>1c</sub> (alteração a partir do basal) foram de -0,61% para empagliflozina 10 mg, -0,70% para a empagliflozina 25 mg e -0,01% para o placebo. No peso corporal as alterações a partir do basal foram de -1,47 kg para empagliflozina 10 mg, -1,21 kg para a empagliflozina 25 mg e +0,50 kg para o placebo. Na pressão arterial sistólica (PAS), as alterações a partir do basal foram de -1,7 mmHg para empagliflozina 10 mg, -3,4 mmHg para a empagliflozina 25 mg e +0,3 mmHg para o placebo e na pressão arterial

diastólica (PAD), as alterações a partir do basal foram de -1,3 mmHg para empagliflozina 10mg, -2,0 mmHg para a empagliflozina 25 mg e +0,2 mmHg para o placebo. Estas alterações mantiveram-se até a semana 76.

Tabela 6. Resultados de um estudo de 24 semanas (LOCF)<sup>3</sup> controlado por placebo de JARDIANCE como terapia associada à pioglitazona com ou sem metformina (análise completa dos dados)

<b>Terapia associada à pioglitazona com ou sem metformina</b>	<b>Placebo</b>	<b>empagliflozina 10 mg</b>	<b>empagliflozina 25 mg</b>
n	165	165	168
<b>HbA1c (%)</b>			
Média Basal	8,16	8,07	8,06
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,11	-0,59	-0,72
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,48* (-0,69, -0,27)	-0,61* (-0,82, -0,40)
n	155	151	160
<b>Pacientes (%) com HbA1c basal ≥7% que atingiram HbA1c &lt;7%<sup>2</sup></b>	7,7	23,8	30,0
n	165	163	168
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)</b>			
Média Basal	151,93	152,0	151,86
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	6,47	-17,0	-21,99
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-23,5* (-31,8, -15,1)	-28,46* (-36,7, -20,24)
n	165	165	168
<b>Peso corporal (kg)</b>			
Média Basal	78,1	77,97	78,93
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,34	-1,62	-1,47
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-1,95* (-2,64, -1,27)	-1,81* (-2,49, -1,13)
n	165	165	168
<b>Pacientes (%) que atingiram perda de peso &gt; 5%<sup>3</sup></b>	5,5	18,8	13,7
n	165	165	168
<b>PAS (mmHg)<sup>2</sup></b>			
Média Basal	125,7	126,5	125,9
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,7	-3,1	-4,0
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-3,9 (-6,2, -1,5)	-4,7 (-7,1, -2,4)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Não avaliados para significância estatística; não faz parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

\* valor de p < 0,0001

### **Empagliflozina e linagliptina em pacientes virgens de tratamento<sup>9</sup>**

Após 24 semanas de tratamento com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg em pacientes virgens de tratamento, observou-se uma melhora estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub> em comparação com linagliptina 5 mg, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre a associação em dose fixa (ADF) empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e empagliflozina 25 mg (Tabela 7). Comparado à linagliptina 5 mg, ambas as doses da ADF de empagliflozina/linagliptina levaram a uma melhora estatisticamente relevante no peso corporal. Após 24 semanas de tratamento com empagliflozina/linagliptina, tanto a pressão arterial sistólica (PAS) quanto a diastólica (PAD) foram reduzidas, -2,9/-1,1 mmHg com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg (não significativo versus linagliptina 5 mg para PAS e PAD) e -3,6/-0,7 mmHg com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg (p < 0,05 versus linagliptina 5 mg para PAS e não significativo para PAD). Tratamento de resgate foi utilizado em 2 (1,5%) pacientes tratados com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e 1 (0,7%) paciente tratado com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg, em comparação com 11 (8,3%) pacientes tratados com linagliptina 5 mg, 1 (0,8%) paciente tratado com empagliflozina 25 mg e 4 (3,0%) pacientes tratados com empagliflozina 10 mg. Reduções clinicamente significativas na HbA<sub>1c</sub> basal (Tabela 7) e na PAS foram observadas na semana 52: -2,0 mmHg com o tratamento com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg (não significativo versus linagliptina 5 mg) e -1,7 mmHg com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg (não significativo versus linagliptina 5 mg).

**JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Tabela 7. Resultados de 24 e 52 semanas (LOCF)<sup>1</sup> de um estudo controlado, duplo-cego e randomizado de empagliflozina e linagliptina como associação em dose fixa em pacientes virgens de tratamento.

	<b>empa 25 / lina 5</b>	<b>empa 10 / lina 5</b>	<b>empa 25 mg</b>	<b>empa 10 mg</b>	<b>lina 5 mg</b>
<b>Desfecho primário: HbA1c[%] – 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	134	135	133	132	133
Média Basal (EP)	7,99 (0,08)	8,04 (0,08)	7,99 (0,08)	8,05 (0,09)	8,05 (0,08)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,2</sup>	-1,08 (0,07)	-1,24 (0,07)	-0,95 (0,07)	-0,83 (0,07)	-0,67 (0,07)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,14 (0,10)	-0,41 (0,10)	-	-	-
IC 95%	-0,33, 0,06	-0,61, -0,21	-	-	-
Valor de p	0,1785	Não avaliado	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,41 (0,10)	-0,57 (0,10)	-	-	-
IC 95%	-0,61, -0,22	-0,76, -0,37	-	-	-
Valor de p	<0,0001	Não avaliado	-	-	-
<b>HbA1c [%] – 52 semanas<sup>4</sup></b>					
Média Basal (EP)	7,99 (0,08)	8,04 (0,08)	7,99 (0,08)	8,05 (0,09)	8,05 (0,08)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 52 <sup>1</sup>	-1,17 (0,08)	-1,22 (0,08)	-1,01 (0,08)	-0,85 (0,08)	-0,51 (0,08)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada (EP)	-0,16 (0,12)	-0,37 (0,12)	-	-	-
IC 95%	-0,39, 0,07	-0,60, -0,14	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada (EP)	-0,66 (0,12)	-0,71 (0,12)	-	-	-
IC 95%	-0,90, -0,43	-0,94, -0,48	-	-	-
<b>Desfecho secundário: GJ [mg/dL] - 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	134	135	133	132	133
Média Basal (EP)	156,10 (3,09)	157,18 (3,05)	152,83 (3,38)	160,27 (3,59)	156,03 (3,22)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,2</sup>	-29,55 (2,67)	-28,21 (2,66)	-24,24 (2,68)	-22,39 (2,69)	-5,92 (2,68)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-5,31 (3,78)	-5,82 (3,78)	-	-	-
IC 95%	-12,74, 2,11	-13,25, 1,61	-	-	-
Valor de p	Não avaliado	Não avaliado	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-23,63 (3,78)	-22,29 (3,77)	-	-	-
IC 95%	-31,06, -16,21	-29,71, -14,88	-	-	-
valor de p	Não avaliado	Não avaliado	-	-	-
<b>Desfecho secundário: peso corporal [Kg] – 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	134	135	133	132	133
Média Basal (EP)	87,92 (1,57)	87,30 (1,59)	86,73 (1,71)	87,82 (2,08)	89,51 (1,74)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,3</sup>	-2,00 (0,36)	-2,74 (0,36)	-2,13 (0,36)	-2,27 (0,37)	-0,78 (0,36)

Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-1,22 (0,51)	-1,96 (0,51)	-	-	-
IC 95%	-2,23, -0,21	-2,97, -0,95	-	-	-
Valor de p	Não avaliado	Não avaliado	-	-	-
Desfecho secundário: pacientes com HbA <sub>1c</sub> <7,0% – 24 semanas					
Número de pacientes n (%)	121 (100,0)	122 (100,0)	118 (100,0)	121 (100,0)	127 (100,0)
Com HbA <sub>1c</sub> <7% na semana 24	67 (55,4)	76 (62,3)	49 (41,5)	47 (38,8)	41 (32,3)
Comparação <sup>5</sup> vs. empagliflozina	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Razão de probabilidade	1,893	2,961	-	-	-
IC 95%	1,095, 3,274	1,697, 5,169			
Valor de p	Não avaliado	Não avaliado	-	-	-
Comparação <sup>5</sup> vs. linagliptina 5 mg					
Razão de probabilidade	3,065	4,303	-	-	-
IC 95%	1,768, 5,314	2,462, 7,522			
Valor de p	Não avaliado	Não avaliado	-	-	-

<sup>1</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

<sup>2</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>3</sup> Modelo ANCOVA inclui peso corporal basal, HbA<sub>1c</sub> basal, taxa de filtração glomerular estimada basal pela fórmula MDRD, região geográfica e tratamento; com base no FAS (LOCF). As comparações versus empagliflozina foram exploratórias e não fizeram parte da hierarquia de testes (empa 25 mg/ linha 5 mg vs. empa 25 mg: média ajustada 0,19 kg (IC 95% -0,65, 1,03); empa 10 mg / linha 5 mg vs. empa 10 mg: 0,07 (0,91, 0,77) kg).

<sup>4</sup> Não avaliados para significância estatística; não fez parte do procedimento de testes sequenciais para os desfechos secundários.

Especificação 'não avaliado' significa que o teste hierárquico anterior na sequência de confirmação falhou de forma que nenhum teste subsequente foi realizado.

<sup>5</sup> Regressão logística inclui HbA<sub>1c</sub> basal, taxa de filtração glomerular estimada basal, região geográfica, e tratamento; com base no FAS (NCF), pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal de 7% ou mais.

EP: erro padrão

Em um subgrupo pré-especificado de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal igual ou superior a 8,5%, a diminuição da HbA<sub>1c</sub> a partir do valor basal com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg foi de -1,9% em 24 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, não significativo versus empagliflozina 25 mg) e de -2,0% em 52 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, p <0,05 versus empagliflozina 25 mg). A redução da HbA<sub>1c</sub> com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg foi de -1,9% em 24 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, p <0,05 versus empagliflozina 10 mg) e de -2,0% em 52 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, p <0,05 versus empagliflozina 10 mg).

### Empagliflozina e linagliptina como terapia associada à metformina<sup>9</sup>

Nos pacientes não controlados com o uso de metformina, o tratamento com ambas as doses de empagliflozina/ linagliptina (ADF) por 24 semanas proporcionou melhoras estatisticamente significativas na HbA<sub>1c</sub> e na glicemia em jejum (GJ), em comparação com a linagliptina 5 mg e também em comparação com empagliflozina 10 ou 25 mg. Comparadas à linagliptina 5 mg ambas as doses da empagliflozina/linagliptina (ADF) proporcionaram melhoras estatisticamente significativas no peso corporal.

Uma maior proporção de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal ≥7,0% e que foi tratada com empagliflozina/linagliptina (ADF) atingiu a meta de HbA<sub>1c</sub> <7%, em comparação com os componentes individuais (Tabela 8).

Após 24 semanas de tratamento com empagliflozina/linagliptina, as pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram reduzidas em -5,6/-3,6 mmHg (p <0,001 versus linagliptina 5 mg para PAS e PAD) com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e em -4,1/-2,6 mmHg (p <0,05 versus linagliptina 5 mg para PAS, não significativo para PAD) com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg. Reduções clinicamente significativas na HbA<sub>1c</sub> (Tabela 8) e pressão arterial sistólica e diastólica foram observadas na semana 52, sendo as reduções de -3,8/-1,6 mmHg (p <0,05 versus linagliptina 5 mg para PAS e PAD) com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e de -3,1/-1,6 mmHg (p <0,05 versus linagliptina 5 mg para a PAS e não significativo para PAD) com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg.

Após 24 semanas, a terapia de resgate foi utilizada em 1 (0,7%) paciente tratado com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e em 3 (2,2%) pacientes tratados com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg, em comparação com 4 (3,1%)

**JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE**

pacientes tratados com linagliptina 5 mg e 6 (4,3%) pacientes tratados com empagliflozina 25 mg e 1 (0,7%) paciente tratado com empagliflozina 10 mg.

Tabela 8. Resultados de 24 e 52 semanas (LOCF)<sup>1</sup> de um estudo controlado, duplo-cego e randomizado de empagliflozina e linagliptina como associação em dose fixa como terapia combinada à metformina em pacientes não controlados com metformina.

	empa 25 / lina 5	empa 10 / lina 5	empa 25 mg	empa 10 mg	lina 5 mg
<b>Desfecho primário: HbA<sub>1c</sub> [%] – 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	134	135	140	137	128
Média Basal (EP)	7,90 (0,07)	7,95 (0,07)	8,02 (0,07)	8,00 (0,08)	8,02 (0,08)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,2</sup>	-1,19 (0,06)	-1,08 (0,06)	-0,62 (0,06)	-0,66 (0,06)	-0,70 (0,06)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,58 (0,09)	-0,42 (0,09)	-	-	-
IC 95%	-0,75, -0,41	-0,59, -0,25	-	-	-
Valor de p	<0,0001	<0,0001	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,50 (0,09)	-0,39 (0,09)	-	-	-
IC 95%	-0,67, -0,32	-0,56, -0,21	-	-	-
Valor de p	<0,0001	<0,0001	-	-	-
<b>HbA<sub>1c</sub> [%] - 52 semanas<sup>4</sup></b>					
Média Basal (EP)	7,90 (0,07)	7,95 (0,07)	8,02 (0,07)	8,00 (0,08)	8,02 (0,08)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 52 <sup>1,2</sup>	-1,21 (0,07)	-1,05 (0,07)	-0,64 (0,07)	-0,69 (0,07)	-0,48 (0,07)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,57 (0,10)	-0,36 (0,10)	-	-	-
IC 95%	-0,77, -0,37	-0,56, -0,17	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-0,73 (0,10)	-0,57 (0,10)	-	-	-
IC 95%	-0,93, -0,53	-0,77, -0,37	-	-	-
<b>Desfecho secundário: GJ [mg/dL] - 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	133	134	139	136	127
Média Basal (EP)	154,62 (2,89)	156,68 (2,98)	159,89 (3,21)	161,64 (2,98)	156,35 (2,72)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,2</sup>	-35,25 (2,53)	-32,18 (2,52)	-18,83 (2,47)	-20,84 (2,50)	-13,05 (2,59)
Comparação vs. empagliflozina <sup>1</sup>	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-16,43 (3,54)	-11,34 (3,55)	-	-	-
IC 95%	-23,37, -9,48	-18,31, -4,37	-	-	-
Valor de p	<0,0001	0,0015	-	-	-
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-22,20 (3,62)	-19,12 (3,61)	-	-	-
IC 95%	-29,30, -15,10	-26,21, -12,03	-	-	-
Valor de p	<0,0001	<0,0001	-	-	-
<b>Desfecho secundário: peso corporal [kg] – 24 semanas</b>					
Número de pacientes analisados	134	135	140	137	128
Média Basal (EP)	85,47 (1,76)	86,57 (1,64)	87,68 (1,49)	86,14 (1,55)	85,01 (1,62)
Média ajustada (EP) alteração a partir do basal na semana 24 <sup>1,2,3</sup>	-2,99 (0,31)	-2,60 (0,30)	-3,18 (0,30)	2,53 (0,30)	-0,69 (0,31)
Comparação vs. linagliptina 5 mg <sup>1</sup>					
Média ajustada <sup>2</sup> (EP)	-2,30 (0,44)	-1,91 (0,44)	-	-	-
IC 95%	-3,15, -1,44	-2,77, -1,05	-	-	-
Valor de p	<0,0001	<0,0001	-	-	-
<b>Desfecho secundário: pacientes com HbA<sub>1c</sub> &lt;7% - 24 semanas</b>					
Número de pacientes, n (%)	123 (100)	128 (100)	132 (100)	125 (100)	119 (100)
HbA <sub>1c</sub> <7% na semana 24	76 (61,8)	74 (57,8)	43 (32,6)	35 (28,0)	43 (36,1)

Comparação <sup>5</sup> vs. empagliflozina	vs. empa 25 mg	vs. empa 10 mg			
Razão de probabilidade	4,191	4,500	-	-	-
IC 95%	2,319, 7,573	2,474, 8,184	-	-	-
Valor de p	<0,0001	<0,0001	-	-	-
Comparação <sup>5</sup> vs. lina 5 mg					
Razão de probabilidade	3,495	2,795	-	-	-
IC 95%	1,920, 6,363	1,562, 5,001	-	-	-
Valor de p	<0,0001	0,0005	-	-	-

<sup>1</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

<sup>2</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação

<sup>3</sup> Modelo ANCOVA inclui peso corporal basal, HbA<sub>1c</sub> basal, taxa de filtração glomerular estimada basal avaliada pela fórmula MDRD, região geográfica e tratamento; com base no FAS (LOCF). As comparações versus empagliflozina foram exploratórias e não fizeram parte da hierarquia de testes (empa 25/lina 5 vs. empa 25: média ajustada 0,19 kg (IC 95% -0,65, 1,03); empa 10/lina 5 vs. empa 10: -0,07 kg (-0,91, 0,77))

<sup>4</sup> Não avaliados para significância estatística; não fez parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários

<sup>5</sup> Regressão logística inclui HbA<sub>1c</sub> basal, taxa de filtração glomerular estimada basal (MDRD), região geográfica e tratamento; com base no FAS (NCF), pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal de 7% ou mais

Em um subgrupo pré-especificado de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal igual ou superior a 8,5%, a diminuição da HbA<sub>1c</sub> a partir do valor basal com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg foi de -1,8% em 24 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, p <0,001 versus empagliflozina 25 mg) e -1,8% em 52 semanas (p <0,0001 versus linagliptina 5 mg, p <0,05 versus empagliflozina 25 mg). Com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg a redução de HbA<sub>1c</sub> a partir do basal foi de -1,6% em 24 semanas (p <0,01 versus linagliptina 5 mg, não significativo versus empagliflozina 10 mg) e de -1,5% em 52 semanas (p <0,01 versus linagliptina 5 mg, não significativo versus empagliflozina 10 mg).

### Empagliflozina vs. placebo em pacientes não controlados em tratamento com metformina e linagliptina<sup>13</sup>

Em pacientes não adequadamente controlados com metformina e linagliptina, o tratamento de 24 semanas com ambas as doses (10 mg e 25 mg) de empagliflozina mostrou melhora estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub>, GJ e peso corporal quando comparado com placebo (com terapia basal de linagliptina 5mg). Uma diferença estatisticamente significativa no número de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal ≥7,0% e tratados com empagliflozina atingiram o alvo de HbA<sub>1c</sub> <7% comparado com o placebo (com terapia basal com linagliptina 5 mg (Tabela 9)). Após o tratamento de 24 semanas com empagliflozina, tanto a pressão arterial sistólica quanto a diastólica foram reduzidas, -2,6/-1,1 mmHg (n.s. versus placebo para PAS e PAD) para empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e -1,3/ -0,1 mmHg (n.s. versus placebo para PAS e PAD) para empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg.

Após 24 semanas, a terapia de resgate foi utilizada em 4 (3,6%) pacientes tratados com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg e em 2 (1,8%) pacientes tratados com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg, em comparação com 13 (12,0%) pacientes tratados com placebo/linagliptina 5 mg.

Tabela 9. Parâmetros de eficácia no estudo clínico comparando empagliflozina com placebo como terapia adjuvante em pacientes não adequadamente controlados em tratamento com metformina e linagliptina 5 mg

	metformina + linagliptina 5 mg		
	empagliflozina 10 mg <sup>1</sup>	empagliflozina 25 mg <sup>1</sup>	Placebo <sup>2</sup>
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) – 24 semanas<sup>3</sup></b>			
n	109	110	106
Média basal	7,97	7,97	7,96
Alteração do basal (média ajustada)	-0,65	-0,56	0,14
Comparação vs. placebo (média ajustada) (IC 95%) <sup>2</sup>	-0,79 (-1,02, -0,55) p<0,0001	-0,70 (-0,93, -0,46) p<0,0001	-
<b>GJ (mg/dL) – 24 semanas<sup>3</sup></b>			
n	109	109	106
Média basal	167,9	170,1	162,9
Alteração a partir do basal (média ajustada)	-26,3	-31,6	6,1
Comparação vs. placebo (média ajustada) (IC 95%)	-32,4 (-41,7, -23,0) p<0,0001	-37,7 (-47,0, -28,3) p<0,0001	-
<b>Peso Corporal – 24 semanas<sup>3</sup></b>			
n	109	110	106
Valor basal (média) em kg	88,4	84,4	82,3
Alteração do valor basal (média ajustada)	-3,1	-2,5	-0,3

Comparação vs. placebo (média ajustada) (IC 95%) <sup>1</sup>	-2,8 (-3,5, -2,1) p<0,0001	-2,2 (-2,9, -1,5) p<0,0001	-
<b>Pacientes (%) com HbA1c basal ≥ 7% que alcançaram HbA1c &lt;7%– 24 semanas<sup>4</sup></b>			
n	100	107	100
Pacientes (%) alcançando A1C <7%	37,0	32,7	17,0
Comparação vs. placebo (razão de probabilidade) (IC 95%) <sup>5</sup>	4,0 (1,9, 8,7)	2,9 (1,4, 6,1)	-

<sup>1</sup> Os pacientes randomizados para o grupo empagliflozina 10 mg estavam recebendo empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg ou empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg com metformina de suporte.

<sup>2</sup> Os pacientes randomizados para o grupo do placebo estavam recebendo placebo mais linagliptina 5 mg com metformina de suporte.

