

INFORMACIÓN SELECCIONADA DE SEGURIDAD

Usos terapéuticos

KEYTRUDA® está indicado para:

Melanoma

KEYTRUDA (pembrolizumab) está indicado en pacientes con melanoma irreseccable o metastásico.

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento adyuvante en pacientes adultos y pediátricos (a partir de 12 años de edad) con Melanoma Estadio IIB, Estadio IIC o Estadio III después de la resección completa.

Carcinoma pulmonar de células no pequeñas

KEYTRUDA en combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino, está indicado como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, por sus siglas en inglés) no escamoso metastásico, sin las anormalidades tumorales genómicas en EGFR o ALK.

KEYTRUDA, en combinación con carboplatino y paclitaxel o nab-paclitaxel, está indicado como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, por sus siglas en inglés) escamoso metastásico.

KEYTRUDA está indicado como agente único como tratamiento de primera línea en pacientes con NSCLC que expresen PD-L1 (TPS \geq 1%) determinado por un ensayo validado (ver Posología y forma de administración), sin las anormalidades tumorales genómicas en EGFR o ALK y son:

- estadio III, donde los pacientes no son elegibles para resección quirúrgica o quimiorradiación definitiva, o
- metastásico

KEYTRUDA está indicado como agente único en pacientes con NSCLC metastásico cuyo tumor exprese PD-L1 (TPS \geq 1%) determinado por un ensayo validado y que hubieran recibido una quimioterapia basada en platino. Los pacientes con alteraciones tumorales genómicas en EGFR o ALK deberán haber recibido tratamiento previo con terapias aprobadas para estas alteraciones moleculares antes de recibir KEYTRUDA.

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con NSCLC reseccable (tumores \geq 4 cm o ganglios positivos) en combinación con quimioterapia que contiene platino como tratamiento neoadyuvante, y luego se continúa como agente único como tratamiento adyuvante después de la cirugía.

KEYTRUDA está indicado como agente único en pacientes adultos como tratamiento adyuvante luego de la resección y quimioterapia basada en platino en adultos con NSCLC estadio IB (T2a \geq 4 cm), II o IIIA.

Cáncer de cabeza y cuello escamoso

KEYTRUDA, en combinación con platino y fluorouracilo (FU), está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello metastásico o recurrente no reseccable (HNSCC, por sus siglas en inglés).

KEYTRUDA, como agente único, está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes con HNSCC recurrente no resecable o metastásico cuyos tumores expresan PD-L1 (Puntaje combinado Positivo, por sus siglas en inglés, (CPS) ≥ 1) determinado por un ensayo validado (ver Posología y forma de administración),

KEYTRUDA como agente único, está indicado para el tratamiento de pacientes con HNSCC recurrente o metastásico con progresión de la enfermedad durante o después de quimioterapia basada en platino.

Linfoma de Hodgkin clásico

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma Hodgkin clásico (cHL, por sus siglas en inglés) recaído o refractario.

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes pediátricos con cHL refractario, o cHL que haya progresado luego de 2 o más líneas de tratamiento.

Linfoma B mediastínico primario de células grandes

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con linfoma B mediastínico primario de células grandes (PMBCL por sus siglas en inglés), refractario, o que haya recaído después de 2 o más líneas previas de tratamiento.

Limitación de uso: No se recomienda el uso de KEYTRUDA para el tratamiento de pacientes con PMBCL que requieran terapia citorreductora urgente.

Carcinoma urotelial

KEYTRUDA, en combinación con efortumab vedotin, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer urotelial localmente avanzado o metastásico.

KEYTRUDA, como agente único, está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico:

- no aptos para recibir quimioterapia conteniendo algún platino, o
- que hayan progresado durante o después de quimioterapia basada en platino o dentro de los 12 meses de tratamiento neoadyuvante o adyuvante con quimioterapia basada en platino.

KEYTRUDA, como agente único, está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto riesgo (NMIBC, por sus siglas en inglés) con carcinoma in situ (CIS), con o sin tumores papilares, que no respondan a Bacillus Calmette-Guerin (BCG), que no sean elegibles o hayan decidido no someterse a una cistectomía.

Cánceres ligados a Inestabilidad microsatelital o a deficiencia en la reparación de ADN

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con los siguientes cánceres irresecables o metastásicos ligados a inestabilidad microsatelital alta (MSI-H, por sus siglas en inglés) o deficiente reparación del ADN (dMMR):

- tumores sólidos, determinado por un test validado, que hayan progresado después de un tratamiento previo y que no tuvieran opciones de tratamiento alternativas satisfactorias (ver Posología y Administración).

Cáncer colorrectal ligado a Inestabilidad microsatelital o a deficiencia en la reparación de ADN

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal irresecable o metastásico (CRC, por sus siglas en inglés) MSI-H o dMMR determinado por un test validado (ver Posología y Administración)

Cáncer gástrico

KEYTRUDA en combinación con trastuzumab, flouropirimidina y quimioterapia basada en platino está indicado para el tratamiento en primera línea de adultos con adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica (GEJ) HER2-positivo localmente avanzado irresecable ó metastásico cuyos tumores expresen PD-L 1 (CPS \geq) según lo determinado mediante una prueba validada.

KEYTRUDA, en combinación con quimioterapia que contiene fluoropirimidina y platino, está indicado para el tratamiento de primera línea de adultos con adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica (GEJ) localmente avanzado irresecable o metastásico HER2 negativo.