<sup>3</sup> Modelo MMRM em FAS (CO) inclui a HbA<sub>1c</sub> basal, a TFGe basal (MDRD), a região geográfica, visitas, tratamento, e visitas devido a interações com o tratamento. Para GJ, a GJ basal também está incluída. Para o peso, o peso basal também está incluído.

<sup>4</sup> Não avaliado para a significância estatística; não faz parte do procedimento de teste sequencial para os desfechos secundários.

<sup>5</sup> A regressão logística em FAS (NCF) inclui HbA<sub>1c</sub> basal, TFGe basal (MDRD), região geográfica, e tratamento; com base nos pacientes com HbA<sub>1c</sub> de 7% e acima no período basal.

Em um subgrupo pré-especificado de pacientes com HbA<sub>1c</sub> maior ou igual a 8,5%, a diminuição do valor basal na HbA<sub>1c</sub> com empagliflozina 25 mg/linagliptina 5 mg foi de -1,3% em 24 semanas (p <0,0001 versus placebo + linagliptina 5 mg) e com empagliflozina 10 mg/linagliptina 5 mg de -1,3% em 24 semanas (p<0,0001 versus placebo + linagliptina 5 mg).

#### Dados de 2 anos de tratamento com empagliflozina associada à metformina, em comparação com a glimepirida<sup>5</sup>

Em um estudo comparando a eficácia e segurança de empagliflozina 25 mg versus glimepirida (4 mg) em pacientes com controle glicêmico inadequado apenas com metformina, o tratamento diário com empagliflozina 25 mg resultou em redução superior na HbA<sub>1c</sub>, e uma redução clinicamente significativa na glicemia de jejum (GJ), em comparação com a glimepirida (Tabela 10). Empagliflozina 25 mg diariamente resultou em uma redução estatisticamente significativa no peso corporal, na pressão arterial sistólica e diastólica (alteração na PAD a partir do basal de -1,8 mmHg para empagliflozina e +0,9 mmHg para a glimepirida, p <0,0001).

O tratamento com empagliflozina 25 mg diariamente resultou em menores proporções de pacientes com episódios de hipoglicemia, com significância estatística, em comparação com a glimepirida (2,5% para empagliflozina 25 mg, 24,2% para a glimepirida, p <0,0001).

Tabela 10. Resultados de 104 semanas (LOCF)<sup>4</sup> em um estudo controlado por medicação ativa comparando empagliflozina à glimepirida como terapia associada à metformina (análise completa dos dados)

<b>empagliflozina como terapia associada à metformina em comparação com glimepirida</b>	<b>empagliflozina 25 mg</b>	<b>glimepirida (até 4 mg)</b>
n	765	780
<b>HbA1c (%)</b>		
Média Basal	7,92	7,92
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,66	-0,55
Diferença em relação à glimepirida <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-0,11* (-0,20, -0,01)	-
n	690	715
<b>Pacientes (%) com HbA1c basal ≥ 7% que atingiram HbA1c &lt; 7%<sup>2</sup></b>		
n	764	779
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)<sup>2</sup></b>		
Média Basal	150,0	149,82
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-15,36	-2,98
Diferença em relação à glimepirida <sup>1</sup> (IC 95%)	-12,37 (-15,47, -9,27)	-
n	765	780
<b>Peso corporal (kg)</b>		
Média Basal	82,52	83,03
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-3,12	1,34
Diferença em relação à glimepirida <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-4,46** (-4,87, -4,05)	-
n	765	780
<b>Pacientes (%) que atingiram perda de peso &gt;5%<sup>2</sup></b>		
n	765	780
<b>PAS (mmHg)<sup>3</sup></b>		
Média Basal	133,4	133,5

Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-3,1	2,5
Diferença em relação à glicemipirida <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-5,6** (-7,0, -4,2)	-

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Não avaliados para significância estatística; não fez parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia ou hipertensão (LOCF - last observation carried forward).

<sup>4</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - last observation carried forward).

\* Valor de  $p < 0,0001$  para não inferioridade, e valor de  $p = 0,0153$  para superioridade.

\*\* Valor de  $p < 0,0001$

### Empagliflozina como terapia associada à insulina em múltiplas doses diárias e metformina<sup>14</sup>

A eficácia e segurança de empagliflozina como terapia associada a múltiplas doses diárias de insulina, com ou sem terapia concomitante com metformina (71,0% de todos os pacientes estavam na terapia de base com metformina) foram avaliadas em um estudo duplo-cego, controlado por placebo com duração de 52 semanas. Durante as 18 semanas iniciais e as últimas 12 semanas, a dose de insulina devia ser mantida estável, mas a dose foi ajustada para atingir os níveis de glicemia pré-prandial  $< 100$  mg/dL, e os níveis de glicemia pós-prandial  $< 140$  mg/dL entre as semanas 19 e 40.

Na semana 18, o tratamento com empagliflozina resultou em melhora estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub> em comparação com placebo (Tabela 11). Uma maior proporção de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal  $\geq 7,0\%$  (19,5% empagliflozina 10 mg, 31,0% empagliflozina 25 mg) atingiu a meta de HbA<sub>1c</sub>  $< 7\%$  em comparação com placebo (15,1%).

Na semana 52, o tratamento com empagliflozina resultou em uma redução estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub> e na dose de insulina em comparação com placebo e uma redução na GJ (alteração a partir do basal de -0,3 mg/dL com placebo, -19,7 mg/dL com empagliflozina 10 mg e -23,7 mg/dL com empagliflozina 25 mg), peso corporal e pressão arterial (PAS: alteração a partir do basal de -2,6 mmHg com placebo, -3,9 mmHg com empagliflozina 10 mg e -4,0 mmHg com empagliflozina 25 mg, PAD: alteração a partir do basal de -1,0 mmHg com placebo, -1,4 mmHg com empagliflozina 10 mg e -2,6 mmHg com empagliflozina 25 mg).

Tabela 11. Resultados em 18 e 52 semanas (LOCF)<sup>5</sup> de um estudo controlado por placebo de empagliflozina como terapia associada a múltiplas doses diárias de insulina com metformina<sup>2</sup>

empagliflozina como terapia associada à insulina + metformina	Placebo	empagliflozina 10 mg	Empagliflozina 25 mg
n	188	186	189
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) na semana 18</b>			
Média basal	8,33	8,39	8,29
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,50	-0,94	-1,02
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,44* (-0,61, -0,27)	-0,52* (-0,69, -0,35)
n	115	119	118
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) na semana 52<sup>3</sup></b>			
Média basal	8,25	8,40	8,37
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,81	-1,18	-1,27
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,38** (-0,62, -0,13)	-0,46* (-0,70, -0,22)
n	113	118	118
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal <math>\geq 7\%</math> que atingiram HbA<sub>1c</sub> <math>&lt; 7\%</math> na semana 52<sup>4</sup></b>			
n	188	186	189
<b>GJ (mg/dL) na semana 52<sup>5</sup></b>			
Média basal	151,6	159,1	150,3
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,3	-19,7	-23,7
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-19,3 (-27,9, -10,8)	-23,4 (-31,8, -14,9)
n	115	118	117
<b>Dose de insulina (UI/dia) na semana 52<sup>3</sup></b>			
Média basal	89,94	88,57	90,38
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	10,16	1,33	-1,06
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-8,83** (-15,69, -1,97)	-11,22** (-18,09, -4,36)
n	115	119	118
<b>Peso corporal (kg) na semana 52<sup>3</sup></b>			
Média basal	96,34	96,47	95,37
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,44	-1,95	-2,04
Diferença em relação ao placebo (IC 97,5%)	-	-2,39* (-3,54, -1,24)	-2,48* (-3,63, -1,33)

**JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE**

n	188	186	189
<b>PAS (mmHg)<sup>6</sup></b>			
Média basal	132,6	134,2	132,9
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-2,6	-3,9	-4,0
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-1,4 (-3,6, 0,9)	-1,4 (-3,7, 0,8)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Semana 18: FAS; Semana 52: PPS-completados-52.

<sup>3</sup> Semana 19-40: regime de tratamento para o alvo com ajuste da dose de insulina para atingir níveis-alvo pré-definidos de glicemia (pré-prandial <100 mg/dL, pós-prandial <140 mg/dL).

<sup>4</sup> Não avaliados para significância estatística; não fez parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

<sup>5</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

<sup>6</sup> Semana 52: FAS

\* Valor de p <0,0001

\*\* Valor de p <0,0015

**Empagliflozina como terapia associada à insulina basal<sup>6</sup>**

Avaliaram-se a eficácia e segurança da empagliflozina (10 mg ou 25 mg) como terapia adicional à insulina basal, com ou sem terapia concomitante com metformina e/ou sulfonilureia em um estudo duplo cego, controlado por placebo, com duração de 78 semanas. Durante as primeiras 18 semanas a dose de insulina foi mantida estável, mas foi ajustada para atingir uma glicemia de jejum < 110 mg/dL nas 60 semanas seguintes.

Na semana 18, a empagliflozina (10 mg ou 25 mg) proporcionou uma melhora estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub> em relação ao placebo. Uma maior proporção de pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal ≥ 7,0% alcançou HbA<sub>1c</sub> alvo < 7% em comparação com o placebo. Após 78 semanas, a empagliflozina resultou em uma redução estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub> e na necessidade de insulina adicional em comparação com o placebo (Tabela 12).

Na semana 78, a empagliflozina resultou em uma redução da glicemia de jejum de -10,51 mg/dL para empagliflozina 10 mg, -17,43 mg/dL para empagliflozina 25 mg e -5,48 mg/dL para o placebo. No peso corporal as alterações foram de -2,47 kg para empagliflozina 10 mg, -1,96 kg para empagliflozina 25 mg e +1,16 kg para o placebo, p <0,0001. Na pressão arterial sistólica, as alterações foram de -4,1 mmHg para empagliflozina 10 mg, -2,4 mmHg para empagliflozina 25 mg e +0,1 mmHg para o placebo. Na pressão arterial diastólica, as alterações foram de -2,9 mmHg para empagliflozina 10 mg, -1,5 mmHg para empagliflozina e -0,3 mmHg para o placebo.

Tabela 12. Resultados nas semanas 18 e 78 (LOCF) de um estudo controlado por placebo de JARDIANCE como terapia associada à insulina basal com ou sem metformina ou sulfonilureia (análise completa dos dados)

<b>Terapia associada à insulina basal com ou sem metformina ou sulfonilureia</b>	<b>Placebo</b>	<b>empagliflozina 10 mg</b>	<b>empagliflozina 25 mg</b>
n	125	132	117
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) na semana 18</b>			
Média Basal	8,10	8,26	8,34
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,01	-0,57	-0,71
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,56* (-0,78, -0,33)	-0,70* (-0,93, -0,47)
n	112	127	110
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) na semana 78</b>			
Média Basal	8,09	8,27	8,29
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,02	-0,48	-0,64
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-0,46* (-0,73, -0,19)	-0,62* (-0,90, -0,34)
n	112	127	110
<b>Dose de insulina basal (UI/por dia) na semana 78</b>			
Média Basal	47,84	45,13	48,43
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	5,45	-1,21	-0,47
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 97,5%)	-	-6,66** (-11,56, -1,77)	-5,92** (-11,00, -0,85)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

\* Valor de p < 0,0001

\*\* Valor de p < 0,025

**Empagliflozina como terapia associada ao inibidor de dipeptidil peptidase 4 (DPP-4)**

Avaliou-se a eficácia e segurança da empagliflozina como terapia associada aos inibidores de DPP-4 mais a metformina, com ou sem medicamento antidiabético oral adicional em 160 pacientes com alto risco cardiovascular. O tratamento com

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

a empagliflozina durante 28 semanas reduziu a HbA<sub>1c</sub> em comparação com o placebo (alteração a partir do basal de -0,54% para a empagliflozina 10mg, -0,52% para empagliflozina 25 mg e -0,02% para o placebo).

### Pacientes com insuficiência renal, dados controlados por placebo de 52 semanas<sup>7</sup>

Avaliou-se a eficácia e a segurança da empagliflozina como terapia associada aos antidiabéticos de base em uma população de pacientes com insuficiência renal leve e moderada em um estudo duplo-cego, controlado por placebo durante 52 semanas.

O tratamento com JARDIANCE levou a uma redução estatisticamente significativa da HbA<sub>1c</sub> e melhora clinicamente significativa na glicemia de jejum, peso corporal e pressão arterial em comparação com o placebo na semana 24 (Tabela 13). A melhora na HbA<sub>1c</sub>, glicemia de jejum (GJ), peso corporal, e pressão arterial manteve-se até 52 semanas.

Tabela 13. Resultados em 24 semanas (LOCF) em um estudo de JARDIANCE controlado por placebo em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e com insuficiência renal (análise completa dos dados)

	Placebo	empagliflozina 10 mg	empagliflozina 25 mg	Placebo	empagliflozina 25 mg
	<b>Taxa de filtração glomerular ≥ 60 a &lt; 90 mL/min/1,73m<sup>2</sup></b>			<b>Taxa de filtração glomerular ≥ 30 a &lt; 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup></b>	
n	95	98	97	187	187
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>					
Média Basal	8,09	8,02	7,96	8,04	8,03
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,06	-0,46	-0,63	0,05	-0,37
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)		-0,52* (-0,72, -0,32)	-0,68* (-0,88, -0,49)		-0,42* (-0,56, -0,28)
n	89	94	91	178	175
<b>Pacientes (%) com HbA<sub>1c</sub> basal ≥ 7% que atingiram HbA<sub>1c</sub> &lt; 7%<sup>2</sup></b>	6,7	17,0	24,2	7,9	12,0
n	95	98	97	187	187
<b>Glicemia de jejum (mg/dL)<sup>2</sup></b>					
Média Basal	144,8	146,0	148,4	153,4	134,0
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	5,7	-13,9	-18,1	10,2	-9,3
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-19,6 (-29,2, -9,9)	-23,8 (-33,5, -14,0)	-	-19,4* (-27,2, -11,6)
n	95	98	97	187	187
<b>Peso corporal (kg)<sup>2</sup></b>					
Média Basal	86,00	92,05	88,06	82,49	83,22
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	-0,33	-1,76	-2,33	-0,08	-0,98
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-1,43 (-2,09, -0,77)	-2,00 (-2,66, -1,34)	-	-0,91 (-1,41, -0,41)
n	95	98	97	187	187
<b>PAS (mmHg)<sup>2</sup></b>					
Média Basal	134,69	137,37	133,68	136,38	136,64
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,65	-2,92	-4,47	0,40	-3,88
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-3,57 (-6,86, -0,29)	-5,12 (-8,41, -1,82)	-	-4,28 (-6,88, -1,68)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Não avaliados para significância estatística; não fez parte do procedimento de testes sequenciais para os resultados secundários.

\* p < 0,0001

### Glicemia pós-prandial (2 horas)

O tratamento com empagliflozina (10 mg ou 25 mg) como tratamento associado à metformina, ou à metformina mais sulfonilureias resultou em melhora clinicamente significativa da glicemia pós-prandial (2h) (teste de tolerância à refeição) em 24 semanas (estudo em associação à metformina, placebo (N=57): +5,9 mg/dL, empagliflozina 10 mg (N=52): -46,0 mg/dL, empagliflozina 25 mg (N=58): -44,6 mg/dL; estudo em associação à metformina mais sulfonilureia, placebo (N=35): -2,3 mg/dL, empagliflozina 10 mg (N=44): -35,7 mg/dL, empagliflozina 25 mg (N=46): -36,6 mg/dL).

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

### Pacientes com HbA<sub>1c</sub> basal elevada (>10%)

Em uma análise pré-especificada de três estudos de fase 3, o tratamento aberto utilizando empagliflozina 25 mg em pacientes com hiperglicemia grave (N=184, HbA<sub>1c</sub> basal média 11,15%) resultou em uma redução clinicamente significativa na HbA<sub>1c</sub> em relação ao valor basal (-3,27%) na semana 24.

### Peso corporal

Em uma análise pré-especificada de 4 estudos agrupados, controlados por placebo, o tratamento com empagliflozina resultou na redução do peso corporal, em comparação ao placebo na semana 24 (-2,04 kg para empagliflozina 10 mg, -2,26 kg para empagliflozina 25 mg e -0,24 kg para o placebo) que foi mantida até a semana 52 (-1,96 kg para empagliflozina 10 mg, -2,25 kg para empagliflozina 25 mg e -0,16 kg para placebo).

### Circunferência abdominal

O tratamento com monoterapia de empagliflozina ou tratamento associado à metformina, pioglitazona ou metformina mais sulfonilureia resultou na redução sustentada da circunferência abdominal ao longo da duração dos estudos em um intervalo de -1,7 cm a -0,9 cm para empagliflozina e de -0,5 cm a + 0,2 cm para o placebo.

### Pressão arterial<sup>8</sup>

Avaliaram-se a eficácia e segurança da empagliflozina (10 mg ou 25 mg) em um estudo duplo-cego, controlado por placebo, de 12 semanas de duração em pacientes com diabetes tipo 2 e pressão arterial elevada em tratamento com diferentes antidiabéticos de base e até 2 terapias anti-hipertensivas (Tabela 14).

O tratamento com empagliflozina uma vez por dia resultou em melhora estatisticamente significativa na HbA<sub>1c</sub>, pressão arterial sistólica e diastólica média em 24 horas, conforme determinado pela monitorização ambulatorial da pressão arterial. O tratamento com empagliflozina proporcionou reduções na PAS quando sentado (alteração a partir do basal de -0,67 mmHg para o placebo, -4,60 mmHg para empagliflozina 10 mg e -5,47 mmHg para empagliflozina 25 mg) e PAD quando sentado (alteração a partir do basal de -1,13 mmHg para o placebo, -3,06 mmHg para empagliflozina 10 mg e -3,02 mmHg para empagliflozina 25 mg).

Tabela 14. Resultados na semana 12 (LOCF)<sup>3</sup> em um estudo de JARDIANCE controlado por placebo em pacientes com diabetes tipo 2 e pressão arterial não controlada (análise completa dos dados)

	Placebo	empagliflozina 10 mg	empagliflozina 25 mg
n	271	276	276
<b>HbA<sub>1c</sub> (%) na semana 12</b>			
Média Basal	7,90	7,87	7,92
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,03	-0,59	-0,62
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-0,62* (-0,72, -0,52)	-0,65* (-0,75, -0,55)
<b>PAS de 24 horas na semana 12<sup>2</sup></b>			
Média Basal	131,72	131,34	131,18
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,48	-2,95	-3,68
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-3,44* (-4,78, -2,09)	-4,16* (-5,50, -2,83)
<b>PAD de 24 horas na semana 12<sup>2</sup></b>			
Média Basal	75,16	75,13	74,64
Alteração a partir do basal <sup>1</sup>	0,32	-1,04	-1,40
Diferença em relação ao placebo <sup>1</sup> (IC 95%)	-	-1,36** (-2,15, -0,56)	-1,72* (-2,51, -0,93)

<sup>1</sup> Média ajustada para o valor basal e estratificação.

<sup>2</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para hipertensão (LOCF - *last observation carried forward*).

<sup>3</sup> Última observação realizada antes do tratamento de resgate para glicemia (LOCF - *last observation carried forward*).

\* Valor de p < 0,0001

\*\* Valor de p = 0,0008

Numa análise pré-especificada de 4 estudos agrupados, todos controlados por placebo, o tratamento com empagliflozina resultou na redução da pressão arterial sistólica (-3,9 mmHg para empagliflozina 10 mg, -4,3 mmHg para empagliflozina 25 mg), em comparação com o placebo (-0,5 mmHg) e da pressão arterial diastólica (-1,8 mmHg para empagliflozina 10 mg, -2,0 mmHg para empagliflozina 25 mg) em comparação com placebo (-0,5 mmHg) na semana 24, resultados que foram mantidos até a semana 52.

### Parâmetros laboratoriais

Aumento do hematócrito: em uma análise de segurança agrupada (agrupamento de todos os pacientes com diabetes, n = 13.402), alterações médias a partir da condição basal de hematócrito foram de 3,4% e 3,6 % para empagliflozina 10 mg

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

e 25 mg, respectivamente, comparadas a -0,1% para o placebo. No estudo EMPA-REG OUTCOME® os valores do hematócrito retornaram em direção aos valores basais após um período de acompanhamento de 30 dias após a interrupção do tratamento.

Aumento dos lipídeos séricos: em uma análise de segurança agrupada (agrupamento de todos os pacientes com diabetes, n = 13.402), os aumentos médios em porcentagens a partir do basal para empagliflozina 10 mg e 25 mg versus o placebo, respectivamente, foram 4,9% e 5,7% versus 3,5% para colesterol total; 3,3% e 3,6% versus 0,4% para colesterol-HDL; 9,5% e 10% versus 7,5% para colesterol-LDL; 9,2% e 9,9% versus 10,5% para triglicérides.

### Resultado cardiovascular<sup>14</sup>

O estudo EMPA-REG OUTCOME® é um estudo multicêntrico, multinacional, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo que investiga o efeito de JARDIANCE como adjuvante à terapia de cuidados padrão sobre a ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com diabetes tipo 2 e um ou mais fatores de risco cardiovascular, incluindo doença arterial coronariana, doença arterial periférica, histórico de infarto do miocárdio (IM) ou histórico de AVC. O desfecho primário foi o tempo até a ocorrência do primeiro evento composto de morte CV, IM não fatal ou AVC não fatal (Eventos Adversos Cardiovasculares Maiores (MACE-3)). Os desfechos adicionais pré-especificados que abordam resultados clinicamente relevantes testados de forma exploratória incluíram morte CV, insuficiência cardíaca exigindo hospitalização ou morte CV, mortalidade por todas as causas e nefropatia nova ou agravada.

Um total de 7.020 pacientes foi tratado com JARDIANCE (empagliflozina 10 mg: 2.345, empagliflozina 25 mg: 2.342, placebo: 2.333) e acompanhado por uma mediana de 3,1 anos.

A população era 72,4% caucasiana, 21,6% asiática e 5,1% negra. A idade média foi de 63 anos e 71,5% eram homens. No período basal, aproximadamente 81% dos pacientes foi tratado com inibidores do sistema renina-angiotensina, 65% com betabloqueadores, 43% com diuréticos, 89% com anticoagulantes e 81% com medicação hipolipemiante. Aproximadamente 74% dos pacientes foram tratados com metformina no período basal, 48% com insulina e 43% com sulfonilureia.

Cerca de metade dos pacientes (52,2%) apresentou TFGe de 60-90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, 17,8% de 45-60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e 7,7% de 30-45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. A PA sistólica média foi de 136 mmHg, PA diastólica de 76 mmHg, LDL de 86 mg/dL, HDL de 44 mg/dL e a razão de albumina urinária para creatinina (UACR) foi de 175 mg/g no período basal.

### Reduções no risco de morte CV e mortalidade por todas as causas

JARDIANCE foi superior na redução do desfecho do composto primário de morte cardiovascular, IM não fatal ou AVC não fatal comparado ao placebo. O efeito do tratamento refletiu em uma redução significativa na morte cardiovascular sem alteração significativa no IM não fatal ou AVC não fatal (Tabela 15 e Figura 1).

JARDIANCE também melhorou a sobrevida global (Tabela 15 e Figura 2), que foi guiada por uma redução na morte cardiovascular com JARDIANCE. Enquanto JARDIANCE demonstrou redução do risco cardiovascular, não houve diferença significativa entre empagliflozina e placebo no risco de acidente vascular cerebral.

A eficácia na prevenção da mortalidade cardiovascular em pacientes com DM2 e doença cardiovascular não foi conclusivamente estabelecida para as populações negra, parda e indígena pois os dados nessas populações são limitados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre empagliflozina e placebo na mortalidade não cardiovascular.

Tabela 15. Efeito do tratamento para o desfecho composto primário, seus componentes e mortalidade (Conjunto Tratado\*)

	Placebo	empagliflozina (10 e 25 mg, agrupado)
n	2333	4687
<b>Tempo para a primeira ocorrência de morte CV, IM não fatal ou AVC não fatal, n (%)</b>	282 (12,1)	490 (10,5)
Razão de risco vs. placebo (IC 95,02%) **	-	0,86 (0,74; 0,99)
Valor de p para superioridade	-	0,0382
<b>Morte CV, n (%)</b>	137 (5,9)	172 (3,7)
Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	0,62 (0,49; 0,77)
Valor de p	-	<0,0001
<b>IM não fatal, n (%)</b>	121 (5,2)	213 (4,5)
Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	0,87 (0,70; 1,09)
Valor de p	-	0,2189
<b>AVC não fatal, n (%)</b>	60 (2,6)	150 (3,2)
Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	1,24 (0,92; 1,67)
Valor de p	-	0,1638
<b>Mortalidade por todas as causas, n (%)</b>	194 (8,3)	269 (5,7)

Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	0,68 (0,57; 0,82)
Valor de p	-	<0,0001
<b>Mortalidade não CV, n (%)</b>	<b>57 (2,4)</b>	<b>97 (2,1)</b>
Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	0,84 (0,60; 1,16)

\* Ou seja, pacientes que receberam pelo menos uma dose do medicamento em estudo.

\*\* Uma vez que os dados do estudo foram incluídos em uma análise interina, aplicou-se um intervalo de confiança bicaudal de 95%, o que corresponde a um valor de p de menos de 0,0498 para significância.

Figura 1 . Tempo para ocorrência de morte CV

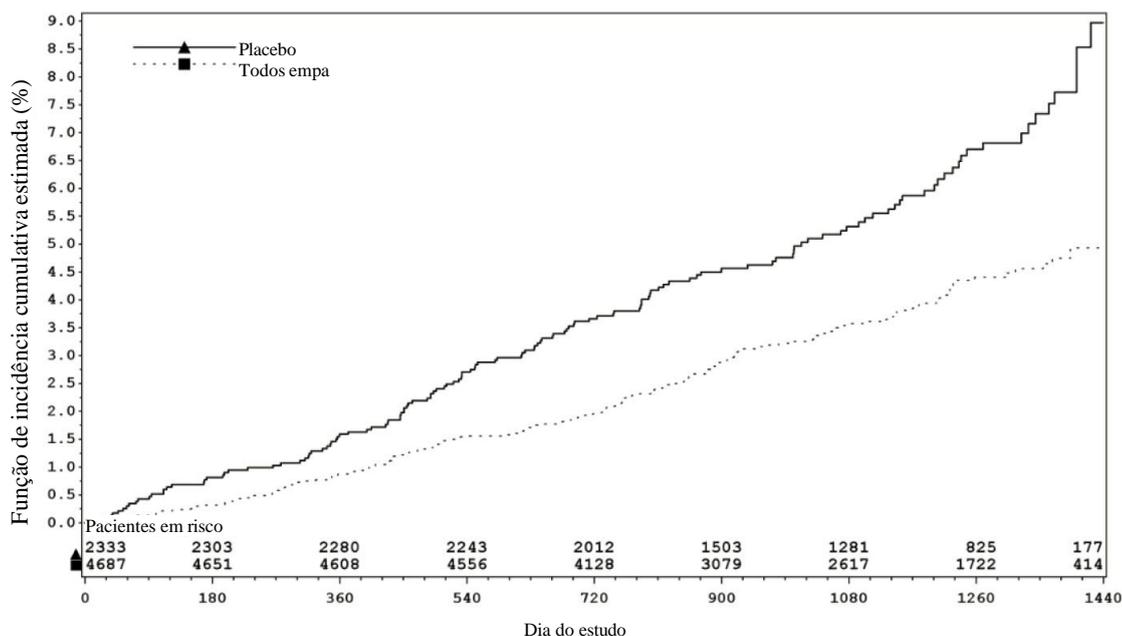
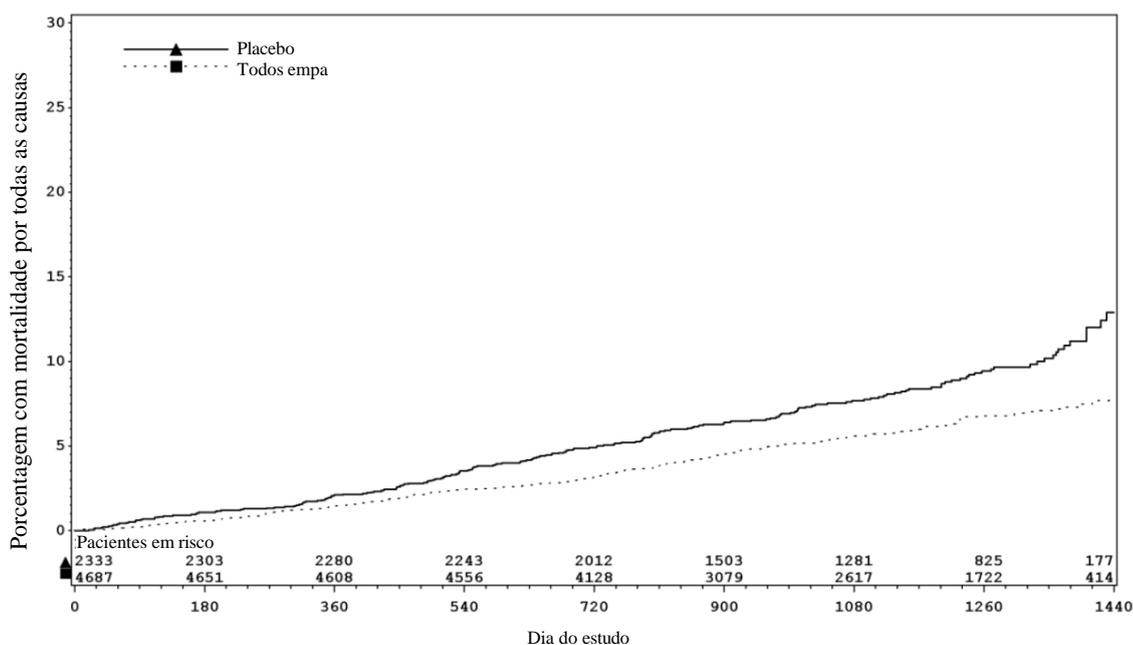


Figura 2. Tempo para ocorrência de mortalidade por todas as causas \*



\* Estimativa de Kaplan-Meier de tempo para mortalidade por todas as causas, conjunto agrupado de sujeitos tratados com empagliflozina vs. Placebo.

**Reduções no risco de insuficiência cardíaca exigindo hospitalização ou morte CV**

JARDIANCE reduziu significativamente o risco de hospitalização por insuficiência cardíaca e morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca em comparação ao placebo (Tabela 16 e Figura 3).

Tabela 16. Efeito do tratamento hospitalar para insuficiência cardíaca ou morte cardiovascular (exceto AVC fatal) (Conjunto Tratado\*)

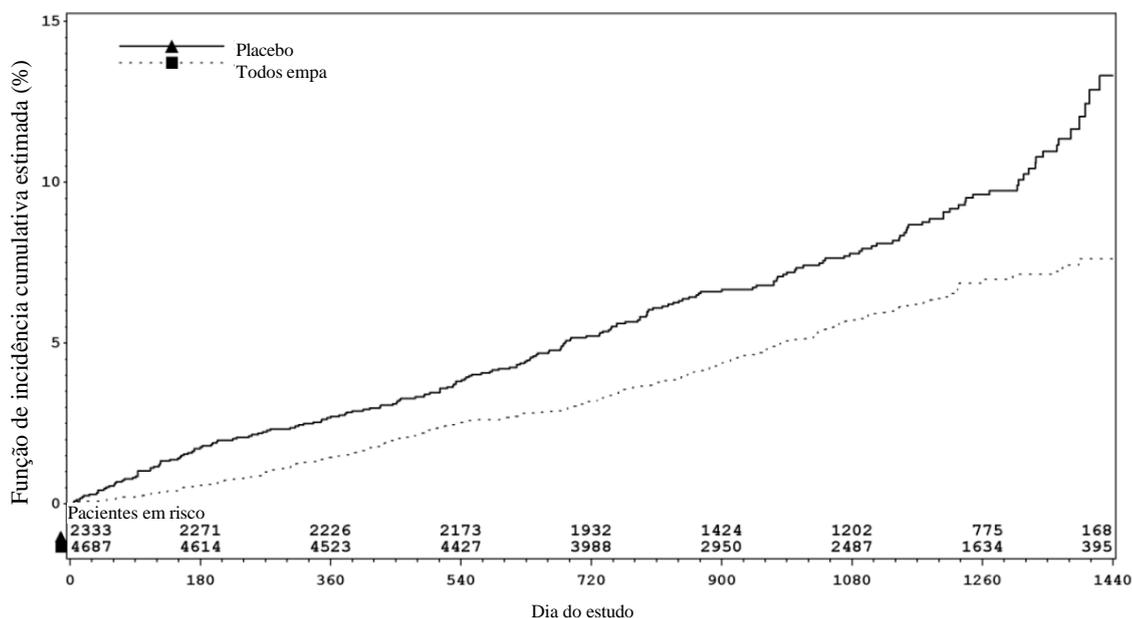
	Placebo	empagliflozina** (10 e 25 mg, agrupado)
n	2333	4687
<b>Insuficiência cardíaca exigindo hospitalização ou morte CV (exceto AVC fatal), n (%) ***</b>	198 (8,5)	265 (5,7)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,66 (0,55; 0,79)
Valor de p	-	< 0,0001
<b>Insuficiência cardíaca exigindo hospitalização, n (%)</b>	95 (4,1)	126 (2,7)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,65 (0,50; 0,85)
Valor de p	-	0,0017
<b>Morte CV (exceto AVC fatal), n (%)</b>	126 (5,4)	156 (3,3)
Razão de risco vs. placebo (IC 95%)	-	0,61 (0,48; 0,77)
Valor de p	-	< 0,0001

\* Ou seja, pacientes que receberam pelo menos uma dose do medicamento em estudo.

\*\* Empagliflozina 10 mg e 25 mg mostraram resultados consistentes.

\*\*\* Tempo para o primeiro evento.

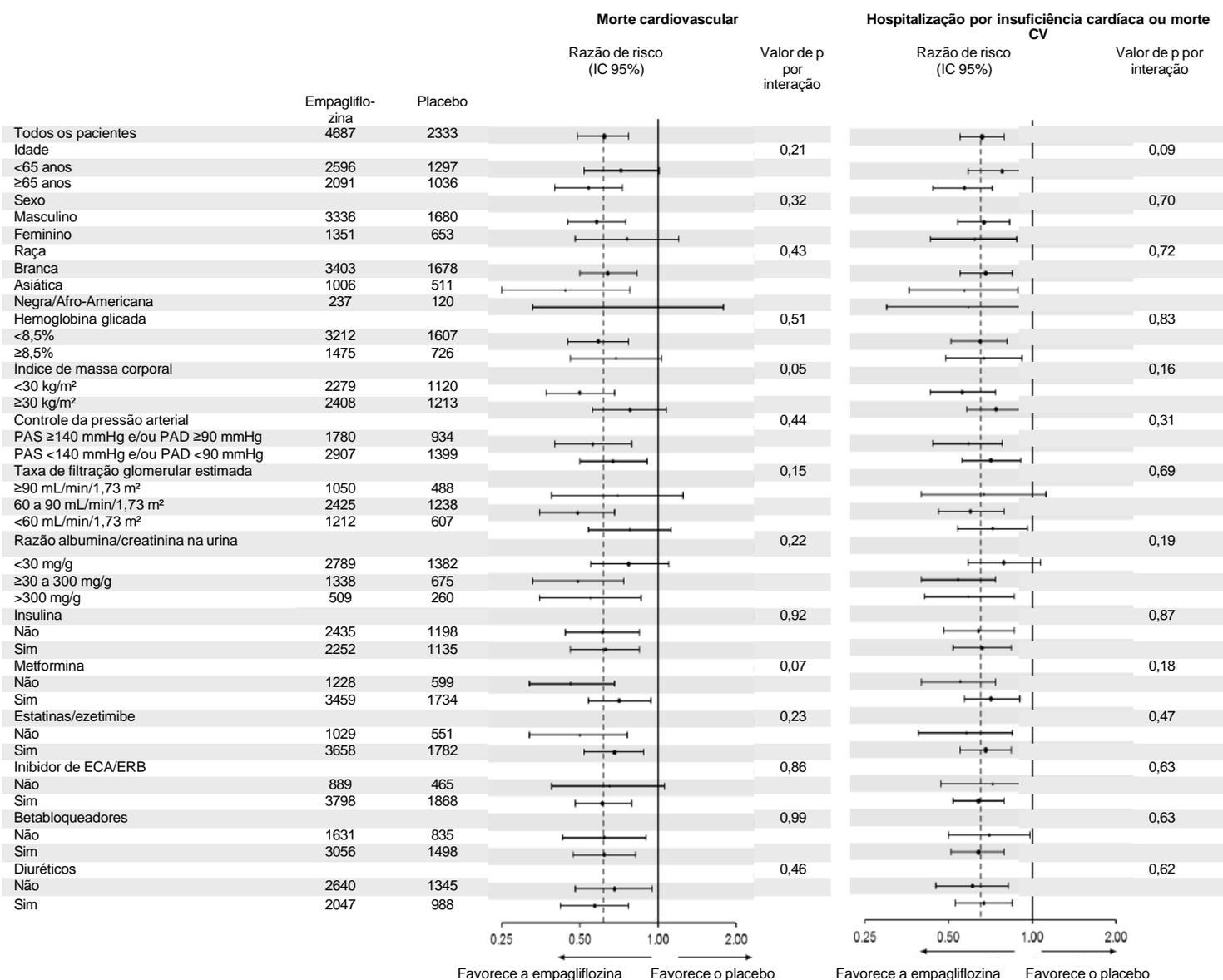
Figura 3. Tempo para a primeira ocorrência da primeira hospitalização por insuficiência cardíaca ou de morte CV\*



\* Função de incidência cumulativa estimada para a primeira ocorrência da primeira hospitalização por insuficiência cardíaca ou de morte CV, conjunto agrupado de sujeitos tratados com empagliflozina vs. placebo

Os benefícios cardiovasculares observados de JARDIANCE foram consistentes entre os subgrupos apresentados na Figura 4.

Figura 4 Análise de subgrupos para morte CV e hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte CV\*, \*\*



\* Hospitalização por insuficiência cardíaca ou morte CV exclui AVC fatal

\*\* O valor de p é para testar a homogeneidade da diferença do grupo de tratamento entre os subgrupos (teste para o grupo por interação covariada) sem ajuste para testes múltiplos e pode não refletir o efeito de um fator em particular após ajuste para todos os outros fatores. A homogeneidade ou heterogeneidade aparente entre os grupos não deve ser interpretada de forma excessiva.

### Doença renal diabética

Na população do estudo EMPA-REG OUTCOME®, o risco de evolução para nefropatia ou nefropatia agravada - (definido como o surgimento de macroalbuminúria, duplicação da creatinina sérica e início da terapia de substituição renal (ou seja, hemodiálise)) foi reduzido significativamente no grupo de empagliflozina em comparação ao placebo (Tabela 17 e Figura 5).

Comparado ao placebo, JARDIANCE mostrou uma ocorrência significativamente maior de normo ou microalbuminúria sustentada em pacientes com macroalbuminúria basal (RR 1,82, IC 95% 1,40; 2,37).

Tabela 17. Tempo para primeira nefropatia nova ou agravada (Conjunto Tratado\*)

	Placebo	empagliflozina (10 e 25 mg, agrupado)
n	2061	4124
<b>Nefropatia nova ou agravada, n (%)</b>	388 (18,8)	525 (12,7)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,61 (0,53; 0,70)
Valor de p	-	<0,0001
n	2323	4645
<b>Duplicação do nível de creatinina sérica**, n (%)</b>	60 (2,6)	70 (1,5)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,56 (0,39; 0,79)
Valor de p	-	0,0009
n	2033	4091
<b>Novo surgimento de macroalbuminúria***, n (%)</b>	330 (16,2)	459 (11,2)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,62 (0,54; 0,72)
Valor de p	-	<0,0001
n	2333	4687
<b>Início da terapia de substituição renal contínua, n (%)</b>	14 (0,6)	13 (0,3)
Razão de risco (IC 95%)	-	0,45 (0,21; 0,97)
Valor de p	-	0,0409
n	2333	4687
<b>Morte devido à doença renal, n (%)****</b>	0	3 (0,1)

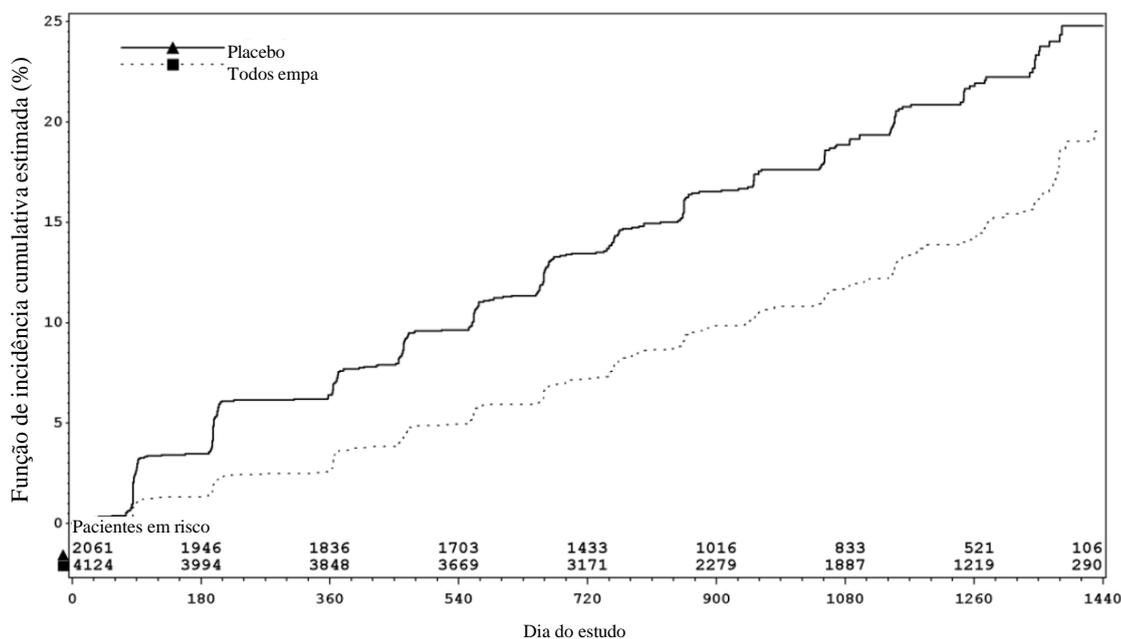
\* Ou seja, pacientes que receberam pelo menos uma dose do medicamento em estudo.