Cáncer esofágico

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma localmente avanzado o metastásico de esófago o de la unión gastroesofágica (GEJ, por sus siglas en inglés) (con epicentro 1 a 5 centímetros por encima de la GEJ) que no es susceptible de resección quirúrgica o quimiorradiación definitiva, ya sea:

- en combinación con quimioterapia a base de platino y fluoropirimidina, o
- como agente único después de una o más líneas anteriores de terapia sistémica para pacientes con tumores de histología de células escamosas que expresan PD-L1 (CPS \geq 10) según lo determinado por un ensayo validado (ver Posología y forma de administración).

Cáncer cervical

KEYTRUDA, en combinación con quimiorradioterapia (CRT), está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer cervical en estadio III-IVA FIGO 2014.

KEYTRUDA, en combinación con quimioterapia, con o sin Bevacizumab está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer cervical persistente, recurrente o metastásico cuyos tumores expresan PD-L1 (CPS \geq 1) determinado por un ensayo validado.

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer cervical recurrente o metastásico con progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia cuyos tumores expresen PD-L1 (CPS \geq 1) determinado por un ensayo validado.

Carcinoma hepatocelular

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular (HCC, por sus siglas en inglés) que han sido tratados previamente con sorafenib.

Cáncer de vías biliares

KEYTRUDA, en combinación con gemcitabina y cisplatino, está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de vías biliares (BTC, por sus siglas en inglés) localmente avanzado, irresecable o metastásico.

Carcinoma de células de Merkel

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con carcinoma de células de Merkel (MCC, por sus siglas en inglés) recurrente localmente avanzado o metastásico.

Carcinoma de células renales (RCC)

KEYTRUDA, en combinación con axitinib, está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma de células renales avanzado (RCC, por sus siglas en inglés)

KEYTRUDA, en combinación con Lenvatinib está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con RCC avanzado.

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento adyuvante en pacientes con RCC de riesgo intermedio- elevado o elevado de recurrencia después de nefrectomía o después de nefrectomía y resección de lesiones metastásicas ver Estudios Clínicos).

Carcinoma endometrial

KEYTRUDA, en combinación con lenvatinib, está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma endometrial avanzado que es eficiente en reparación del ADN (pMMR, por sus siglas en inglés) o no está ligado a inestabilidad microsatelital alta (MSI-H, por sus siglas en inglés), que hayan progresado luego de una terapia sistémica previa en cualquier entorno y no sean candidatos a cirugía curativa o radiación (ver Posología y Administración).

KEYTRUDA, como agente único, está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma endometrial avanzado que es MSI-H o dMMR, determinado por test validado, cuya enfermedad ha progresado luego de terapia sistémica en cualquier entorno y no son candidatos para cirugía curativa o radiación (ver Posología y Administración).

Cáncer con alta carga mutacional tumoral

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con tumores sólidos irreseables o metastásicos con alta carga mutacional tumoral (TMB-H, por sus siglas en inglés) [≥ 10 mutaciones/megabase (mut/Mb)], determinado por un ensayo validado, que hayan progresado luego de un tratamiento previo y no tuvieran una opción terapéutica alternativa satisfactoria.

Limitaciones de uso: No se ha establecido la seguridad y efectividad de KEYTRUDA en pacientes pediátricos con cánceres del sistema nervioso central con TMB-H.

Carcinoma cutáneo de células escamosas

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma cutáneo de células escamosas recurrente o metastásico (cSCC, por sus siglas en inglés) o cSCC localmente avanzado que no sea curable por cirugía o radiación.

Cáncer de mama triple negativo

KEYTRUDA está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama triple negativo en estadio temprano, de alto riesgo, en combinación con quimioterapia como tratamiento neoadyuvante y continuando luego como agente único, como tratamiento adyuvante después de la cirugía.

KEYTRUDA, en combinación con quimioterapia, está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama triple negativo (TNBC, por sus siglas en inglés) recurrente irresecable o metastásico cuyos tumores expresan PD-L1 (CPS ≥ 10) según lo determinado por un ensayo validado (ver Posología y forma de administración).

Indicaciones para adultos: régimen de dosificación adicional de 400 mg cada 6 semanas
KEYTRUDA está indicado para su uso en una dosis recomendada adicional de 400 mg cada 6 semanas para todas las indicaciones aprobadas para adultos (ver Indicaciones y Posología y forma de administración)

POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

Seleccionar a los pacientes para el tratamiento con KEYTRUDA como agente único en función de la presencia de expresión positiva de PD-L1 en:

- NSCLC estadio III, que no son elegibles para resección quirúrgica o quimio radiación definitiva (Ver Estudios Clínicos).
- NSCLC metastásico (Ver Estudios Clínicos).
- tratamiento de primera línea de HNSCC recurrente metastásico o irresecable (Ver Estudios Clínicos).
- carcinoma urotelial metastásico (Ver Estudios Clínicos)
- cáncer esofágico metastásico o localmente avanzado recidivante previamente tratado (Ver Estudios Clínicos)
- cáncer cervical recurrente o metastásico (Ver Estudios Clínicos)

Para las indicaciones de MSI-H/dMMR, seleccionar a los pacientes para el tratamiento con KEYTRUDA como agente único en función del estado de MSI-H/dMMR en muestras de tumores (Ver Estudios clínicos).

Para la indicación TMB-H, seleccionar a los pacientes para el tratamiento con KEYTRUDA como agente único según el estado de TMB-H en las muestras tumorales (ver Estudios clínicos).