\*\* Acompanhado por TFGe  $\leq 45$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

\*\*\* Razão de Albumina-Creatinina na Urina >300 mg/g.

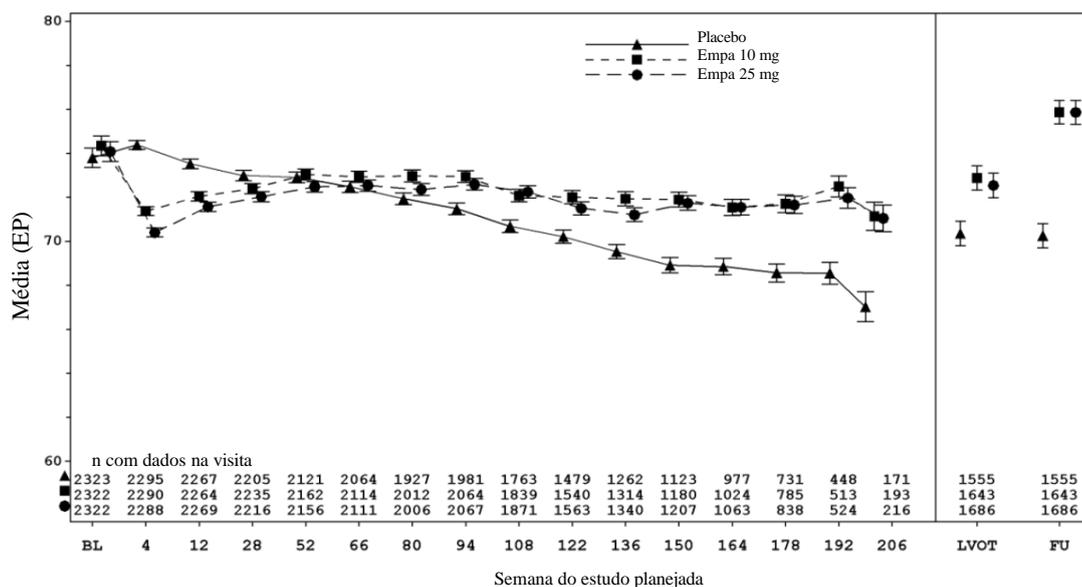
\*\*\*\* Devido à baixa taxa de evento, a RR não foi calculada.

Figura 5. Tempo para primeira nefropatia nova ou agravada



O tratamento com empagliflozina preservou a TFGe, e a TFGe aumentou durante o acompanhamento de 4 semanas após o tratamento. No entanto, o grupo do placebo mostrou um declínio gradual na TFG no decorrer do estudo, sem alteração adicional durante o acompanhamento de 4 semanas (vide Figura 6).

Figura 6. TFGe ao longo do tempo\*



\* Resultados de MMRM da TFGe (MDRD) (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ao longo do tempo, último valor não ajustado no tratamento e valor do acompanhamento – conjunto tratado – lado direito com base em pacientes com último valor disponível no tratamento (LVOT) e acompanhamento (FU).

#### Dados de um estudo não-intervencional

Em um estudo não-intervencional de mundo real (EMPRISE-Europe e Asia) em pacientes adultos com diabetes tipo 2, foi avaliada a eficácia e segurança da empagliflozina em comparação com os inibidores da DPP-4. Os pacientes que iniciaram com a empagliflozina ou com os inibidores da DPP-4 foram analisados após a pontuação da propensão para equilibrar as características basais e demográficas.

Os pacientes que iniciaram a empagliflozina apresentavam um menor risco de mortalidade cardiovascular (CV), mortalidade por todas as causas, hospitalização por insuficiência cardíaca e progressão para doença renal em fase terminal em comparação com os pacientes que iniciaram inibidores da DPP-4 (Tabela 18). Estes resultados foram consistentes em pacientes com e sem histórico de doença cardiovascular.

Tabela 18 Resultados da empagliflozina comparada aos inibidores da DPP-4

	Inibidor da DPP-4	Empagliflozina
<b>Mortalidade CV</b>		
N de pacientes	48900	48900
Média de anos de acompanhamento	0,75	0,59
N com eventos	249-252*	105-108*
Razão de risco vs. inibidor da DPP-4 (95% IC)		0,59 (0,42, 0,84)
<b>Mortalidade por todas as causas</b>		
N de pacientes	84405	84405
Média de anos de acompanhamento	0,74	0,66
N com eventos	1177	572
Razão de risco vs. inibidor da DPP-4 (95% IC)		0,55 (0,48, 0,63)
<b>Hospitalizações por insuficiência cardíaca</b>		
N de pacientes	83946	83946
Média de anos de acompanhamento	0,74	0,66
N com eventos	1083	765
Razão de risco vs. inibidor da DPP-4 (95% IC)		0,70 (0,60, 0,83)
<b>Doença renal em fase terminal**</b>		
N de pacientes	68087	68087
Média de anos de acompanhamento	0,76	0,65
N com eventos	189-195*	73-85*
Razão de risco vs. inibidor da DPP-4 (95% IC)		0,43 (0,30, 0,63)

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

Um acompanhamento mais longo foi geralmente observado em pacientes que iniciaram com inibidores da DPP-4 ao longo dos resultados. As diferenças no tempo de acompanhamento foram consideradas no modelo estatístico.

\*Se forem observados menos de 5 acontecimentos em um país, é apresentada a gama de valores entre os países para proteger a privacidade dos pacientes

\*\*Inclui o início de diálise crônica e transplante renal

Estas observações são consistentes com os resultados cardiovasculares estabelecidos para empagliflozina, como demonstrado anteriormente no estudo EMPA-REG OUTCOME<sup>®</sup>, quando comparado com a terapia padrão de referência.

### Estudo de QTc completo

Em um estudo cruzado, randomizado, controlado por placebo, com comparador ativo, de 30 indivíduos saudáveis não se observou aumento de QTc tanto com empagliflozina de 25 mg como de 200 mg<sup>10</sup>.

#### • Insuficiência Cardíaca

##### **Empagliflozina em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida<sup>15</sup>**

O estudo EMPEROR-Reduced randomizado, duplo-cego, controlado por placebo foi conduzido com 3.730 pacientes com insuficiência cardíaca crônica (*New York Heart Association* (NYHA) II-IV) e fração de ejeção reduzida (FEVE  $\leq$  40%) para a avaliação da eficácia e segurança da empagliflozina 10 mg uma vez ao dia como adjunto da terapia de cuidados para a insuficiência cardíaca. O desfecho primário foi o tempo em que ocorreu os eventos de morte cardiovascular (CV) ou hospitalização por insuficiência cardíaca (IC). A ocorrência de hospitalizações por IC (primeira e recorrência), mudanças no declínio da TFGe (CKD-EPI) de creatinina em comparação com o a terapia padrão (de acordo com preconização das diretrizes de cardiologia locais e internacionais) foram incluídas no teste confirmatório. A terapia padrão para IC incluiu inibidores da ECA/bloqueadores de receptores da angiotensina/inibidor do receptor angiotensina-neprilisina (88,3%), betabloqueadores (94,7%), antagonistas do receptor mineralocorticoide (71,3%) e diuréticos (95,0%).

Um total de 1.863 pacientes foram randomizados com a empagliflozina 10 mg (placebo 1.867) seguido de uma média de 15,7 meses. A população do estudo consistiu em 76,1% homens e 23,9% mulheres com a idade média de 66,8 anos (intervalo: 25 a 94 anos), 26,8% tinham 75 anos ou mais. 70,5% da população do estudo eram brancos, 18,0% asiáticos e 6,9% americanos negros/africanos. Na randomização, 75,1% dos pacientes eram NYHA classe II, 24,4% classe III e 0,5% classe IV. A FEVE média foi de 27,5%. No basal, a média de TFGe foi de 62,0 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e a razão de albumina urinária e creatinina (UACR) média foi de 22 mg/g. Em torno da metade dos pacientes (51,7%) apresentaram TFGe  $\geq$  60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, 24,1% de 45 a < 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, 18,6% de 30 a < 45 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e 5,3% de 20 a < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>.

A empagliflozina foi superior ao placebo na redução do risco do desfecho primário composto de morte cardiovascular ou hospitalização por IC. Adicionalmente, a empagliflozina reduziu significativamente o risco de ocorrência de hospitalizações por IC (primeira e recorrência), e também a taxa de declínio da TFGe (Tabela 19).

Tabela 19 Efeito do tratamento para o desfecho primário composto, seus componentes e os dois principais desfechos secundários incluídos no teste confirmatório pré-especificado.

	Placebo	Empagliflozina
n	1867	1863
<b>Tempo para o primeiro evento de morte CV ou hospitalização por IC, n (%)</b>	462 (24,7)	361 (19,4)
Razão de risco vs placebo (IC 95,04%)**		0,75 (0,65, 0,86)
Valor de p para superioridade		< 0,0001
<b>Morte CV, n (%)*</b>	202 (10,8)	187 (10,0)
Razão de risco vs placebo (IC 95%)		0,92 (0,75, 1,12)
Valor de p		0,4113
<b>Hospitalização por IC (primeira ocorrência), n (%)*</b>	342 (18,3)	246 (13,2)
Razão de risco vs placebo (IC 95%)		0,69 (0,59, 0,81)
Valor de p		< 0,0001
<b>Hospitalização por IC (primeira ocorrência e recorrência), n de eventos</b>	553	388
Razão de risco vs placebo (IC 95,04%)**		0,70 (0,58, 0,85)
Valor de p		0,0003
<b>Taxa de declínio TFG<sub>e</sub> (CKD-EPI)<sub>cr</sub> (mL/min/1,73m<sup>2</sup>/ano)</b>	-2,28	-0,55
Diferença de tratamento vs placebo (IC 99,9%)***		1,73 (0,67, 2,80)
valor de p		< 0,0001

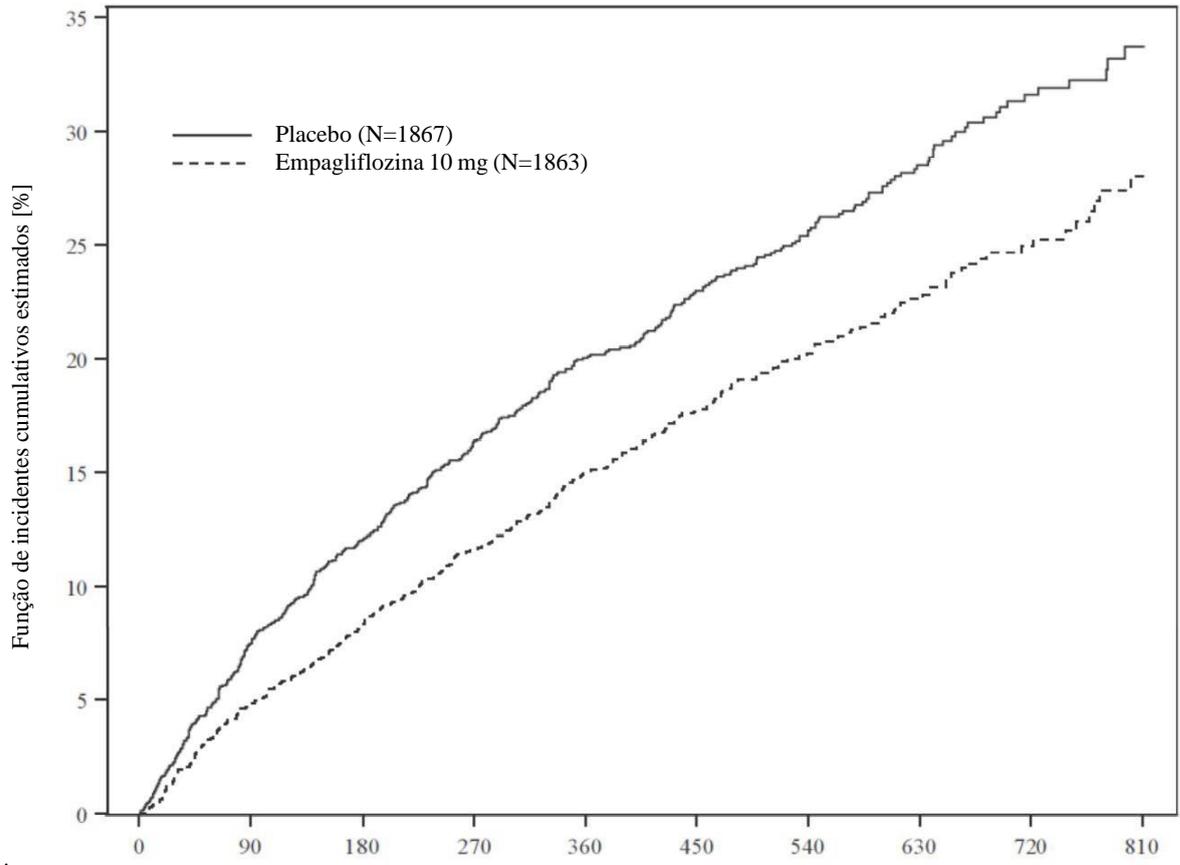
CV = cardiovascular, IC = insuficiência cardíaca, TFG<sub>e</sub> = taxa de filtração glomerular estimada, CKD-EPI = equação *chronic kidney disease epidemiology collaboration*

\*não controlado para erro do tipo I

\*\*devido a uma análise interina, um intervalo de confiança de dois lados de 95,04% foi aplicado, o que corresponde a valores de p menores que 0,0496 de significância. Eventos de morte CV e hospitalizações por IC foram julgados pelo comitê independente de eventos clínicos e analisados com base no conjunto randomizado.

\*\*\*Como pré-especificado no procedimento de teste estatístico, o intervalo de confiança de dois lados de 99,9% foi aplicado, o que corresponde a valor de p menor que 0,001 de significância. O declínio de TFG<sub>e</sub> foi analisado com base no conjunto tratado.

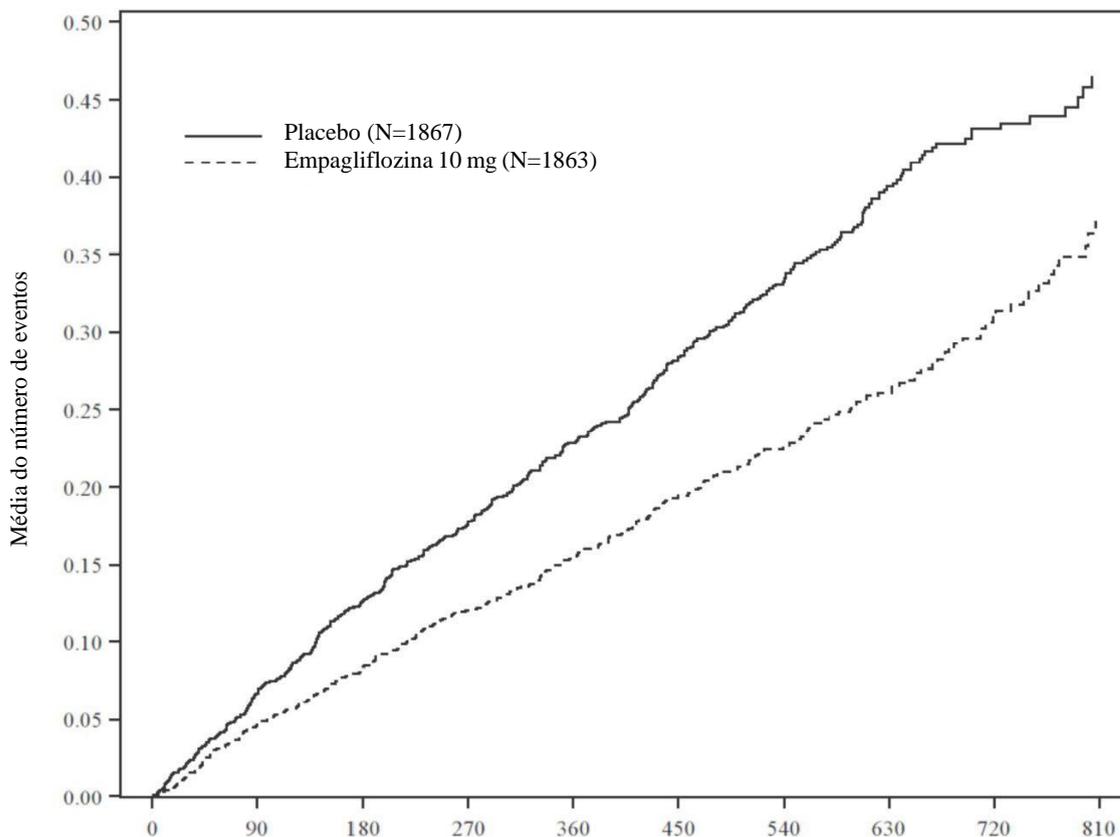
Figura 7 Tempo para o primeiro evento declarado como morte CV ou hospitalização por IC.



Pacientes em risco

	0	90	180	270	360	450	540	630	720	810
Placebo	1867	1715	1612	1345	1108	854	611	410	224	109
empagliflozina 10mg	1863	1763	1677	1424	1172	909	645	423	231	101

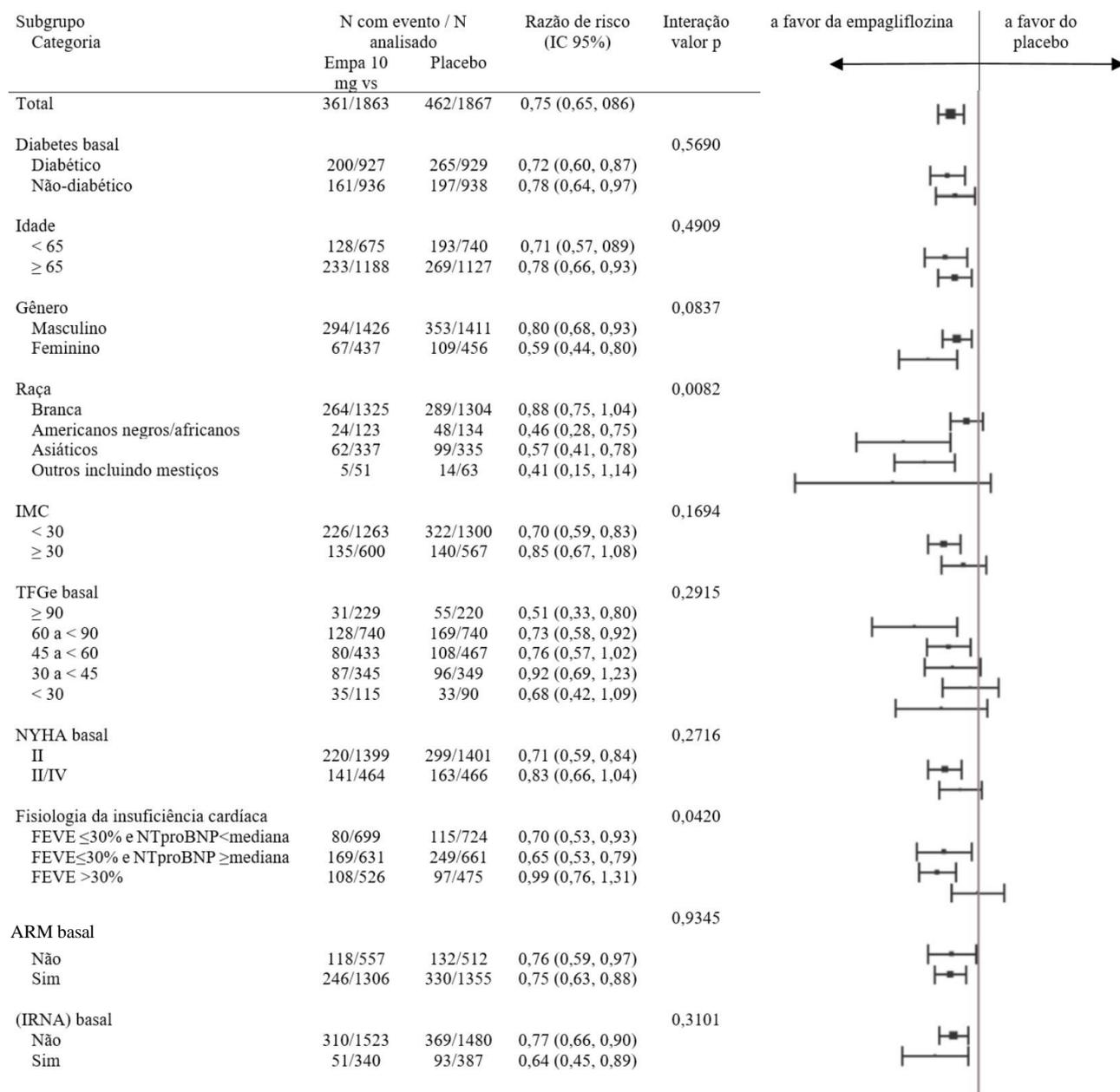
Figura 8 Tempo para o evento declarado como hospitalização por IC



Pacientes em risco	Dia do estudo									
	0	90	180	270	360	450	540	630	720	810
Placebo	1867	1820	1762	1526	1285	1017	732	497	275	135
empagliflozina 10mg	1863	1826	1768	1532	1283	1008	732	495	272	118

Os resultados do desfecho primário composto foram em geral consistentes com a razão de risco (RR) abaixo de 1 em todos os subgrupos pré-especificados, incluindo pacientes com insuficiência cardíaca com e sem diabetes mellitus tipo 2 (Figura 9).

Figura 9 Análises dos subgrupos para o tempo até o primeiro evento declarado de morte por CV ou hospitalização por IC



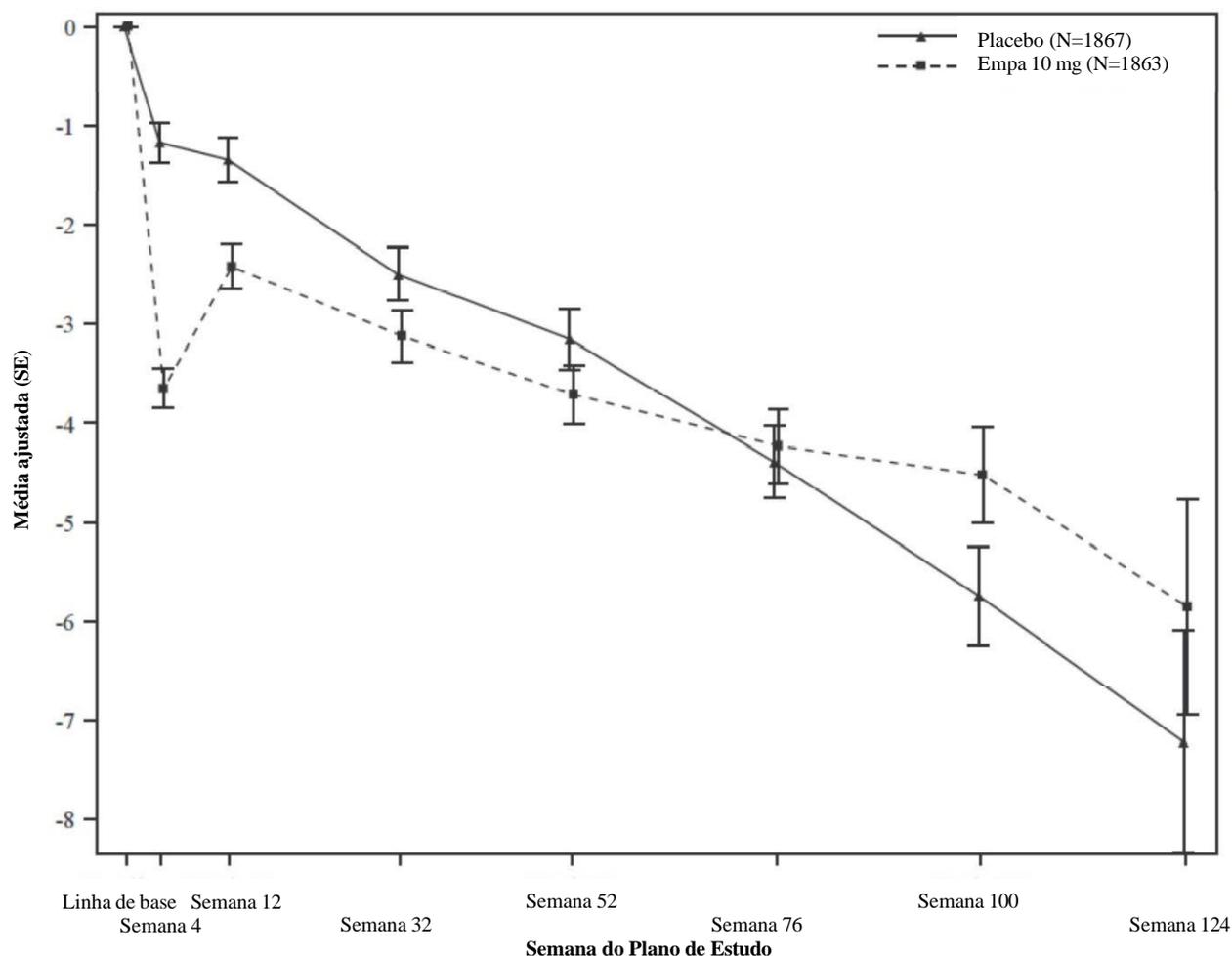
ARM = Antagonista do receptor mineralocorticoide  
IRNA = Inibidor dos receptores de neprilisina e angiotensina

FEVE > 30%: inclui ambos, NTproBNP acima e abaixo da mediana. Para ser elegível para a inclusão no estudo, os pacientes com FEVE >30% deveriam apresentar um valor maior de NTproBNP do que os pacientes com FEVE ≤ 30%, a menos que estes pacientes também tivessem histórico de hospitalização por IC nos últimos 12 meses.

### Resultados renais

Durante o tratamento, o declínio da TFGe durante o período foi mais lento no grupo da empagliflozina comparado com o grupo placebo (Figura 10). O tratamento com empagliflozina 10 mg reduziu significativamente o declínio da TFGe e o efeito foi consistente em todos os grupos pré-especificados (Tabela 19). Pacientes tratados com empagliflozina apresentaram uma queda inicial da TFGe, a qual retornou ao valor basal após descontinuação do tratamento, embasando que as mudanças hemodinâmicas exercem um papel nos efeitos agudos da empagliflozina sobre a TFGe.

Figura 10 Alteração na TFGe com o tempo\*



\*Resultados de TFGe (CKD-EPI) (mL/min/1,73m<sup>2</sup>) MMRM com o tempo, conjunto randomizado. O número de pacientes que proveram dados em vários tempos de coleta (placebo, empagliflozina): na semana 4 (1788, 1802); na semana 12 (1729, 1756); na semana 32 (1563, 1614); na semana 52 (1211, 1228); na semana 76 (801, 805); na semana 100 (359, 386); e na semana 124 (86, 91).

JARDIANCE reduziu o risco do desfecho composto renal definido como o tempo para o primeiro evento de diálise crônica ou transplante renal ou redução sustentada na TFGe comparado com o placebo (Tabela 20 e Figura 11).

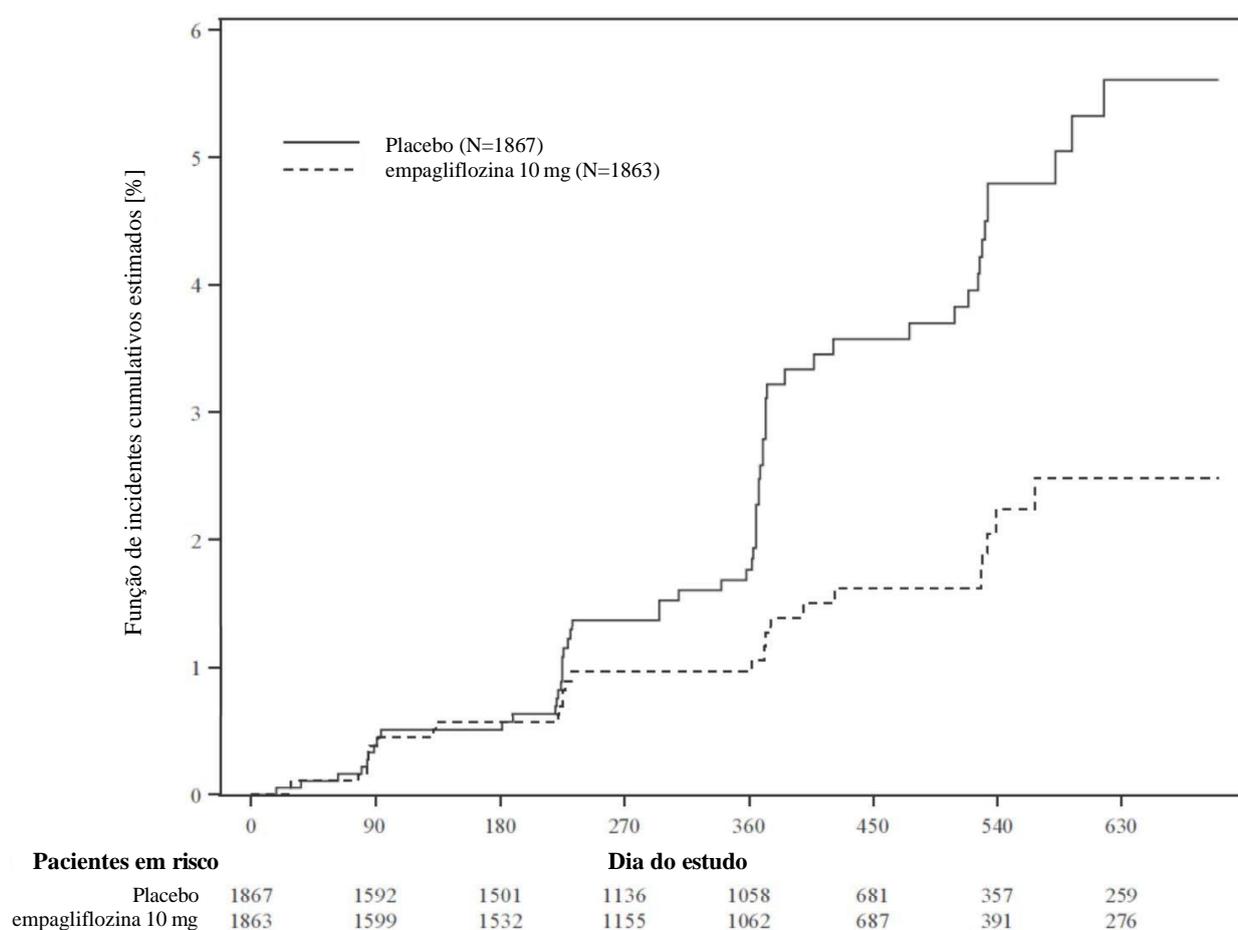
Tabela 20 Tempo para o primeiro evento do desfecho composto renal e seus componentes

	Placebo	empagliflozina (10 mg)
n	1867	1863
<b>Número de pacientes com desfecho composto renal, n (%)</b>	58 (3,1)	30 (1,6)
RR (IC 95%)		0,50 (0,32, 0,77)
valor de p (nominal)		0,0019
<b>Redução sustentada da TFGe ≥ 40% como primeiro evento, n (%)</b>	50 (2,7)	27 (1,4)
<b>TFGe sustentada &lt; 15 (basal ≥ 30) ou &lt; 10 (basal &lt; 30) [mL/min/1,73m<sup>2</sup>] como primeiro evento, n (%)</b>	0	0
<b>Diálise crônica como primeiro evento, n (%)</b>	8 (0,4)	3 (0,2)
<b>Transplante renal como primeiro evento, n (%)</b>	0	0

Desfecho composto renal é definido como diálise crônica ou transplante renal ou redução sustentada de  $\geq 40\%$  TFGe (CKD-EPI)<sub>cr</sub> ou TFGe (CKD-EPI)<sub>cr</sub> sustentada  $< 15$  mL/min/1,73m<sup>2</sup> ( $< 10$  mL/min/1,73m<sup>2</sup> para pacientes com TFGe (CKD-EPI)<sub>cr</sub>  $< 30$  mL/min/1,73m<sup>2</sup> basal). Diálise é considerada como crônica se sua frequência for duas ou mais vezes por semana por pelo menos 90 dias.

Uma redução da TFGe (CKD-EPI)<sub>cr</sub> é considerada sustentada, se for determinada por duas ou mais medições laboratoriais centrais pós-basal consecutivas, separadas por ao menos 30 dias (do primeiro ao último valor consecutivo de TFGe). Se não houver medições adicionais  $\geq 30$  dias após a observação da redução da TFGe e o paciente falecer dentro de 60 dias após essa medição, a redução da TFGe também é considerada sustentada.

Figura 11 Tempo para o primeiro evento do desfecho renal composto



O efeito da empagliflozina nos sintomas da insuficiência cardíaca na semana 52 foi avaliada por meio dos desfechos relatados pelos pacientes, e utilizando a alteração a partir do basal no Escore Sumário Clínico (CSS) do questionário de Cardiomiopatia da Cidade de Kansas (KCCQ), que mede as frequências médias de sintomas e incômodos pelo inchaço, fadiga, falta de ar e limitações físicas.

Houve uma melhora maior no Escore Sumário Clínico no grupo da empagliflozina comparado com o grupo placebo na semana 52 (média ajustada corrigida por placebo a partir do valor basal 1,75, IC 95%, 0,51 a 2,99, valor de p nominal = 0,0058), baseado em todos os quesitos avaliados (frequência de sintomas, incômodo e limitações físicas).

### **Empagliflozina em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção preservada**<sup>16</sup>

O estudo EMPEROR-Preserved, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo foi conduzido com 5.988 pacientes com insuficiência cardíaca crônica (NYHA II-IV) e fração de ejeção preservada (FEVE  $> 40\%$ ) para a avaliação da eficácia e segurança da empagliflozina 10 mg uma vez ao dia associada à terapia padrão. O desfecho primário foi o tempo em que ocorreu o primeiro evento de morte cardiovascular (CV) ou hospitalização por IC. A ocorrência de hospitalização por IC (primeira e recorrência) e mudanças no declínio da TFGe (CKD-EPI) de creatinina em comparação com ao basal

foram incluídas no teste confirmatório. A terapia padrão incluiu inibidores da ECA/bloqueadores de receptores da angiotensina/inibidores do receptor angiotensina-neprilisina (80,7%), betabloqueadores (86,3%), antagonistas do receptor mineralocorticoide (37,5%) e diuréticos (86,2%).

Um total de 2.997 pacientes foram randomizados com a empagliflozina 10 mg (placebo: 2.991) e acompanhados por uma mediana de 26,2 meses. A população do estudo consistiu em 55,3% homens e 44,7% mulheres com a idade média de 71,9 anos (intervalo: 22 a 100 anos), 43,0% tinham 75 anos ou mais. 75,9% da população do estudo eram brancos, 13,8% asiáticos e 4,3% americanos negros/africanos. Na randomização, 81,5% dos pacientes eram NYHA classe II, 18,1% eram classe III e 0,3% eram classe IV. A população do estudo EMPEROR-Preserved incluiu pacientes com FEVE < 50% (33,1%), com FEVE 50 a < 60% (34,4%) e com FEVE ≥ 60% (32,5%). No basal, a média de TFGe foi de 60,6 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> e a mediana da razão albumina/creatinina urinária (UACR) foi 21mg/g. Aproximadamente metade dos pacientes (50,1%) tinham um TFGe ≥ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 26% de 45 a < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 18,6% de 30 a <45 ml/min/1,73m<sup>2</sup> e 4,9% de 20 a < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

A empagliflozina foi superior ao placebo na redução de risco do desfecho primário composto de morte cardiovascular ou hospitalização por IC. Adicionalmente, a empagliflozina reduziu significativamente o risco de ocorrência de hospitalizações por IC (primeira e recorrência) e reduziu significativamente a taxa de declínio da TFGe (Tabela 21).

Tabela 21 Efeito do tratamento para o desfecho primário composto, seus componentes e os dois principais desfechos secundários incluídos no teste confirmatório pré-especificado.

	<b>Placebo</b>	<b>Empagliflozina</b>
n	2991	2997
<b>Tempo para o primeiro evento de morte CV ou hospitalização por IC, n (%)</b>	511 (17,1)	415 (13,8)
Razão de risco vs placebo (IC 95,03%)**		0,79 (0,69, 0,90)
Valor de p para superioridade		0,0003
<b>Morte CV, n (%)*</b>	244 (8,2)	219 (7,3)
Razão de risco vs placebo (IC 95%)		0,91 (0,76, 1,09)
Valor de p		0,2951
<b>Hospitalização por IC (primeira ocorrência), n (%)*</b>	352 (11,8)	259 (8,6)
Razão de risco vs placebo (IC 95%)		0,71 (0,60, 0,83)
Valor de p		< 0,0001
<b>Hospitalização por IC (primeira ocorrência e recorrência), n de eventos</b>	541	407
Razão de risco vs placebo (IC 95,03%)**		0,73 (0,61, 0,88)
Valor de p		0,0009
<b>Taxa de declínio TFGe (CKD-EPI)cr (mL/min/1,73m<sup>2</sup>/ano)</b>	-2,62	-1,25
Diferença de tratamento vs placebo (IC 99,9%)*		1,36 (0,86, 1,87)
valor de p		< 0,0001

CV = cardiovascular, IC = insuficiência cardíaca, TFGe = taxa de filtração glomerular estimada, CKD-EPI = equação *chronic kidney disease epidemiology collaboration*

\*não controlado para erro do tipo I

\*\*devido a uma análise interina, um intervalo de confiança de dois lados de 95,03% foi aplicado, o que corresponde a valores de p menores que 0,0497 de significância. Eventos de morte CV e hospitalizações por IC foram julgados pelo comitê independente de eventos clínicos e analisados com base no conjunto randomizado.

\*\*\*Como pré-especificado no procedimento de teste estatístico, o intervalo de confiança de dois lados de 99,9% foi aplicado, o que corresponde a valor de p menor que 0,001 de significância. O declínio de TFGe foi analisado com base no conjunto tratado.

Figura 12 Tempo para o primeiro evento declarado como morte CV ou hospitalização por IC

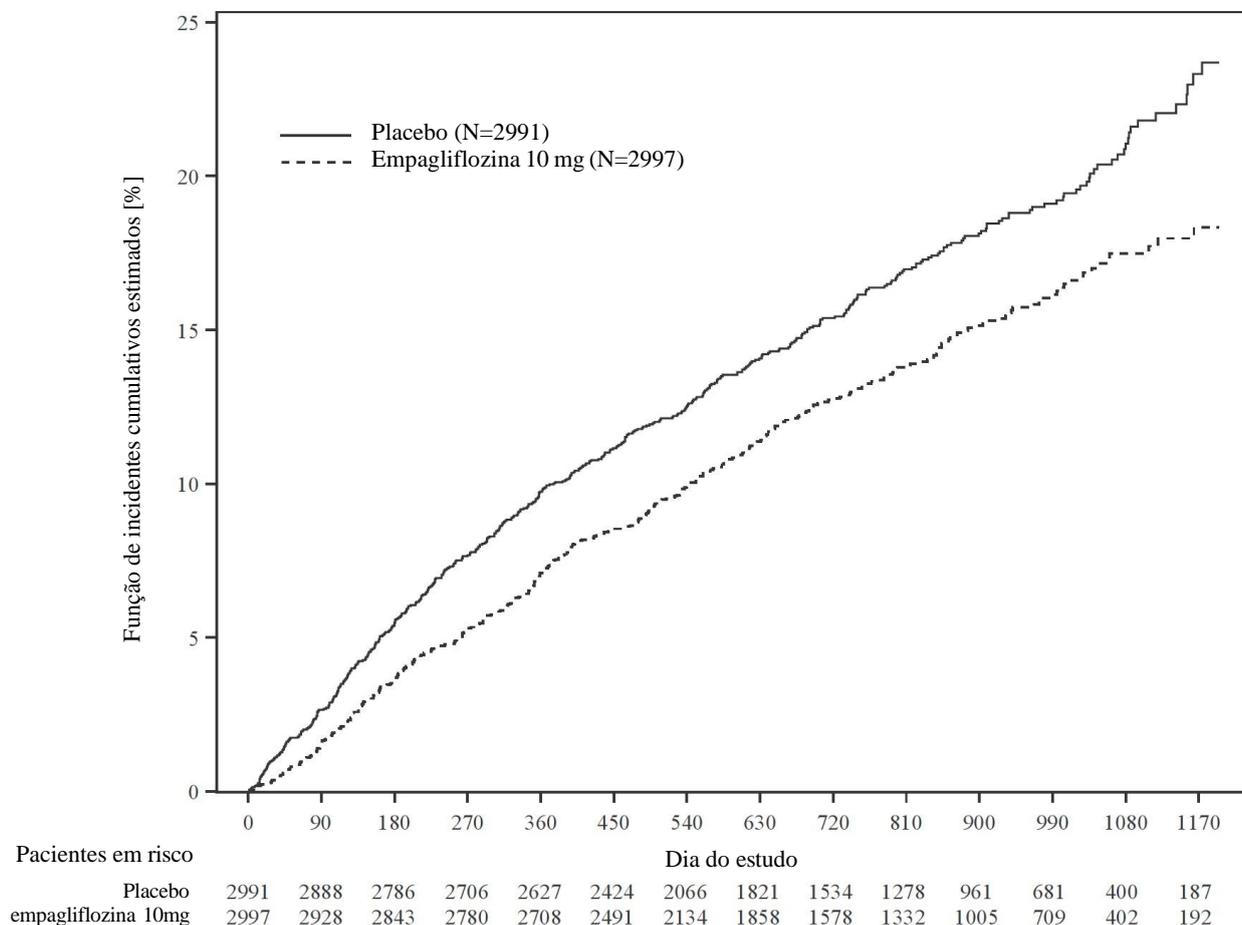
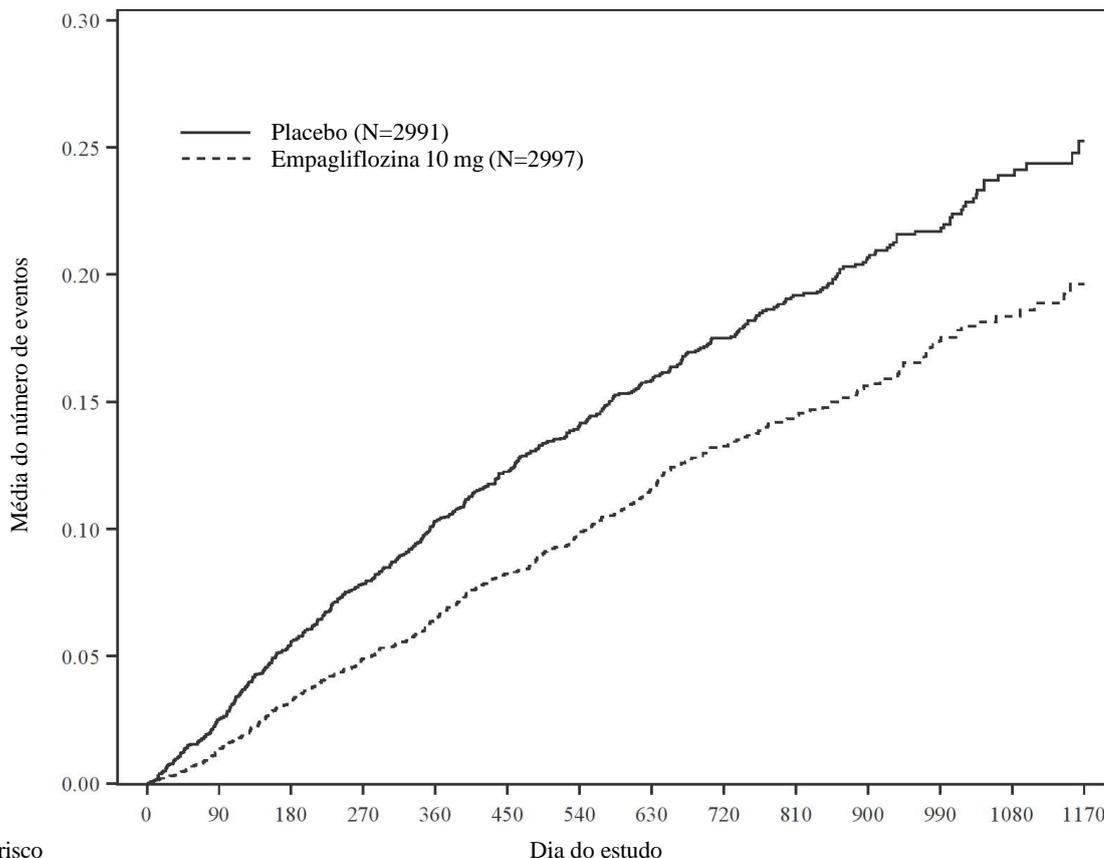