Debido a que el efecto de la quimioterapia previa en los resultados de la prueba de carga mutacional tumoral (TMB-H), MSI-H o dMMR en pacientes con gliomas de alto grado es desconocido, se recomienda analizar estos marcadores en las muestras de tumores primarios obtenidas al inicio de la quimioterapia con temozolomida en pacientes con gliomas de alto grado.

Seleccionar a los pacientes a ser tratados con KEYTRUDA en combinación con quimioterapia en función de la presencia de expresión positiva para PD-L1 en:

- TNBC localmente recurrente irresecable o metastásico (Ver Estudios Clínicos)

Dosis recomendada

Indicación	Dosis recomendada de KEYTRUDA	Duración/Tiempo del tratamiento
Monoterapia		
Pacientes adultos con melanoma metastásico o irresecable	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas*	Hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
Tratamiento adyuvante en pacientes adultos con melanoma NSCLC o RCC	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas*	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 12 meses.
Pacientes adultos con NSCLC, HNSCC, cHL, PMBCL, Carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico, cáncer MSI-H o dMMR, CRC MSI-H o dMMR, carcinoma endometrial MSI-H o dMMR cáncer esofágico, cáncer cervical, HCC, MCC, cáncer TMB-H o cSCC.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas*	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con NMIBC de alto riesgo que no responden a BCG.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas*	Hasta persistencia o recurrencia de NMIBC de alto riesgo, progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses
Pacientes pediátricos con cHL, PMBCL, cáncer MSI-H, MCC o cáncer TMB-H.	2 mg/kg cada 3 semanas (hasta un máximo de 200 mg)*	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes pediátricos (a partir de 12 años) para tratamiento adyuvante de melanoma	2 mg/kg cada 3 semanas (hasta un máximo de 200 mg)*	Hasta recurrencia de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 12 meses.
Terapia combinada [†]		
Pacientes adultos con NSCLC resecable	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de la quimioterapia cuando se administren el mismo día	Tratamiento neoadyuvante en combinación con quimioterapia durante 12 semanas o hasta la progresión de la enfermedad que impida la cirugía definitiva o toxicidad inaceptable, seguido de tratamiento

		adyuvante con KEYTRUDA como agente único después de la cirugía durante 39 semanas o hasta la recurrencia de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
Pacientes adultos con NSCLC, HNSCC, Cáncer gástrico HER2 negativo, Cáncer esofágico o BTC.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de la quimioterapia cuando se administren el mismo día.	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con cáncer urotelial localmente avanzado o metastásico.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de Enfortumab vedotin cuando se administra el mismo día.	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con cáncer gástrico HER2 positivo.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de trastuzumab y la quimioterapia cuando se administren el mismo día.	Hasta la progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con cáncer cervical	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de la quimiorradioterapia o antes de quimioterapia con o sin bevacizumab cuando se administre el mismo día.	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con RCC	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA en combinación con axitinib 5 mg oral dos veces al día † o Administrar KEYTRUDA en combinación con lenvatinib 20 mg oral una vez al día.	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.
Pacientes adultos con carcinoma endometrial	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas*	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta por 24 meses.

	Administrar KEYTRUDA en combinación con lenvatinib 20 mg oral una vez al día	
Pacientes adultos con TNBC en estadio temprano de alto riesgo.	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas Administrar KEYTRUDA antes de quimioterapia cuando se administren el mismo día	Tratamiento neoadyuvante en combinación con quimioterapia durante 24 semanas (8 dosis de 200 mg cada 3 semanas o 4 dosis de 400 mg cada 6 semanas) o hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable, seguido de tratamiento adyuvante con KEYTRUDA como agente único hasta a 27 semanas (9 dosis de 200 mg cada 3 semanas o 5 dosis de 400 mg cada 6 semanas) o hasta recurrencia de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
Pacientes adultos con TNBC localmente recurrente irreseccable o metastásico	200 mg cada 3 semanas* o 400 mg cada 6 semanas* Administrar KEYTRUDA antes de la quimioterapia cuando se administre el mismo día	Hasta progresión de la enfermedad, toxicidad inaceptable o hasta 24 meses.

* Infusión intravenosa por 30 minutos

† Consulte la información para prescripción de los agentes administrados en combinación con KEYTRUDA para obtener la información de dosificación recomendada, según corresponda

‡ Cuando axitinib se usa en combinación con KEYTRUDA, se puede considerar un aumento de la dosis axitinib por encima de la dosis inicial de 5 mg a intervalos de seis semanas o más.

§ Los pacientes que experimenten progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable relacionada con KEYTRUDA con tratamiento neoadyuvante en combinación con quimioterapia no deben recibir KEYTRUDA como agente único adyuvante.

Modificación de dosis

No se recomienda una reducción de la dosis de KEYTRUDA. En general, suspenda KEYTRUDA para casos graves (Grado 3) de reacciones adversas de mecanismo inmunológico. Discontinúe permanentemente KEYTRUDA para casos potencialmente mortales (Grado 4) de reacciones adversas de mecanismo inmunológico, reacciones graves recurrentes (Grado 3) de mecanismo inmunológico que requieren tratamiento inmunosupresor sistémico, o incapacidad para reducir la dosis de corticosteroides a 10 mg o menos de prednisona o equivalente por día dentro de las 12 semanas posteriores al inicio de los esteroides.

Las pautas de modificaciones de dosis de KEYTRUDA para reacciones adversas que requieran un tratamiento diferente a estos se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2: Modificaciones de dosis recomendadas para reacciones adversas

Reacción Adversa	Severidad*	Modificación de dosis
Reacciones adversas de mecanismo inmunológico (Ver Advertencias y precauciones)		
Neumonitis	Grado 2	Suspender †
	Grado 3 o 4	Discontinuar permanentemente
Colitis	Grado 2 o 3	Suspender†
	Grado 4	Discontinuar permanentemente
Hepatitis sin compromiso tumoral del hígado Para las elevaciones de las enzimas hepáticas en pacientes tratados con terapia combinada con axitinib, ver Tabla 3.	ASAT o ALAT mayor a 3 veces y hasta 8 veces el LSN o Bilirrubina total mayor a 1,5 veces y hasta 3 veces el LSN	Suspender†
	ASAT o ALAT mayor a 8 veces el LSN o Bilirrubina total mayor a 3 veces el LSN	Discontinuar permanentemente
Hepatitis con compromiso tumoral del hígado‡	ASAT o ALAT mayor a 1 y hasta 3 veces el LSN y aumenta a más de 5 y hasta 10 veces el LSN o ASAT o ALAT mayor a 3 y hasta 5 veces el LSN y aumenta a más de 8 y hasta 10 veces el LSN	Suspender†
	ALAT o ASAT aumenta a más de 10 veces el LSN o Bilirrubina total aumenta a más de 3 veces el LSN	Discontinuar permanentemente
Endocrinopatías	Grado 3 o 4	Suspender hasta que esté clínicamente estable o discontinuar permanentemente dependiendo de la severidad
Nefritis con disfunción renal	Aumento de creatinina en sangre Grado 2 o 3	Suspender†
	Aumento de creatinina en sangre Grado 4	Discontinuar permanentemente
Condiciones dermatológicas exfoliativas	Sospecha de SJS, TEN, o DRESS	Suspender†
	SJS, TEN, o DRESS confirmado	Discontinuar permanentemente
Miocarditis	Grado 2, 3 o 4	Discontinuar permanentemente
Toxicidades neurológicas	Grado 2	Suspender†

	Grado 3 o 4	Discontinuar permanentemente
Toxicidades hematológicas en pacientes con cHL o PMBCL	Grado 4	Suspender hasta resolución a Grados 0 o 1
Otras reacciones adversas		
Reacciones relacionadas con la infusión (ver Advertencias y precauciones)	Grado 1 o 2	Interrumpir o disminuir la velocidad de infusión
	Grado 3 o 4	Discontinuar permanentemente

*Basado en Criterios de terminología común para eventos adversos (CTCAE), versión 4.0

† Reanudar en pacientes con resolución completa o parcial (grados 0 a 1) después de la reducción gradual de corticosteroides. Discontinuar permanentemente si no se resuelve total o parcialmente dentro de las 12 semanas posteriores al inicio de los esteroides o si no se puede reducir la prednisona a 10 mg por día o menos (o equivalente) dentro de las 12 semanas posteriores al inicio de los esteroides.

‡ Si ASAT y ALAT son menores o iguales al LSN al inicio del estudio, suspenda o discontinúe permanentemente KEYTRUDA según las recomendaciones para la hepatitis sin compromiso hepático.

ALAT=alanina aminotransferasa, ASAT=aspartato aminotransferasa, DRESS=erupción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos, SJS=síndrome de Stevens Johnson, TEN=necrólisis epidérmica tóxica, LSN=límite superior normal

La siguiente tabla representa modificaciones de dosis que son diferentes de las descritas anteriormente para KEYTRUDA o en la Información de prescripción completa para el medicamento administrado en combinación.

Tabla 3: Modificación de dosis recomendada específicamente para reacciones adversas para KEYTRUDA en terapia combinada con axitinib

Tratamiento	Reacciones adversas	Severidad	Modificación de dosis
KEYTRUDA en combinación con axitinib	Aumento de enzimas hepáticas*	ALAT o ASAT aumenta al menos 3 veces, pero menos de 10 veces el LSN sin bilirrubina total concurrente al menos 2 veces el LSN	Suspender ambos, KEYTRUDA y axitinib hasta resolución a Grados 0 o 1†
		ALAT o ASAT aumenta a más de 3 veces el LSN con bilirrubina total concurrente de al menos 2 veces el LSN o ALAT o ASAT ≥ 10 veces el LSN	Discontinuar permanentemente ambos, KEYTRUDA y axitinib

*Considere la terapia con corticosteroides

†Basado en Criterios de terminología común para eventos adversos (CTCAE), versión 4.0. Considere la reexposición con un solo fármaco o la reexposición secuencial con ambos fármacos después de la recuperación. Si se vuelve a administrar axitinib, considere la reducción de la dosis según la información de prescripción de axitinib.

ALAT = alanina aminotransferasa, ASAT = aspartato aminotransferasa, LSN = límite superior normal

Recomendación de modificación de dosis para KEYTRUDA en combinación con Lenvatinib

Cuando se administre KEYTRUDA en combinación con lenvatinib, interrumpa uno o ambos, o reduzca la dosis o interrumpa lenvatinib para el control de los eventos adversos, según corresponda. No se recomiendan reducciones de dosis para KEYTRUDA.

Para obtener recomendaciones para el tratamiento de las reacciones adversas de lenvatinib, consulte la información de prescripción de lenvatinib. En la Tabla 4 se muestran las reducciones de dosis recomendadas para lenvatinib cuando se usa para tratar el carcinoma de endometrio o RCC. Para información sobre la mediana de dosis y mediana de duración de la exposición a lenvatinib en RCC ver la sección Estudios Clínicos.