Figura 13 Tempo para o evento declarado como hospitalização por IC

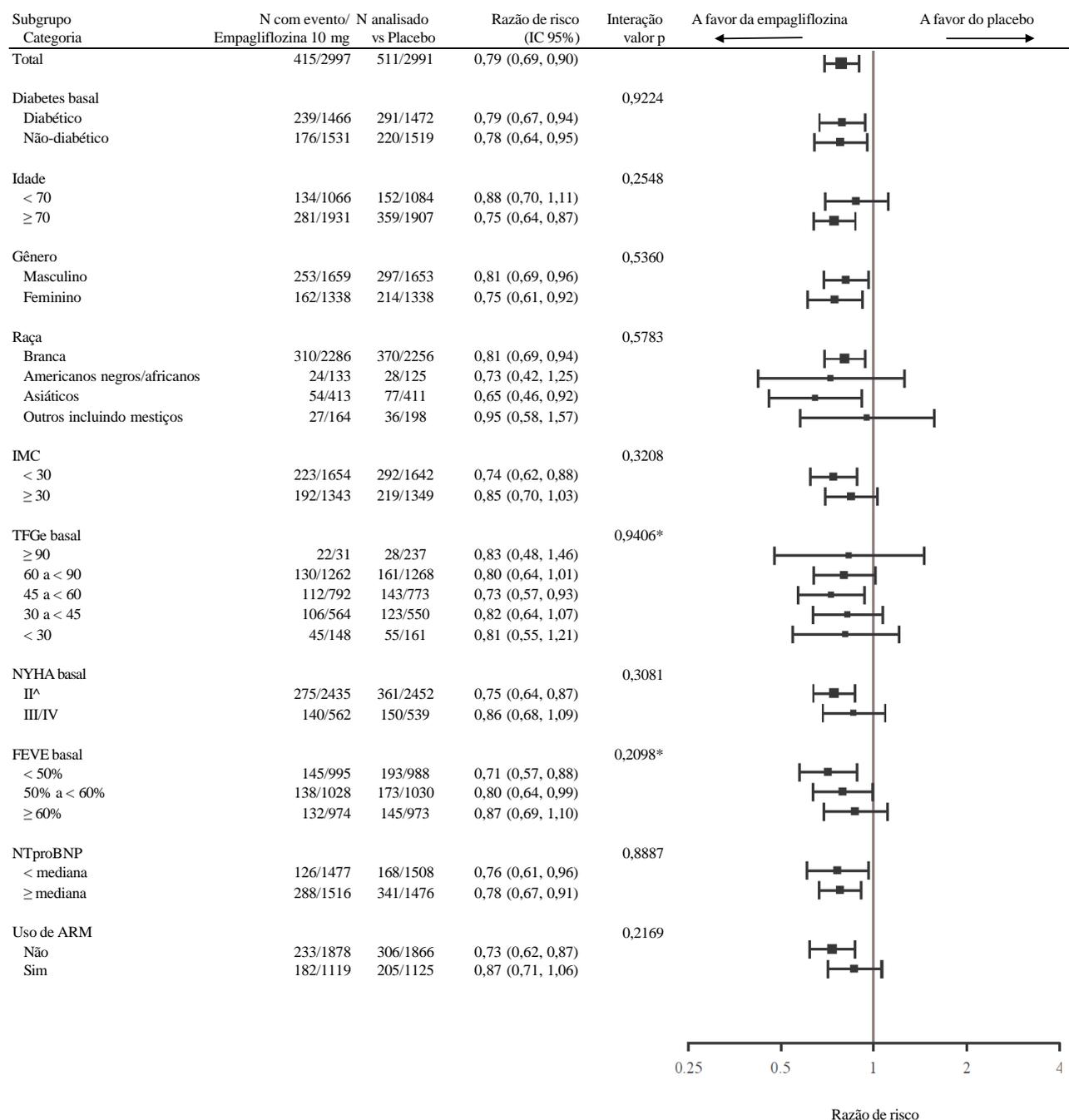


Pacientes em risco

	Dia do estudo													
	0	90	180	270	360	450	540	630	720	810	900	990	1080	1170
Placebo	2991	2945	2901	2855	2816	2618	2258	1998	1695	1414	1061	747	448	213
empagliflozina 10mg	2997	2962	2913	2869	2817	2604	2247	1977	1684	1429	1081	765	446	216

Os resultados do desfecho primário composto foram consistentes em cada um dos subgrupos pré-especificados categorizados por, por exemplo, FEVE, status de diabetes ou função renal com TFGe até de 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ver Figura 14).

Figura 14 Análise dos subgrupos para o tempo até o primeiro evento declarado de morte CV ou hospitalização por IC



ARM = antagonista do receptor mineralocorticoide

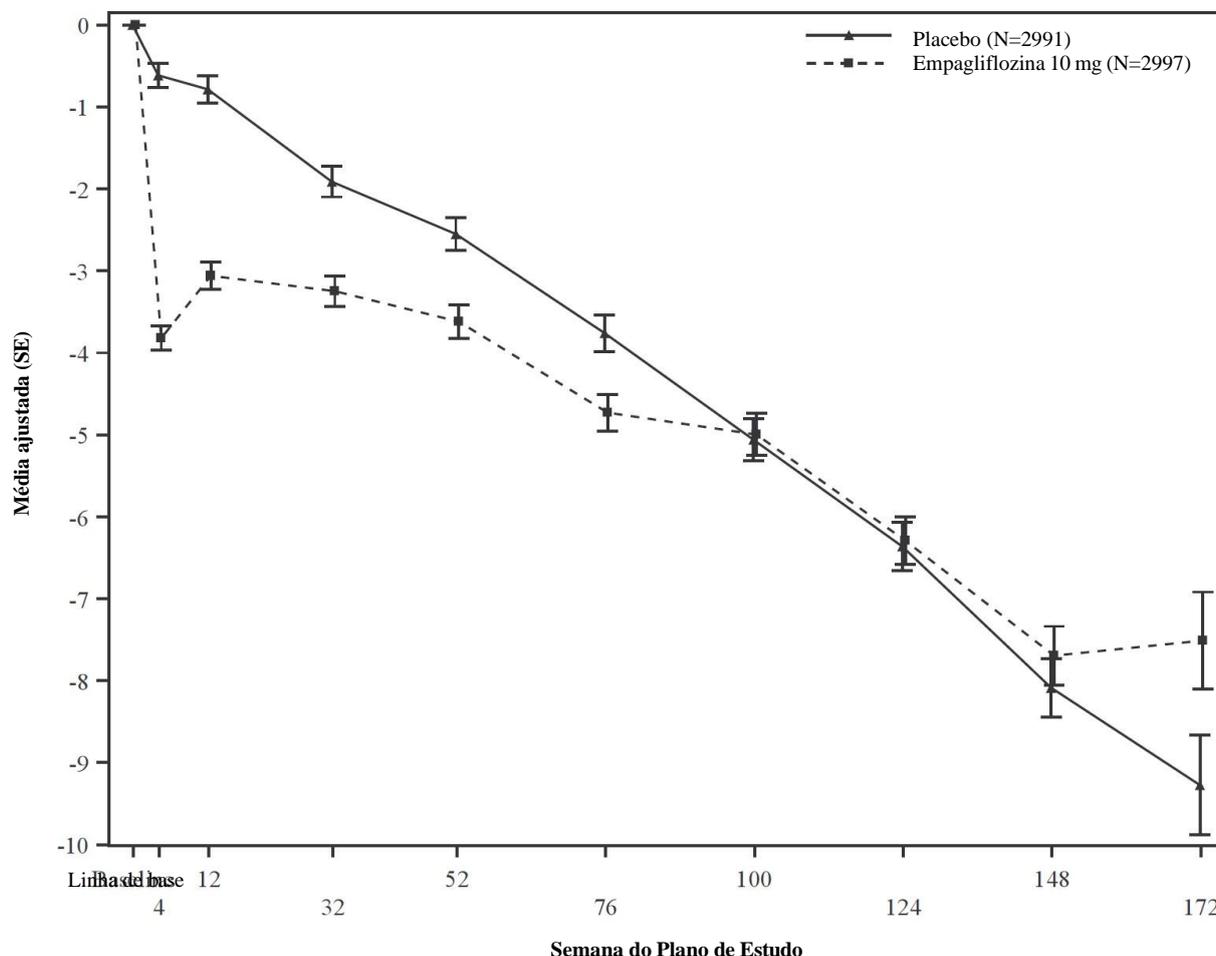
<sup>a</sup>4 pacientes com NYHA classe I são contados no subgrupo NYHA classe II

\*teste de tendência

#### Desfecho renal

Durante o tratamento, o declínio da TFGe ao longo do tempo foi mais lenta no grupo empagliflozina em comparação ao grupo placebo (ver Figura 15). O tratamento com empagliflozina 10 mg reduziu significativamente a taxa de declínio da TFGe e o efeito foi consistente ao longo de todos os subgrupos pré-especificados (ver Tabela 21). Os pacientes tratados com empagliflozina apresentaram uma queda inicial na TFGe que retornou para o basal após descontinuação do tratamento, suportando que as mudanças hemodinâmicas exercem um papel nos efeitos agudos da empagliflozina sobre a TFGe.

Figura 15 Alteração na TFGe com o tempo\*



\*Resultados de TFGe (CKD-EPI) (mL/min/1,73m<sup>2</sup>) MMRM com o tempo, conjunto randomizado. O número de pacientes que proveram dados em vários tempos de coleta (placebo, empagliflozina): na semana 4 (2910, 2931); na semana 12 (2820, 2854); na semana 32 (2590, 2629); na semana 52 (2457, 2474); na semana 76 (2123, 2114); na semana 100 (1548, 1550); na semana 124 (1091, 1122); na semana 148 (695, 686); na semana 172 (231, 243) e na semana 196 (16, 23).

Em uma análise do desfecho renal composto (definido como o tempo para o primeiro evento de diálise crônica ou transplante renal ou redução sustentada na TFGe) a razão de risco foi de 0,95 (IC 95% 0,73 a 1,24, valor de p nominal 0,7243).

O efeito da empagliflozina nos sintomas da insuficiência cardíaca na semana 52 foi avaliada por meio dos desfechos relatados pelos pacientes, utilizando a alteração a partir do basal no Escore Sumário Clínico (CSS) do questionário de Cardiomiopatia da Cidade de Kansas (KCCQ), que mede as frequências médias de sintomas e incômodos pelo inchaço, fadiga, falta de ar e limitações físicas.

Houve uma melhora maior no Escore Sumário Clínico a partir do basal no grupo da empagliflozina comparado com o grupo placebo na semana 52 (média ajustada corrigida por placebo a partir do valor basal 1,32, IC 95% 0,45 a 2,19, valor de p nominal = 0,0028), baseado nos quesitos frequência de sintomas e incômodo.

### Empagliflozina em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca aguda que tenham sido estabilizados

Um estudo randomizado, duplo cego, controlado com placebo (EMPULSE), foi realizado em 530 pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca aguda independente da FEVE (33,0% com 'de novo' e 67,0% com insuficiência cardíaca crônica descompensada) que se encontravam estabilizados. O estudo avaliou o benefício clínico e a segurança da empagliflozina 10 mg, uma vez ao dia, como adjuvante da terapia de referência. O tratamento foi iniciado no hospital e continuou por 90 dias. O desfecho primário foi o benefício clínico, composto por morte, número de eventos de insuficiência cardíaca (incluindo hospitalizações por insuficiência cardíaca, visitas urgentes a doentes com insuficiência cardíaca e visitas não planejadas a doentes sem internamento), tempo até o primeiro evento de insuficiência cardíaca e

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

alteração a partir do basal no Escore Sumário Clínico (CSS) do questionário de Cardiomiopatia da Cidade de Kansas (KCCQ-TSS) após 90 dias de tratamento avaliado pela taxa de ganho. A terapia basal incluiu inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA)/ bloqueadores dos receptores da angiotensina/ inibidor do receptor de angiotensina-neprilisina (70,0%), beta bloqueadores (79,4%) e diuréticos (90,6%).

Um total de 265 pacientes foram randomizados para empagliflozina 10 mg ou placebo e seguidos durante uma mediana de 98 dias. A população do estudo era constituída por 66,2% de homens e 33,8% de mulheres com uma idade média de 68,5 anos (intervalo: 22 a 98 anos); 37,2% tinham 75 anos ou mais. 77,9% da população do estudo era branca, 10,8% asiática e 10,2% negra/afro-americana. Na randomização, 2,6% dos pacientes estavam na classe I da NYHA, 35,1% na classe II, 52,6% na classe III, 9,2% na classe IV e 45,3% dos doentes tinham DM2. A população do estudo EMPULSE incluiu 66,8% de pacientes com FEVE  $\leq$  40% e 31,9% com FEVE  $>$  40%. No basal, 36,6% dos pacientes apresentavam uma TFGe  $\geq$  60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 22,8% de 45 a  $<$ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 25,3% de 30 a  $<$ 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> e 8,3% de 20 a  $<$ 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

Na análise primária, cada paciente do grupo da empagliflozina foi comparado com cada paciente do grupo placebo dentro de cada camada ('de novo' ou insuficiência cardíaca crônica descompensada). Foram realizadas comparações pareadas de forma hierárquica, utilizando o tempo até à morte, seguido do número de eventos de insuficiência cardíaca, tempo até ao primeiro evento de insuficiência cardíaca e uma diferença  $\geq$  5 pontos na alteração do basal na KCCQ-TSS, determinando a carga e a frequência dos sintomas de insuficiência cardíaca. A taxa de ganho estratificada foi então calculada combinando o número de ganhos no grupo JARDIANCE dividido pelo número de perda em todos os estratos avaliados..

Os pacientes em tratamento com empagliflozina tiveram uma probabilidade de 36% de apresentar um benefício clínico comparativamente ao placebo (taxas de ganho 1,36, 95% IC 1,09, 1,68; p = 0,0054 (veja a Tabela 22).

Tabela 22 Taxa de ganho do benefício clínico

	Placebo	Empagliflozina 10 mg
Número de comparações <sup>1</sup> [100%]	39162	
Ganhos baseados no tempo até a morte [%]	4,01	7,15
Ganhos baseados na frequência de EIC <sup>2</sup> [%]	7,65	10,59
Ganhos baseados no tempo para EIC [%]	0,57	0,24
Ganhos com base na diferença $\geq$ 5 pontos na alteração a partir do basal no KCCQ-TSS <sup>3</sup> no dia 90 [%]	27,48	35,91
Empates [%]	6,41	
Taxa de ganho versus placebo [Ganho da empagliflozina/ Ganho do placebo] (95% IC) <sup>4</sup>	1,36 (1,09, 1,68)	
Valor de p para superioridade	0,0054	

HFE = Eventos de insuficiência cardíaca, KCCQ-TSS = Pontuação do Resumo Total do Questionário de Cardiomiopatia de Kansas City

<sup>1</sup> Foram analisados pares de pacientes dentro de cada estrato para uma razão de ganho estratificada, aplicando pesos que são análogos à abordagem Mantel-Haenszel.

<sup>2</sup> Frequência com base em eventos até o primeiro dos dois tempos de censura

<sup>3</sup> Com base na imputação múltipla com 100 interações

<sup>4</sup> Variância calculada utilizando a abordagem assintótica normal de estatística U

Os resultados do desfecho primário foram consistentes entre os subgrupos pré-especificados, incluindo insuficiência cardíaca 'de novo' e insuficiência cardíaca crônica descompensada, e foram independentes da FEVE.

Os dados de segurança deste estudo estiveram em linha com o perfil de segurança conhecido da empagliflozina.

### Referências Bibliográficas

1. Roden M, Weng J, Eibracht J et al. Empagliflozin monotherapy with sitagliptin as an active comparator in patients with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo controlled, phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2013; 1(3): 208-19.
2. Häring HU, Merker L, Seewaldt-Becker et al; Empagliflozin as Add-On to Metformin in Patients With Type 2 Diabetes: A 24-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Diabetes Care.* 2014;37(6):1650-1659.

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

3. Haring HU, Merker L, Seewaldt-Becker E et al. Empagliflozin as Add-on to Metformin Plus Sulfonylurea in Patients With Type 2 Diabetes: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*. 2013;36(11):3396-404.
4. Kovacs CS, Seshiah V, Swallow R et al. Empagliflozin improves glycaemic and weight control as add-on therapy to pioglitazone or pioglitazone plus metformin in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, placebo-controlled trial. *Diabetes Obes Metab*. 2014;16(2):147-58.
5. Riderstrale M, Andersen KR, Zeller C et al. Comparison of empagliflozin and glimepiride as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes: a 104-week randomised, active-controlled, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014;2(9): 691-700
6. Jelaska A, Macha S, Petrini M, Wang F, Puertolas L. A phase IIb, randomised, double blind, placebo controlled, parallel group, safety and efficacy study of BI10773 (10mg and 25mg) administered orally, once daily over 78 weeks in type 2 diabetic patients receiving treatment with basal insulin (glargine, detemir or NPH insulin only) with or without concomitant metformin and/or sulfonylurea therapy and insufficient glycaemic control.
7. Barnett A, Mithal A, Manassie J et al. Efficacy and safety of empagliflozin added to existing antidiabetes treatment in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014;2(5):369-384. .
8. Tikkanen I, Narko K, Zeller C. Empagliflozin reduces blood pressure in patients with type 2 diabetes and hypertension. *Diabetes Care*. 2015;38(3):420-8.
9. DeFronzo RA, Lewin A, Patel S et al. Combination of Empagliflozin and Linagliptin as Second-Line Therapy in Subjects With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled on Metformin. *Diabetes Care*. 2015; 38(3):384-393. Ring A, Brand T, Macha S et al. The sodium glucose cotransporter 2 inhibitor empagliflozin does not prolong QT interval in a thorough QT (TQT) study. *Cardiovasc Diabetol*. 2013; 12:70-80.
10. Vedel C, A, Lepage, Macha, S, Roux, et al. A phase III double-blind, extension, placebo-controlled parallel group safety and efficacy trial of BI 10773 (10 and 25 mg once daily) and sitagliptin (100 mg once daily) given for minimum 76 weeks (including 24 weeks of preceding trial) as monotherapy or with different background therapies in patients with type 2 diabetes mellitus previously completing trial 1245.19, 1245.20 or 1245.23.
11. Brown, C. A 24-week phase III randomized, double-blind, parallel group study to evaluate the efficacy and safety of twice daily oral administration of empagliflozin + metformin compared with the individual components of empagliflozin or metformin in drug-naïve patients with type 2 diabetes mellitus.
12. DeFronzo RA, Lewin A, Patel S et al. Combination of empagliflozina and linagliptina as second-line therapy in subjects with type 2 diabetes inadequately controlled on metformina. *Diabetes Care*. 2015 Mar; 38(3):384-93.
13. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015 Nov 26; 373(22):2117-28.
14. Rosenstock J, Jelaska A, Frappin G et al. Improved Glucose Control With Weight Loss, Lower Insulin Doses, and No Increased Hypoglycemia With Empagliflozin Added to Titrated Multiple Daily Injections of Insulin in Obese Inadequately Controlled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37(7): 1815-1823.
15. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1413-1424.
16. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2021;385(16):1451-1461.

### 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

#### Modo de Ação

A empagliflozina é um inibidor competidor reversível, altamente potente e seletivo do SGLT-2 (cotransportador de sódio e glicose 2) com um IC<sub>50</sub> de 1,3 nM, que tem uma seletividade 5.000 vezes maior em relação ao SGLT1 (cotransportador de sódio e glicose 1) humano (IC<sub>50</sub> de 6.278 nM), responsável pela absorção da glicose no intestino. Além disso, a seletividade elevada pode ser demonstrada para outros transportadores de glicose (GLUTs) responsáveis pela homeostase da glicose em diferentes tecidos.

O SGLT-2 é altamente expresso no rim, enquanto a expressão em outros tecidos não ocorre ou é muito baixa. Ele é responsável como transportador predominante pela reabsorção de glicose do filtrado glomerular de volta para a circulação. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hiperglicemia, uma quantidade maior de glicose é filtrada e reabsorvida.

A empagliflozina melhora o controle glicêmico em pacientes com DM2, reduzindo a reabsorção renal de glicose. A quantidade de glicose removida pelo rim através deste mecanismo glicosúrico é dependente da concentração de glicose no sangue e da taxa de filtração glomerular. Através da inibição do SGLT-2 em pacientes com DM2 e hiperglicemia, a glicose em excesso é excretada na urina.

Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, a excreção urinária de glicose aumentou imediatamente após a primeira dose de empagliflozina e se manteve durante o intervalo de dosagem de 24 horas. A excreção urinária de glicose foi mantida

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

no final do período de tratamento de 4 semanas, com uma média aproximada de 78 g/dia, com empagliflozina 25 mg uma vez por dia. O aumento da glicosúria resultou em uma redução imediata da glicemia em pacientes com DM2.

A empagliflozina (10 mg e 25 mg) melhora a glicemia tanto em jejum como pós-prandial.

O mecanismo de ação da empagliflozina é independente da função das células beta e da insulina, contribuindo para um baixo risco de hipoglicemia. Percebeu-se uma melhora dos marcadores substitutos da função das células beta, incluindo a Avaliação do Modelo de Homeostase (HOMA- $\beta$ ) e a razão pró-insulina/insulina. Além disso, a excreção urinária de glicose desencadeia a perda de calorias, associada com a perda de gordura corporal e redução de peso corporal.

A glicosúria observada com a empagliflozina é acompanhada de diurese leve que pode contribuir para a redução sustentada e moderada da pressão arterial.

A empagliflozina também reduz a reabsorção de sódio e aumenta a entrada de sódio no túbulo distal. Isto pode influenciar em várias funções fisiológicas incluindo, mas não restrito a, aumento no feedback tubuloglomerular e redução da pressão intraglomerular, diminuindo a pré- e pós-carga cardíaca, diminuindo a resposta da atividade simpática e reduzindo o estresse da parede ventricular esquerda, conforme evidenciado pelos valores mais baixos de NT-proBNP e efeitos benéficos no remodelamento cardíaco, pressões de enchimento e função diastólica. Outros efeitos, tais como aumento no hematócrito, redução no peso corporal e na pressão arterial também podem contribuir para os efeitos benéficos observados, independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE).

### Farmacocinética

#### Absorção

A farmacocinética da empagliflozina tem sido amplamente caracterizada em voluntários sadios e em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Após a administração oral, a empagliflozina foi rapidamente absorvida com picos de concentrações plasmáticas ocorrendo no  $t_{m\acute{a}x}$  médio de 1,5 h após a dose. Depois disso, as concentrações no plasma diminuíram de uma maneira bifásica com uma fase de distribuição rápida e uma fase terminal relativamente lenta. A AUC (área sob a curva) plasmática média no estado de equilíbrio foi de 4.740 nmol.h/L e a  $C_{m\acute{a}x}$  foi de 687 nmol/L, com 25 mg de empagliflozina uma vez por dia. A exposição sistêmica da empagliflozina aumentou de forma proporcional à dose. Os parâmetros farmacocinéticos de dose única e no estado de equilíbrio da empagliflozina foram semelhantes, sugerindo uma farmacocinética linear em função do tempo. Não houve diferenças clinicamente relevantes na farmacocinética da empagliflozina entre voluntários sadios e em pacientes com DM2.

A administração de 25 mg de empagliflozina após uma refeição rica em gordura e de elevado teor calórico resultou em uma exposição levemente menor; a AUC diminuiu em aproximadamente 16% e a  $C_{m\acute{a}x}$  diminuiu em aproximadamente 37%, em relação ao estado de jejum. O efeito observado do alimento na farmacocinética da empagliflozina não foi considerado clinicamente relevante e a mesma pode ser administrada com ou sem alimentos.

#### Distribuição

O volume de distribuição aparente no estado de equilíbrio foi estimado ser 73,8 L, com base em uma análise farmacocinética da população. Após a administração de uma solução oral de empagliflozina- $^{14}C$  a indivíduos sadios, a presença em células vermelhas foi de aproximadamente 36,8% e a ligação às proteínas plasmáticas foi de 86,2%.

#### Biotransformação

Nenhum dos principais metabólitos de empagliflozina foi detectado no plasma humano e os metabólitos mais abundantes foram três conjugados glucuronídeos (2-O-, 3-O-, e 6-O-glicuronídeo). A exposição sistêmica de cada metabólito foi menor que 10% do total do medicamento ingerido. Estudos *in vitro* sugerem que a via principal de metabolismo de empagliflozina em humanos seja a glicuronidação por uridina 5'-difosfo--glicuronosiltransferases UGT2B7, UGT1A3, UGT1A8 e UGT1A9.

#### Excreção

A meia-vida terminal aparente de eliminação da empagliflozina foi estimada em 12,4 horas e a depuração oral aparente foi 10,6 L/h com base na análise farmacocinética da população. As variabilidades inter-indivíduos e residual para depuração oral de empagliflozina foram de 39,1% e 35,8%, respectivamente. Com uma dose única diária, as concentrações plasmáticas no estado de equilíbrio da empagliflozina foram atingidas na quinta dose. Consistente com a meia-vida observou-se no estado de equilíbrio, uma acumulação de até 22%, em relação à AUC plasmática. Após administração de uma solução oral de empagliflozina- $^{14}C$  a indivíduos sadios, cerca de 95,6% da radioatividade relacionada ao fármaco foi eliminada nas fezes (41,2%) ou na urina (54,4%). A maioria da radioatividade relacionada ao fármaco recuperada nas fezes era o fármaco inalterado e cerca de metade da radioatividade excretada na urina era o fármaco inalterado.

#### Populações Especiais

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

**Comprometimento renal:** em pacientes com insuficiência renal leve (taxa de filtração glomerular: 60 - < 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), moderada (taxa de filtração glomerular: 30 - < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), grave (taxa de filtração glomerular: < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) e pacientes com insuficiência renal/doença renal terminal, a AUC da empagliflozina aumentou em aproximadamente 18%, 20%, 66% e 48%, respectivamente, em comparação com indivíduos com função renal normal. Os níveis de picos plasmáticos da empagliflozina foram semelhantes em indivíduos com insuficiência renal moderada, e com insuficiência renal/doença renal terminal em comparação com pacientes com função renal normal. Os níveis de picos plasmáticos de empagliflozina foram cerca de 20% superiores em indivíduos com insuficiência renal leve e grave, em comparação com indivíduos com função renal normal. Em conformidade com o estudo de Fase I, a análise farmacocinética da população mostrou que a depuração oral aparente da empagliflozina diminuiu com a redução da taxa de filtração glomerular levando a um aumento da exposição ao fármaco. Com base na farmacocinética, não se recomenda ajuste da dose para pacientes com insuficiência renal.

**Comprometimento hepático:** em indivíduos com insuficiência hepática leve, moderada e grave, de acordo com a classificação de Child-Pugh, a AUC da empagliflozina aumentou aproximadamente 23%, 47% e 75% e a C<sub>máx</sub> em cerca de 4%, 23% e 48%, respectivamente, em comparação com indivíduos com função hepática normal. Com base na farmacocinética, não se recomenda ajuste da dose para pacientes com insuficiência hepática.

**Índice de Massa Corporal (IMC):** não é necessário ajuste posológico com base no IMC. O índice de massa corporal não teve efeito clinicamente relevante sobre a farmacocinética da empagliflozina com base na análise farmacocinética da população.

**Sexo:** nenhum ajuste de dose é necessário com base no sexo. O sexo não teve efeito clinicamente relevante sobre a farmacocinética da empagliflozina com base na análise farmacocinética da população.

**Raça:** nenhum ajuste posológico é necessário com base na raça. Com base na análise farmacocinética da população, a AUC foi estimada em 13,5% maior em pacientes asiáticos com um IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> em comparação aos pacientes não asiáticos com um IMC de 25 kg/m<sup>2</sup>.

**Idosos:** a idade não teve um impacto clinicamente significativo na farmacocinética da empagliflozina com base na análise farmacocinética da população.

**Crianças:** ainda não foram realizados estudos caracterizando a farmacocinética da empagliflozina em pacientes pediátricos.

#### 4. CONTRAINDICAÇÕES

JARDIANCE é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade à empagliflozina, ou aos excipientes da fórmula, ou em caso de doenças hereditárias raras que podem ser incompatíveis com os excipientes da fórmula.

#### 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

JARDIANCE não deve ser usado em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1.

##### Cetoacidose

Casos de cetoacidose, uma condição grave com risco de vida e com necessidade de hospitalização urgente, foram relatados em pacientes com diabetes mellitus tratados com empagliflozina, incluindo casos fatais. Em um número de casos relatados, a apresentação desta condição foi atípica com valores de glicemia discretamente aumentada, abaixo de 250 mg/dL. Embora a cetoacidose seja menos provável de ocorrer em pacientes sem diabetes mellitus, também foram relatados casos nesses pacientes.

O risco de cetoacidose deve ser considerado no caso de sintomas não específicos como náusea, vômito, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade de respiração, confusão, cansaço anormal e sonolência.

Os pacientes devem ser avaliados quanto à cetoacidose imediatamente se estes sintomas ocorrerem, independentemente do nível de glicemia. Se houver suspeita de cetoacidose, o tratamento com JARDIANCE deve ser interrompido, o paciente deve ser avaliado e tratamento imediato deve ser instituído.

JARDIANCE deve ser usado com cautela em pacientes que possam apresentar um maior risco de cetoacidose enquanto usam JARDIANCE, incluindo aqueles sob uma dieta com restrição de carboidratos (visto que a combinação pode aumentar ainda mais a produção de corpos cetônicos), pacientes com doenças agudas, doenças pancreáticas sugerindo deficiência de insulina (por exemplo, diabetes tipo 1, história de pancreatite ou cirurgia de pâncreas), redução da dose de insulina (incluindo a falha da bomba de insulina), abuso de álcool, desidratação grave e pacientes com história de cetoacidose. Deve-se ter cautela ao reduzir a dose de insulina (vide “8. POSOLOGIA E MODO DE USAR”). Em

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

pacientes tratados com JARDIANCE deve-se considerar monitoramento da cetoacidose e a interrupção temporária de JARDIANCE em situações clínicas conhecidas por predispor à cetoacidose (por exemplo, jejum prolongado devido à doença aguda ou cirurgia). Nestas situações, considerar o monitoramento de cetonas, mesmo que o tratamento com JARDIANCE tenha sido interrompido.

### **Fasciíte necrosante do períneo (gangrena de Fournier)**

Foram relatados casos de fasciíte necrosante do períneo (também conhecida como gangrena de Fournier), uma infecção necrosante rara, porém grave e com risco de vida, em pacientes do sexo feminino e masculino com diabetes mellitus tratados com inibidores de SGLT-2, incluindo a empagliflozina. Casos graves incluíram hospitalização, cirurgias múltiplas e óbito.

Pacientes tratados com JARDIANCE que apresentem dor ou sensibilidade, vermelhidão, inchaço na área genital ou do períneo, febre e mal-estar devem ser avaliados para fasciíte necrosante. Se houver suspeita, o uso de JARDIANCE deve ser descontinuado e o tratamento imediato deve ser iniciado (incluindo antibióticos de amplo espectro e desbridamento cirúrgico, se necessário).

### **Pacientes com comprometimento renal**

Diabetes mellitus tipo 2: JARDIANCE não é recomendado para uso em pacientes com taxa de filtração glomerular <30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Insuficiência cardíaca: JARDIANCE não é recomendado para uso em pacientes com taxa de filtração glomerular < 20 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

### **Monitoramento da função renal**

Recomenda-se a avaliação da função renal antes do início do tratamento com JARDIANCE e periodicamente durante o tratamento, ou seja, pelo menos anualmente.

### **Pacientes com risco de hipovolemia**

Com base no mecanismo de ação dos inibidores de SGLT-2, a diurese osmótica que acompanha a glicosúria pode levar a uma modesta redução na pressão arterial. Portanto, recomenda-se precaução em pacientes para os quais uma queda da pressão arterial induzida pela empagliflozina pode representar um risco, como em pacientes com doença cardiovascular conhecida, pacientes em terapia anti-hipertensiva com histórico de hipotensão ou pacientes com 75 anos ou mais.

Em caso de condições que podem levar à perda de líquido (por exemplo, doença gastrointestinal), recomenda-se um cuidadoso monitoramento do volume (por exemplo, exame físico, medidas de pressão arterial, exames laboratoriais incluindo hematócrito) e eletrólitos para pacientes que fazem uso de empagliflozina. A interrupção temporária do tratamento com JARDIANCE a deve ser considerada até que a perda de líquido seja corrigida.

### **Infecções complicadas do trato urinário**

Casos de infecções complicadas do trato urinário incluindo pielonefrite e urosepsse foram relatados em pacientes tratados com empagliflozina (vide “9. REAÇÕES ADVERSAS”). Deve-se considerar a interrupção temporária de JARDIANCE em pacientes com infecções complicadas do trato urinário.

### **Pacientes idosos**

Pacientes com 75 anos de idade ou mais podem apresentar risco elevado de hipovolemia, portanto, JARDIANCE deve ser prescrito com cautela a estes pacientes.

Os comprimidos de JARDIANCE 10 mg contém 162,5 mg de lactose e os de JARDIANCE 25 mg contém 113 mg de lactose por dose máxima diária recomendada. Pacientes que possuem condições hereditárias raras de intolerância à galactose (ex. galactosemia) não devem tomar este medicamento.

Os comprimidos de JARDIANCE 10 mg e JARDIANCE 25 mg contêm menos de 23 mg de sódio, sendo, portanto, considerados livres de sódio.

### **Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas**

Não foram realizados estudos sobre os efeitos na capacidade de dirigir e operar máquinas.

### **Gravidez, lactação e fertilidade**

#### **Gravidez**

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

Existem poucos dados sobre a utilização de JARDIANCE em mulheres grávidas. Estudos pré-clínicos não indicaram efeitos prejudiciais diretos ou indiretos com relação à toxicidade reprodutiva. Como medida de precaução, recomenda-se evitar o uso de JARDIANCE durante a gravidez a menos que seja claramente necessário.

### **Lactação**

Não há dados em humanos sobre a excreção da empagliflozina no leite. Dados pré-clínicos disponíveis em animais mostraram excreção de empagliflozina no leite. Não se pode excluir um risco para os recém-nascidos/bebês. Recomenda-se descontinuar a amamentação durante o tratamento com JARDIANCE.

### **Fertilidade**

Nenhum estudo sobre o efeito na fertilidade humana foi realizado com JARDIANCE. Estudos pré-clínicos em animais não indicaram efeitos prejudiciais diretos ou indiretos sobre a fertilidade.

**JARDIANCE está classificado na categoria B de risco na gravidez.**

**Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.**

## 6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

### **Interações farmacodinâmicas**

Diuréticos: a empagliflozina pode aumentar o efeito diurético de tiazídicos e diuréticos de alça e pode aumentar o risco de desidratação e hipotensão.

Insulina e secretagogos de insulina tais como as sulfonilureias, podem aumentar o risco de hipoglicemia. Portanto, uma dose mais baixa de insulina ou um secretagogo de insulina pode ser necessário para reduzir o risco de hipoglicemia, quando usados em combinação com empagliflozina.

Interferência com teste de 1,5-anidroglicitol (1,5-AG): o monitoramento do controle da glicemia com teste de 1,5-AG não é recomendado, pois as medidas de 1,5-AG não são confiáveis na avaliação do controle glicêmico nos pacientes em uso de inibidores de SGLT-2. Utilizar métodos alternativos para monitorar o controle glicêmico.

### **Interações farmacocinéticas**

#### **Lítio**

O uso concomitante de inibidores da SGLT-2, incluindo a empagliflozina, com lítio pode diminuir os níveis sanguíneos de lítio através do aumento da eliminação renal de lítio. Assim, as concentrações séricas de lítio devem ser monitoradas mais frequentemente com o início da empagliflozina ou após alterações da dose. Por favor, encaminhe o paciente ao médico que prescreveu o lítio para monitorar a concentração sérica do lítio.

**Avaliação *in vitro* de interações farmacológicas:** a empagliflozina não inibe, inativa ou induz as isoformas do CYP450. Os dados *in vitro* sugerem que a via principal de metabolismo da empagliflozina em humanos é a glicuronidação pela uridina 5'-difosfo-glicuronosiltransferases UGT2B7, UGT1A3, UGT1A8 e UGT1A9. A empagliflozina não inibe a UGT1A1, UGT1A3, UGT1A8, UGT1A9 ou UGT2B7. Em doses terapêuticas, o potencial para a empagliflozina inibir ou inativar reversivelmente as principais isoformas do CYP450 e UGT é remota. Interações medicamentosas envolvendo as principais isoformas do CYP450 e UGT com empagliflozina e substratos administrados concomitantemente destas enzimas são, portanto, consideradas improváveis.

A empagliflozina é um substrato da glicoproteína P (P-gp) e da proteína de resistência ao câncer de mama (BCRP), mas não inibe estes transportadores de efluxo em doses terapêuticas. Com base nos estudos *in vitro*, considera-se improvável que a empagliflozina cause interações com medicamentos que são substratos da glicoproteína P. A empagliflozina é um substrato dos transportadores humanos de captação de OAT3, OATP1B1 e OATP1B3, mas não de OAT1 e OCT2. A empagliflozina não inibe nenhum desses transportadores humanos de captação em concentrações no plasma clinicamente relevantes e, como tal, considera-se improvável interações medicamentosas com os substratos destes transportadores de captação.

**Avaliação *in vivo* de interações farmacológicas:** não se observou interações farmacocinéticas clinicamente significativas quando a empagliflozina foi coadministrada com outros medicamentos habitualmente utilizados. Com base nos resultados dos estudos farmacocinéticos, não se recomenda ajuste na dose de JARDIANCE quando coadministrado com outros medicamentos prescritos com frequência.

A farmacocinética da empagliflozina foi semelhante com e sem a coadministração de metformina, glibeprida, pioglitazona, sitagliptina, linagliptina, varfarina, verapamil, ramipril e sinvastatina em voluntários sadios e com ou sem coadministração de torasemida e hidroclorotiazida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Observou-se aumentos na

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

exposição total (AUC) da empagliflozina após coadministração com genfibrozila (59%), rifampicina (35%), ou probenecida (53%). Estas alterações não foram consideradas clinicamente significativas.

A empagliflozina não teve efeito clinicamente relevante sobre a farmacocinética da metformina, glimepirida, pioglitazona, sitagliptina, linagliptina, varfarina, digoxina, ramipril, sinvastatina, hidroclorotiazida, torasemida e contraceptivos orais, quando coadministradas em voluntários saudáveis.

### 7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Mantém em temperatura ambiente (15 °C a 30 °C). O prazo de validade de JARDIANCE é de 36 meses a partir da data de fabricação.

**Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.**

**Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.**

O comprimido de JARDIANCE 10 mg é amarelo claro, redondo, biconvexo, com bordas chanfradas e com o símbolo da empresa Boehringer Ingelheim em uma face e **S10** na outra.

O comprimido de JARDIANCE 25 mg é amarelo claro, oval, biconvexo, com o símbolo da empresa Boehringer Ingelheim em uma face e **S25** na outra.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

### 8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

O comprimido de JARDIANCE deve ser ingerido por via oral, com ou sem alimentos.

A dose inicial recomendada para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 é de 10 mg uma vez ao dia. O tratamento da hiperglicemia em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 deve ser individualizado com base na eficácia e tolerabilidade.

A dose máxima de 25 mg ao dia pode ser utilizada, porém não deve ser excedida.