Tabla 4: Reducciones de dosis recomendadas de lenvatinib para reacciones adversas

Indicación	Dosis inicial	Primera reducción de dosis	Segunda reducción de dosis	Tercera reducción de dosis
Carcinoma endometrial	20 mg una vez al día	14 mg una vez al día	10 mg una vez al día	8 mg una vez al día
RCC	20 mg una vez al día	14 mg una vez al día	10 mg una vez al día	8 mg una vez al día

Modificaciones de la dosis de lenvatinib para insuficiencia renal grave

La dosis recomendada de lenvatinib para pacientes con carcinoma endometrial o RCC e insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min calculado mediante la ecuación de Cockcroft-Gault utilizando el peso corporal real) es de 10 mg por vía oral una vez al día. Para obtener información adicional sobre la toxicidad renal con lenvatinib, consulte la información de prescripción de lenvatinib.

Modificaciones de la dosis de lenvatinib para insuficiencia hepática grave

La dosis recomendada de lenvatinib para pacientes con carcinoma endometrial o RCC e insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C) es de 10 mg por vía oral una vez al día. Para obtener información adicional sobre la hepatotoxicidad con lenvatinib, consulte la información de prescripción de lenvatinib.

Información seleccionada de seguridad sobre KEYTRUDA®

Contraindicaciones

KEYTRUDA® no tiene contraindicaciones

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

Reacciones adversas inmunomediadas graves y mortales

KEYTRUDA es un anticuerpo monoclonal que pertenece a una clase de fármacos que se unen al receptor de muerte programada 1 (PD-1) o al ligando de PD-1 (PD-L1), bloqueando la vía PD-1/PD-L1, eliminando así inhibición de la respuesta inmune, rompiendo potencialmente la

tolerancia periférica e induciendo reacciones adversas de mecanismo inmunológico. Las reacciones adversas de mecanismo inmunológico listadas en la sección ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES pueden no incluir todas las posibles reacciones adversas de mecanismo inmunológico graves y fatales.

Las reacciones adversas inmunomediadas, que pueden ser graves o mortales, pueden ocurrir en cualquier órgano, sistema o tejido y puede afectar a más de un sistema corporal simultáneamente. Las reacciones adversas inmunomediadas pueden ocurrir en cualquier momento después de comenzar el tratamiento con un anticuerpo bloqueante de PD-1/PD-L1. Mientras que las reacciones adversas inmunomediadas generalmente se manifiestan durante el tratamiento con anticuerpos bloqueantes de PD-1/PD-L1, las reacciones adversas de mecanismo inmunológico también pueden manifestarse después de la interrupción del anticuerpo bloqueante de PD-1/PDL1.

La identificación y el tratamiento temprano de las reacciones adversas de mecanismo inmunológico son esenciales para garantizar el uso seguro de anticuerpos bloqueantes de PD-1/PD-L1. Vigile de cerca a los pacientes para detectar síntomas y signos que puedan ser manifestaciones clínicas de reacciones adversas de mecanismo inmunológico. Evaluar las enzimas hepáticas, creatinina y función tiroidea al inicio del estudio y periódicamente durante el tratamiento. Para pacientes con TNBC tratados con KEYTRUDA en neoadyuvancia, monitorear el nivel basal de cortisol en sangre, antes de la cirugía y como se indique clínicamente. En casos de sospecha de reacciones adversas de mecanismo inmunológico, iniciar un estudio adecuado para excluir etiologías alternativas, incluyendo infección. Instituir el manejo médico de inmediato, incluida la consulta especializada, según sea apropiado.

Suspenda o discontinúe permanentemente KEYTRUDA según la gravedad (ver Posología y forma de administración). En general, si KEYTRUDA requiere la suspensión o discontinuación, administrar terapia sistémica con corticosteroides (1 a 2 mg/kg/día de prednisona o equivalente) hasta una mejoría a Grado 1 o menor. Al mejorar a Grado 1 o menor, inicie la disminución gradual de corticosteroides y continúe disminuyendo al menos 1 mes. Considere la administración de otros inmunosupresores sistémicos en pacientes cuyas reacciones adversas de mecanismo inmunológico no se controlan con la terapia con corticosteroides.

A continuación, se analizan las pautas de manejo de toxicidad para reacciones adversas que no necesariamente requieren esteroides sistémicos (p. ej., endocrinopatías y reacciones dermatológicas).

Neumonitis de mecanismo inmunológico

KEYTRUDA puede causar neumonitis de mecanismo inmunológico. La incidencia de neumonitis es mayor en pacientes que han recibido radiación torácica previa. Ocurrió neumonitis de mecanismo inmunológico en 3,4% (94/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas fatales (0,1%), grado 4 (0,3%), grado 3 (0,9%) y grado 2 (1,3%). Se requirió corticosteroides sistémicos en el 67% (63/94) de los pacientes con neumonitis.

La neumonitis condujo a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en 1,3% (36) de los pacientes y a la suspensión de KEYTRUDA en 0,9% (26) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas; de estos, 23% tuvieron recurrencia de neumonitis. La neumonitis se resolvió en 59% de los 94 pacientes.

En estudios clínicos que incluyeron a 389 pacientes adultos con cHL que recibieron KEYTRUDA

como agente único, se produjo neumonitis en 31 (8%) pacientes, incluida neumonitis de grados 3-4 en el 2,3% de los pacientes. Los pacientes recibieron dosis altas de corticosteroides durante una mediana de 10 días (rango: 2 días a 53 meses). Las tasas de neumonitis fueron similares en pacientes con y sin radiación torácica previa. La neumonitis condujo a discontinuación de KEYTRUDA en 21 (5,4%) pacientes. De los pacientes que desarrollaron neumonitis, el 42% interrumpió KEYTRUDA, 68% discontinuó KEYTRUDA y 77% tuvo resolución.