A dose recomendada para o tratamento da insuficiência cardíaca é de 10 mg uma vez ao dia.

#### **Pacientes com comprometimento renal:**

- **Diabetes mellitus tipo 2:** JARDIANCE não é recomendado para pacientes com TFG<sub>e</sub> < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (veja seção 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES). Não há necessidade de ajuste de dose em pacientes com taxa de filtração glomerular ≥ 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

- **Insuficiência cardíaca:** JARDIANCE não é recomendado para pacientes com TFG<sub>e</sub> < 20 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (veja seção 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES). Não há dados suficientes para embasar o uso nesta população.

#### **Pacientes com comprometimento hepático:**

Não se recomenda ajuste de dose em pacientes com insuficiência hepática.

#### **Pacientes idosos:**

Não se recomenda ajuste de dose em pacientes idosos.

#### **Pacientes pediátricos:**

Em pacientes pediátricos e adolescentes abaixo de 18 anos, a segurança e a eficácia de JARDIANCE não foram estabelecidas.

#### **Terapia de combinação:**

Quando JARDIANCE é utilizado em combinação com uma sulfonilureia ou com insulina, pode-se considerar a dose mais baixa destas para reduzir o risco de hipoglicemia.

#### **Esquecimento de dose:**

Se uma dose for esquecida, deve ser tomada assim que o paciente se recordar. Não se deve tomar uma dose duplicada no mesmo dia.

**Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.**

### 9. REAÇÕES ADVERSAS

#### • **Diabetes mellitus tipo 2**

Um total de 15.582 pacientes com diabetes tipo 2 foram tratados em estudos clínicos para avaliar a segurança de empagliflozina, dos quais 10.004 pacientes foram tratados com empagliflozina, sozinha ou em combinação com

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

metformina, sulfonilureia, agonista de PPAR $\gamma$  (receptor ativado por proliferadores de peroxissoma-gama), inibidores de DPP4 ou insulina.

Este conjunto inclui o estudo EMPA-REG OUTCOME<sup>®</sup> envolvendo 7.020 pacientes com alto risco cardiovascular (idade média de 63,1 anos; 9,3% dos pacientes com pelo menos 75 anos de idade; 28,5% mulheres) tratados com JARDIANCE 10 mg ao dia (n = 2.345), JARDIANCE 25 mg ao dia (n = 2.342), ou placebo (n = 2.333) por até 4,5 anos. O perfil de segurança global da empagliflozina neste estudo foi comparável ao perfil de segurança previamente conhecido.

Nos estudos descritos acima, a frequência de eventos adversos que conduziu à descontinuação foi semelhante em grupos tratados com placebo, JARDIANCE 10 mg e JARDIANCE 25 mg.

Os estudos controlados por placebo, duplo-cego, de 18 a 24 semanas de exposição incluíram 3.534 pacientes, dos quais 1.183 foram tratados com placebo, 1.185 foram tratados com JARDIANCE 10 mg e 1.166 foram tratados com JARDIANCE 25 mg.

A reação adversa mais frequente foi a hipoglicemia, que depende do tipo de terapia de base usada nos respectivos estudos (vide “Descrição de reações adversas selecionadas” a seguir).

- **Insuficiência cardíaca**

Os estudos EMPEROR Reduced e Preserved incluíram pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida (N = 3726) ou preservada (N = 5985) respectivamente, tratados com empagliflozina 10 mg ou placebo. Aproximadamente metade dos pacientes tinha diabetes mellitus tipo 2.

A reação adversa mais frequente foi a hipovolemia (empagliflozina 10 mg: 11,4%; placebo 9,7%).

O perfil de segurança global de JARDIANCE foi consistente em todas as indicações estudadas.

Tabela 23 Reações adversas para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Insuficiência Cardíaca (IC) derivadas de experiências pós comercialização (DM2) e estudos clínicos EMPEROR (IC).

Terminologia MedDRA – Sistema de Classificação de Órgãos	Frequência		
	empagliflozina 25 mg	empagliflozina 10 mg	
	DM2	DM2	IC
<b>Infecções e infestações</b>			
Monilíase vaginal, vulvovaginite, balanite e outras infecções genitais <sup>a</sup>	Comum	Comum	Comum
Infecções do trato urinário <sup>a</sup> (incluindo pielonefrite e urosepse) <sup>b</sup>	Comum	Comum	Comum
Fasciíte necrosante do períneo (gangrena de Fournier) <sup>b, d</sup>	Desconhecido	Desconhecido	Raro
<b>Distúrbios do metabolismo e nutrição</b>			
Hipoglicemia (quando utilizado com sulfonilureia ou insulina) <sup>a</sup>	Muito comum	Muito comum	Comum
Cetoacidose <sup>b</sup>	0%	Incomum	Incomum
<b>Distúrbios gastrointestinais</b>			
Constipação	Incomum	Comum	Comum
<b>Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo</b>			
Prurido	Comum	Comum	Comum
Reações alérgicas de pele (ex. rash, urticária) <sup>b</sup>	Comum	Comum	Comum
Angioedema <sup>b</sup>	Desconhecido	Desconhecido	Incomum

<b>Distúrbios vasculares</b>			
Hipovolemia <sup>a</sup>	Incomum	Incomum	Muito comum
<b>Distúrbios dos sistemas urinário e renal</b>			
Micção aumentada <sup>a</sup>	Comum	Comum	Incomum
Disúria	Incomum	Incomum	Incomum
<b>Distúrbios gerais e condições do local de administração</b>			
Sede	Comum	Comum	Incomum
<b>Investigações</b>			
Aumento da creatinina sérica <sup>a</sup>	Incomum	Incomum	Incomum
Taxa de filtração glomerular diminuída <sup>a</sup>	0%	Incomum	Incomum
Aumento do hematócrito <sup>c</sup>	Incomum	Raro	Incomum
Aumento dos lipídios séricos <sup>c</sup>	Comum	Comum	Comum

<sup>a</sup> vide subitens a seguir para informações adicionais para pacientes com diabetes mellitus.

<sup>b</sup> derivadas de experiência pós-comercialização.

<sup>c</sup> vide “2.RESULTADOS DE EFICÁCIA” para informações adicionais.

<sup>d</sup> para indicação de insuficiência cardíaca: observado em pacientes com diabetes mellitus.

As reações adversas são classificadas conforme as suas frequências, definidas como: Reação muito comum ( $\geq 1/10$ ), Reações comuns ( $\geq 1/100$  e  $< 1/10$ ), Reações incomuns ( $\geq 1/1.000$  e  $< 1/100$ ), Reação rara ( $\geq 1/10.000$  e  $< 1/1000$ ) e Desconhecido (não pôde ser determinado com as informações disponíveis).

### Descrição de reações adversas selecionadas

As frequências das reações adversas abaixo foram calculadas independentemente de suas causalidades.

#### Hipoglicemia

A frequência de hipoglicemia dependeu da terapia de base que foi utilizada nos respectivos estudos e foi semelhante na monoterapia com JARDIANCE e com o placebo, em combinação com metformina, em combinação com pioglitazona com ou sem metformina e em combinação com linagliptina mais metformina. A frequência de pacientes com hipoglicemia foi maior em pacientes tratados com JARDIANCE em comparação ao placebo, quando administrado em combinação com metformina mais sulfonilureia, e em combinação com insulina com ou sem metformina e com ou sem sulfonilureia.

#### Hipoglicemia grave (eventos que necessitam de assistência)

A frequência de pacientes com eventos hipoglicêmicos graves foi baixa ( $< 1\%$ ) e semelhante na monoterapia com JARDIANCE e com o placebo, em combinação com metformina com ou sem sulfonilureia, em combinação com pioglitazona com ou sem metformina e em combinação com linagliptina mais metformina.

A frequência de pacientes com eventos hipoglicêmicos graves foi maior em pacientes tratados com JARDIANCE em comparação ao placebo, quando administrado em combinação com insulina com ou sem metformina e com ou sem sulfonilureia.

Tabela 24. Frequência de pacientes com eventos de hipoglicemia confirmados por estudo (1245.19; 1245.20; 1245.23(*met*); 1245.23(*met*+*SU*); 1245.33, 1245.49; 1275.9(*lina*+*met*) e 1245.25 Conjunto Tratado<sup>1</sup>).

Grupo de Tratamento	Placebo	JARDIANCE 10 mg	JARDIANCE 25 mg
<b>Monoterapia (1245.20) (24 semanas)</b>			
n	<b>229</b>	<b>224</b>	<b>223</b>
Geral confirmado (%)	0,4%	0,4%	0,4%
Grave (%)	0%	0%	0%
<b>Em combinação com metformina (1245.23 (<i>met</i>)) (24 semanas)</b>			
n	<b>206</b>	<b>217</b>	<b>214</b>

Geral confirmado (%)	0,5%	1,8%	1,4%
Grave (%)	0%	0%	0%
<b>Em combinação com metformina + sulfonilureia (1245.23 (met + SU)) (24 semanas)</b>			
n	<b>225</b>	<b>224</b>	<b>217</b>
Geral confirmado (%)	8,4%	16,1%	11,5%
Grave (%)	0%	0%	0%
<b>Em combinação com pioglitazona com ou sem metformina (1245.19) (24 semanas)</b>			
n	<b>165</b>	<b>165</b>	<b>168</b>
Geral confirmado (%)	1,8%	1,2%	2,4%
Grave (%)	0%	0%	0%
<b>Em combinação com insulina basal (1245.33) (18 semanas<sup>2</sup> / 78 semanas)</b>			
n	<b>170</b>	<b>169</b>	<b>155</b>
Geral confirmado (%)	20,6% / 35,3%	19,5% / 36,1%	28,4% / 36,1%
Grave (%)	0% / 0%	0% / 0%	1,3% / 1,3%
<b>Em combinação com insulina em múltiplas doses com ou sem metformina (1245.49) (18 semanas<sup>2</sup> / 52 semanas)</b>			
n	<b>188</b>	<b>186</b>	<b>189</b>
Geral confirmado (%)	37,2% / 58,0%	39,8% / 51,1%	41,3% / 57,7%
Grave (%)	0,5% / 1,6%	0,5% / 1,6%	0,5% / 0,5%
<b>Em combinação com metformina e linagliptina (1275.9) (24 semanas)<sup>3</sup></b>			
n	<b>n=110</b>	<b>n=112</b>	<b>n=110</b>
Geral confirmado (%)	0,9%	0,0%	2,7%
Grave (%)	0%	0%	0,9%
<b>EMPA-REG OUTCOME® (1245.25)</b>			
n	<b>2333</b>	<b>2345</b>	<b>2342</b>
Geral confirmado (%)	27,9%	28%	27,6%
Grave (%)	1,5%	1,4%	1,3%

Confirmado: glicemia  $\leq 70$  mL/dL ou assistência necessária.

Grave: assistência necessária.

<sup>1</sup> Ou seja, pacientes que receberam pelo menos uma dose do fármaco no estudo

<sup>2</sup> A dose de insulina com medicação de base deveria ser estável durante as primeiras 18 semanas

<sup>3</sup> Esta foi uma combinação em dose fixa de empagliflozina com linagliptina 5 mg com um tratamento de base com metformina (vide “2. RESULTADOS DE EFICÁCIA”)

Dados Fonte: 1245.19 [U12-1516, Tabela 15.3.2.3: 3], 1245.20 [c01950507-04, Tabela 15.3.2.3: 2], 1245.23 [U12-1518, Tabelas 15.1.3.2.3: 3 e 15.2.3.2.3: 3], 1245.33 [U12-3817, Tabelas 15.3.2.3: 3 e 15.4.5: 3], 1245.49 [U13-2122, Tabelas 15.3.2.4: 3 e 15.3.2.5: 3], 1275.9 [c02820144-02 Tabela 15.3.1.3: 6], 1245.25 [c02695839-01, tabela 15.3.1.4:4].

### Infecção do trato urinário

A frequência global de eventos adversos de infecção do trato urinário foi semelhante nos pacientes tratados com JARDIANCE 25 mg e placebo (7,0% e 7,2%) e superior nos pacientes tratados com JARDIANCE 10 mg (8,8 %). Semelhante ao placebo, a infecção do trato urinário foi relatada com mais frequência para JARDIANCE em pacientes com histórico de infecções do trato urinário crônicas ou recorrentes. A intensidade de infecções do trato urinário foi semelhante à do placebo para relatos de intensidade leve, moderada e grave. Eventos de infecções do trato urinário foram relatados mais frequentemente para empagliflozina em comparação com placebo em pacientes do sexo feminino, mas não em pacientes do sexo masculino.

### Monilíase vaginal, vulvovaginites, balanite e outras infecções genitais

Monilíase vaginal, vulvovaginites, balanite e outras infecções genitais foram relatadas mais frequentemente para JARDIANCE 10 mg (4,0%) e JARDIANCE 25 mg (3,9%) em comparação com placebo (1,0%) e foram mais frequentes para empagliflozina comparado ao placebo em pacientes do sexo feminino. A diferença de frequência foi menos pronunciada em pacientes do sexo masculino. As infecções do trato genital foram de intensidade leve ou moderada, e não houve eventos de intensidade grave.

### Aumento da micção

## JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE

Como esperado, devido ao seu mecanismo de ação, observou-se em frequências mais elevadas aumento da micção (tal como avaliado pela pesquisa de termo preferencial incluindo polaciúria, poliúria, noctúria) em pacientes tratados com JARDIANCE 10 mg (3,5%) e JARDIANCE 25 mg (3,3%) em comparação ao placebo (1,4%). O aumento da micção foi em sua maioria de intensidade leve ou moderada. A frequência de noctúria relatada foi comparável entre placebo e JARDIANCE (<1%).

### Hipovolemia

A frequência global de hipovolemia (incluindo os termos predefinidos, queda da pressão arterial (ambulatorial), queda da pressão arterial sistólica, desidratação, hipotensão, hipovolemia, hipotensão ortostática e síncope) foi semelhante ao placebo (JARDIANCE 10 mg = 0,6 %, JARDIANCE 25 mg = 0,4% e placebo = 0,3%). O efeito da empagliflozina na excreção urinária de glicose está associado à diurese osmótica, o que poderia afetar o estado de hidratação de pacientes com 75 anos de idade ou mais. Em pacientes com 75 anos ou mais de idade (agrupamento de todos os pacientes com diabetes, n = 13.402), a frequência de eventos de hipovolemia foi semelhante para JARDIANCE 10 mg (2,3%) em comparação com o placebo (2,1%), mas aumenta com JARDIANCE 25 mg (4,3%).

### Aumento da creatinina sérica e taxa de filtração glomerular diminuída

A frequência global de pacientes com aumento da creatinina sérica e diminuição da taxa de filtração glomerular foi semelhante entre empagliflozina e placebo (aumento da creatinina sérica: empagliflozina 10 mg= 0,6%, empagliflozina 25 mg= 0,1%, placebo= 0,5%; taxa de filtração glomerular diminuída: empagliflozina 10 mg= 0,1 %, empagliflozina 25 mg= 0%, placebo= 0,3%).

Em estudos duplo-cegos, controlados por placebo e de duração de 76 semanas, foram observados aumentos transitórios iniciais da creatinina (alteração média em relação ao basal após 12 semanas: empagliflozina 10 mg= 0,02 mg/dL, empagliflozina 25 mg= 0,01 mg/dL) e diminuição transitória inicial nas taxas de filtração glomerular estimada (alteração média em relação ao basal após 12 semanas: empagliflozina 10 mg= -1,34 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, empagliflozina 25 mg= -1,37 mL/min/1,73m<sup>2</sup>). Estas alterações foram geralmente reversíveis durante o tratamento contínuo ou após a descontinuação do medicamento (vide “2. RESULTADOS DE EFICÁCIA”, figura 6: TFG<sub>e</sub> ao longo do tempo, do estudo EMPA-REG OUTCOME®).

**Atenção: este produto é um medicamento que possui nova indicação terapêutica no país e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema Vigimed, disponível no Portal da Anvisa.**

### 10. SUPERDOSE

Durante os estudos clínicos controlados em indivíduos saudáveis, doses únicas de até 800 mg de empagliflozina, foram bem toleradas.

### Tratamento

Na eventualidade de uma superdose, deve-se iniciar tratamento de suporte apropriado ao estado clínico do paciente. Não há estudos sobre a remoção de empagliflozina por hemodiálise.

**Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.**

MS 1.0367.0172

Farm. Resp.: Farm. Resp.: Helena M. O. S. Costa - CRF-SP nº 25.099

Importado por:

Boehringer Ingelheim do Brasil Quím. e Farm. Ltda.  
Av. das Nações Unidas nº 14171, Torre Marble 17º/18º andares  
Vila Gertrudes - São Paulo – SP - CEP 04794-000  
CNPJ: 60.831.658/0001-77  
SAC 0800 701 6633

Fabricado por:

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG  
Ingelheim am Rhein, Alemanha  
ou  
Boehringer Ingelheim Promeco S.A. de C.V.  
Cidade do México, México

# JARDIANCE PROFISSIONAL DA SAÚDE



Venda sob prescrição médica



22-5796166 C23-02

### Histórico de Alteração da Bula

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
07/01/2015	0011793/15-5	10458 - MEDICAMENTO NOVO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	07/01/2015	0011793/15-5	10458 - MEDICAMENTO NOVO - Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12	07/01/2015	Envio inicial do texto de bula em cumprimento ao Guia de submissão eletrônica de bula, juntamente com atualização do item abaixo: - POSOLOGIA E MODO DE USAR	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
10/02/2015	0128483/15-5	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	10/02/2015	0128483/15-5	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula –RDC 60/12	10/02/2015	- RESULTADOS DE EFICÁCIA - INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

20/05/2015	0443931/15-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	20/05/2015	0443931/15-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula –RDC 60/12	20/05/2015	- COMPOSIÇÃO - RESULTADOS DE EFICÁCIA - CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
13/08/2015	0719766/15-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	13/08/2015	0719766/15-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	13/08/2015	- RESULTADOS DE EFICÁCIA - ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
30/11/2015	1037872/15-3	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	30/11/2015	1037872/15-3	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	30/11/2015	- RESULTADOS DE EFICÁCIA - ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - POSOLOGIA E MODO DE USAR - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

11/02/2016	1258309/16-0	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	11/02/2016	1258309/16-0	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	11/02/2016	- ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
02/06/2016	1860234/16-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	02/06/2016	1860234/16-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	02/06/2016	- REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
15/09/2016	2289207/16-9	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	15/09/2016	2289207/16-9	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	15/09/2016	- RESULTADOS DE EFICÁCIA - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

22/05/2017	0961781/17-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	22/05/2017	0961781/17-7	10451- MEDICAMENTO NOVO- Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	22/05/2017	- REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
24/11/2017	2231754/17-6	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	24/11/2017	2231754/17-6	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	24/11/2017	- ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
04/07/2018	0531327/18-9	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	04/07/2018	0531327/18-9	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	04/07/2018	- ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS - SUPERDOSE	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

17/10/2018	1006316/18-1	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	17/10/2018	1006316/18-1	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	17/10/2018	- ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
21/01/2019	0058315/19-4	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	26/11/2015	1033756/15-3	1449 Medicamento Novo - Inclusão de Indicação Terapêutica Nova No País	24/12/2018	- INDICAÇÕES - RESULTADOS DE EFICÁCIA - ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES - REAÇÕES ADVERSAS - Alteração da responsabilidade técnica	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
16/12/2019	3474337/19-5	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	16/12/2019	3474337/19-5	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	16/12/2019	5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

20/04/2021	1512913/21-6	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	20/04/2021	1512913/21-6	10451- MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	20/04/2021	9. REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
			30/04/2020	1382467/20-8	11023 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de local de fabricação de medicamento de liberação convencional	30/04/2020	DIZERES LEGAIS: Local de fabricação		
02/09/2021	3463497/21-2	10451 – MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	02/09/2021	3463497/21-2	10451 – MEDICAMENTO NOVO -Notificação de Alteração de Texto de Bula – RDC 60/12	02/09/2021	9. REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
21/09/2021	3734589/21-5	10451 - MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	01/12/2020	4260249/20-1	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de nova indicação terapêutica	13/09/2021	1. INDICAÇÕES 2. RESULTADOS DE EFICÁCIA 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES 8. POSOLOGIA E MODO DE USAR 9. REAÇÕES ADVERSAS 10. SUPERDOSE	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
03/06/2022	4254961/22-7	10451 - MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	25/11/2021	4672020/21-1	11121 - RDC 73/2016 - NOVO - Inclusão de nova indicação terapêutica	23/05/2022	1. INDICAÇÕES 2. RESULTADOS DE EFICÁCIA 3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS 5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES 8. POSOLOGIA E MODO DE USAR 9. REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30

01/09/2022	4641191/22-1	10451 - MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	01/09/2022	4641191/22-1	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	01/09/2022	2. RESULTADOS DE EFICÁCIA 6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
07/12/2022	5025209/22-6	10451 - MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	07/12/2022	5025209/22-6	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	07/12/2022	5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES 9. REAÇÕES ADVERSAS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30
10/02/2023	---	10451 - MEDICAMENT O NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	10/02/2023	---	10451 - MEDICAMENTO NOVO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	/02/2023	DIZERES LEGAIS	VPS	- 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - 10 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30 - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 10 - - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS X 30