En un estudio clínico en el que participaron 580 pacientes adultos con NSCLC reseca (KEYNOTE-091) que recibieron pembrolizumab como agente único para el tratamiento adyuvante, se produjo neumonitis en 41 (7%) pacientes, incluidas reacciones adversas mortales (0,2%), de grado 4 (0,3%) y de grado 3 (1%). Los pacientes recibieron corticosteroides en dosis altas durante una mediana de duración de 10 días (rango: 1 día a 2,3 meses). La neumonitis provocó la interrupción de pembrolizumab en 26 (4,5%) de los pacientes. De los pacientes que desarrollaron neumonitis, el 54% interrumpió pembrolizumab y el 63% discontinuó pembrolizumab y el 71% tuvo resolución.

Colitis de mecanismo inmunológico

KEYTRUDA puede causar colitis de mecanismo inmunológico, la cual se puede presentar con diarrea. Se ha reportado infección/reactivación de citomegalovirus (CMV) en pacientes con colitis de mecanismo inmunológico refractaria a corticoesteroides. En casos de colitis refractaria a los corticosteroides, considere la posibilidad de repetir el diagnóstico de infecciones para excluir etiologías alternativas. La colitis de mecanismo inmunológico ocurrió en 1,7% (48/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas de Grado 4 (<0,1%), Grado 3 (1,1%) y Grado 2 (0,4%). Se requirió corticoesteroides sistémicos en 69% (33/48) de los pacientes con colitis. Se requirió terapia inmunosupresora adicional en 4,2% de los pacientes. La colitis dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en 0,5% (15) de los pacientes y a la suspensión de KEYTRUDA en 0,5% (13) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas; de estos, el 23% tuvo recurrencia de colitis. La colitis se resolvió en 85% de los 48 pacientes.

Hepatotoxicidad y Hepatitis de mecanismo inmunológico

KEYTRUDA como agente único

KEYTRUDA puede causar hepatitis de mecanismo inmunológico. La hepatitis de mecanismo inmunológico ocurrió en 0,7% (19/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas de Grado 4 (<0,1%), Grado 3 (0,4%) y Grado 2 (0,1%). Se requirió corticoides sistémicos en el 68% (13/19) de los pacientes con hepatitis. Once por ciento de estos pacientes requirió terapia inmunosupresora adicional. La hepatitis dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en 0,2% (6) de los pacientes y a la suspensión de KEYTRUDA en 0,3% (9) de los pacientes. Todos los pacientes que suspendieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas; de estos, ninguno tuvo recurrencia de hepatitis. La hepatitis se resolvió en 79% de los 19 pacientes.

KEYTRUDA con axitinib

KEYTRUDA en combinación con axitinib puede causar toxicidad hepática con frecuencias más altas de las esperadas de elevaciones de ALAT y ASAT grado 3 y 4, en comparación con la monoterapia con KEYTRUDA. Monitoree las enzimas hepáticas antes del inicio y periódicamente durante todo el tratamiento. Considere un monitoreo más frecuente de las enzimas hepáticas que cuando los medicamentos se administran como agentes únicos. Para las enzimas hepáticas

elevadas, interrumpa KEYTRUDA y axitinib, y considere la posibilidad de administrar corticosteroides según sea necesario (ver Posología y forma de administración).

Con la combinación de KEYTRUDA y axitinib, se observaron incrementos de ALAT (20%) y ASAT (13%) grados 3 y 4. El cincuenta y nueve por ciento de los pacientes con aumento de ALAT recibieron corticosteroides sistémicos. En pacientes con ALAT ≥ 3 veces LSN (Grados 2-4, n=116), ALAT se resolvió a Grados 0-1 en el 94%. Entre los 92 pacientes que reiniciaron la terapia con KEYTRUDA (n=3) o axitinib (n=34) administrados como agentes únicos o con ambos (n=55) se observó recurrencia de ALAT ≥ 3 veces el LSN en 1 paciente que recibió KEYTRUDA, 16 pacientes que recibieron axitinib y 24 pacientes que recibieron KEYTRUDA y axitinib. Todos los pacientes con recurrencia de ALAT ≥ 3 veces el LSN se recuperaron del evento.

Endocrinopatías de mecanismo inmunológico

Insuficiencia suprarrenal

KEYTRUDA puede causar insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria. Para la insuficiencia suprarrenal de grado 2 o mayor, iniciar el tratamiento sintomático incluyendo reemplazo hormonal según esté clínicamente indicado. Suspender KEYTRUDA dependiendo de la gravedad (Ver Posología y forma de administración).

Se reportó insuficiencia suprarrenal en 0,8% (22/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas de grado 4 (<0,1%), grado 3 (0,3%) y grado 2 (0,3%). Se requirió corticoesteroides sistémicos en 77% (17/22) de los pacientes con insuficiencia suprarrenal; de estos, la mayoría permaneció con corticoides sistémicos. La insuficiencia suprarrenal dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en <0,1% (1) de los pacientes y la interrupción de KEYTRUDA en 0,3% (8) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas.

Hipofisitis

KEYTRUDA puede causar hipofisitis de mecanismo inmunológico. La hipofisitis se puede presentar con síntomas agudos asociados con efecto de masa como ser cefalea, fotofobia, o defectos del campo visual. La hipofisitis puede causar hipopituitarismo. Iniciar terapias de reemplazo hormonal según las indicaciones. Suspender o discontinuar permanentemente KEYTRUDA dependiendo de la gravedad (Ver Posología y forma de administración).

Se reportó hipofisitis en 0,6% (17/2799) de los pacientes que recibían KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas de Grado 4 (<0,1%), Grado 3 (0,3%) y Grado 2 (0,2%). Se requirió corticoesteroides sistémicos en 94% (16/17) de los pacientes con hipofisitis; de estos, la mayoría permaneció recibiendo corticosteroides sistémicos. La hipofisitis dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en 0,1% (4) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en 0,3% (7) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas.

Desórdenes tiroideos

KEYTRUDA puede causar trastornos de la tiroides de mecanismo inmunológico. La tiroiditis se puede presentar con o sin endocrinopatías. El hipotiroidismo puede seguir al hipertiroidismo. Iniciar la terapia de reemplazo hormonal por hipotiroidismo o instituir el manejo del hipertiroidismo según se indique clínicamente. Suspender o discontinuar permanentemente KEYTRUDA dependiendo de la gravedad (Ver Posología y Forma de Administración).

Se reportó tiroiditis en 0,6% (16/ 2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo Grado 2 (0,3%). Ningún paciente discontinuó KEYTRUDA debido a tiroiditis. KEYTRUDA se interrumpió en <0,1% (1) de los pacientes.

Se reportó hipertiroidismo en 3,4% (96/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo grado 3 (0,1%) y grado 2 (0,8%). El hipertiroidismo dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en <0,1% (2) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en 0,3% (7) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas.

La incidencia de hipertiroidismo nuevo o que empeora fue mayor en 580 pacientes con NSCLC resecaado, ocurriendo en el 11% de los pacientes que recibieron pembrolizumab como agente único como tratamiento adyuvante (KEYNOTE-091), incluido el hipertiroidismo de grado 3 (0,2%). Se reportó hipotiroidismo en 8% (237/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo de Grado 3 (0,1%) y de Grado 2 (6,2%). El hipotiroidismo dio lugar a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en <0,1% (1) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en 0,5% (14) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de mejoría de los síntomas. La mayoría de los pacientes con hipotiroidismo requirieron terapia de reemplazo hormonal tiroidea a largo plazo.

La incidencia de aparición de nuevo hipotiroidismo o agudizado fue mayor en los 1185 pacientes con HNSCC ocurriendo en 16% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA como agente único o en combinación con platino y FU, incluyendo hipotiroidismo de Grado 3 (0,3%). La incidencia de hipotiroidismo nuevo o que empeoraba fue mayor en 389 pacientes con cHL (17%) que recibieron KEYTRUDA como agente único, incluido hipotiroidismo de Grado 1 (6,2%) y Grado 2 (10,8%). La incidencia de hipertiroidismo nuevo o que empeora fue mayor en 580 pacientes con NSCLC resecaado, ocurriendo en el 22% de los pacientes que recibieron pembrolizumab como agente único como tratamiento adyuvante (KEYNOTE-091), incluido el hipertiroidismo de grado 3 (0,3%).

Diabetes mellitus tipo I, que puede presentarse con cetoacidosis diabética

Monitorear a los pacientes para detectar hiperglucemia u otros signos y síntomas de diabetes. Iniciar el tratamiento con insulina según se indique clínicamente. Interrumpir KEYTRUDA dependiendo de la gravedad (Ver Posología y Forma de Administración).

La diabetes mellitus tipo 1 se presentó en el 0,2% (6/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA. La diabetes mellitus tipo 1 condujo a la discontinuación permanente en <0,1% (1) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en <0,1% (1) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas. Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 requirieron tratamiento con insulina a largo plazo.

Nefritis y disfunción renal de mecanismo inmunológico

KEYTRUDA puede causar nefritis de mecanismo inmunológico.

Se reportó nefritis de mecanismo inmunológico en 0.3% (9/ 2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluyendo reacciones adversas de Grado 4 (<0,1%), Grado 3 (0,1%) y Grado 2 (0,1%). Se requirió corticoesteroides sistémicos en 89% (8/9) de los pacientes con nefritis. La nefritis llevó a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en 0,1% (3) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en 0,1% (3) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron reiniciaron KEYTRUDA después de la mejoría de los síntomas; de ellos, ninguno tuvo recurrencia de nefritis. La nefritis resolvió en 56% de los 9 pacientes.

Reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico

KEYTRUDA puede causar erupciones o dermatitis de mecanismo inmunológico. Han ocurrido con anticuerpos bloqueantes de PD-1/PD-L1 dermatitis exfoliativa, incluyendo Síndrome de Stevens-Johnson, DRESS y necrólisis epidérmica tóxica (NET). Suspender o discontinuar

permanentemente KEYTRUDA dependiendo de la gravedad (consulte Posología y forma de administración).

Se produjeron reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico en el 1,4% (38/2799) de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluidas reacciones adversas de Grado 3 (1%) y Grado 2 (0,1%). Se requirió corticosteroides sistémicos en el 40% (15/38) de los pacientes con reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico. Las reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico llevaron a la discontinuación permanente de KEYTRUDA en el 0,1% (2) de los pacientes y a la interrupción de KEYTRUDA en el 0,6% (16) de los pacientes. Todos los pacientes que interrumpieron KEYTRUDA reiniciaron después de la mejoría de los síntomas; de estos, el 6% tuvo recurrencia de reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico. Las reacciones adversas dermatológicas de mecanismo inmunológico resolvieron en el 79% de los 38 pacientes.

Otras reacciones adversas de mecanismo inmunológico

Las siguientes reacciones adversas de mecanismo inmunológico clínicamente significativas se produjeron a una incidencia de <1% (a menos que se indique lo contrario) en los pacientes que recibieron KEYTRUDA o fueron reportados con el uso de otros anticuerpos bloqueantes de PD-1/PD-L1. Se han reportado casos graves o fatales para algunas de estas reacciones adversas.

Cardíaca/vascular: Miocarditis, pericarditis, vasculitis

Sistema nervioso: Meningitis, encefalitis, mielitis y desmielinización, síndrome miasténico/miastenia gravis (incluyendo exacerbación), síndrome de Guillain-Barré, paresia nerviosa, neuropatía autoinmune.

Ocular: pueden producirse uveítis, iritis y otras toxicidades inflamatorias oculares. Algunos casos pueden ser asociados con el desprendimiento de retina. Pueden ocurrir varios grados de discapacidad visual, incluida la ceguera. Si la uveítis ocurre en combinación con otras reacciones adversas de mecanismo inmunológico, considere un síndrome similar a Vogt-Koyanagi-Harada, ya que puede requerir tratamiento con esteroides sistémicos para reducir el riesgo de pérdida permanente de la visión.

Gastrointestinal: pancreatitis, que incluye aumentos en los niveles séricos de amilasa y lipasa, gastritis, duodenitis.

Musculoesquelético y tejido conectivo: miositis/polimiositis, rabdomiólisis (y secuelas asociadas, incluida insuficiencia renal), artritis (1,5%), polimialgia reumática.

Endocrino: hipoparatiroidismo

Hematológico/Inmune: anemia hemolítica, anemia aplásica, linfocitosis hemofagocítica, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, linfadenitis necrotizante histiocítica (linfadenitis de Kikuchi), sarcoidosis, púrpura trombocitopénica inmunitaria, rechazo de trasplante de órgano sólido.

Reacciones relacionadas con la infusión

KEYTRUDA puede causar reacciones graves o potencialmente mortales relacionadas con la infusión, incluyendo hipersensibilidad y anafilaxia, las cuales se reportaron en 0,2% de 2799

pacientes que recibieron KEYTRUDA. Monitorear a los pacientes por signos y síntomas de reacciones relacionadas con la infusión, incluyendo rigidez, escalofríos, respiración sibilante, prurito, rubefacción, erupción cutánea, hipotensión, hipoxemia y fiebre. Interrumpir o disminuir la velocidad de infusión por reacciones relacionadas con infusión leves (grado 1) o moderadas (grado 2). En caso de producirse reacciones relacionadas con la infusión grave (Grado 3) o potencialmente mortales (Grado 4), detener la infusión y discontinuar en forma permanente el uso de KEYTRUDA (Ver Posología y Forma de Administración).

Complicaciones de HSCT alogénico

Ocurrieron complicaciones fatales o serias en pacientes que recibieron un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT, por sus siglas en inglés) antes o después de ser tratados con un anticuerpo bloqueante de PD-1/PD-L1. Las complicaciones relacionadas con el trasplante incluyen enfermedad injerto contra huésped (GVHD, por sus siglas en inglés) hiperaguda, GVHD aguda, GVHD crónica, enfermedad veno-oclusiva hepática grave (VOD, por sus siglas en inglés) después de un condicionamiento de intensidad reducida, y síndrome febril que requirió esteroides (sin causa infecciosa identificada) Estas complicaciones pueden ocurrir a pesar del tratamiento intermedio entre el bloqueo PD-1/PD-L1 y el HSCT alogénico.

Seguir de cerca a los pacientes para obtener evidencia de complicaciones relacionadas con el trasplante e intervenir rápidamente. Considere el beneficio versus el riesgo de tratamiento con un anticuerpo bloqueante de PD-1/PD-L1 antes de o luego de un HSCT alogénico.

Aumento de la mortalidad en pacientes con mieloma múltiple cuando KEYTRUDA se administró en asociación con un análogo de talidomida y dexametasona

En dos ensayos clínicos aleatorizados en pacientes con mieloma múltiple, la adición de KEYTRUDA a un análogo de la talidomida más dexametasona, un uso para el cual no están indicados los anticuerpos bloqueantes de PD-1 o PD-L1, dio como resultado un aumento de la mortalidad. No se recomienda el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple con un anticuerpo bloqueante PD-1 o PD-L1 en combinación con un análogo de talidomida más dexametasona fuera de los ensayos clínicos controlados.

Toxicidad embriofetal

Basado en su mecanismo de acción, KEYTRUDA puede causar daño fetal cuando se administra a una mujer embarazada. Los modelos animales vinculan la vía de señalización de PD-1/PD-L1 con el mantenimiento del embarazo mediante la inducción de la tolerancia inmunológica materna al tejido fetal. Advertir a la paciente sobre el riesgo potencial para el feto. Aconsejar a las mujeres en edad fértil que utilicen un método anticonceptivo altamente efectivo durante el tratamiento con KEYTRUDA y por 4 meses después de la última dosis (Ver Uso en poblaciones específicas).

USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

Embarazo

Resumen de riesgos

Según su mecanismo de acción, KEYTRUDA puede causar daño fetal cuando se administra a una mujer embarazada. No se cuenta con datos de seres humanos que informen acerca de riesgo de toxicidad embriofetal. En los modelos animales, la vía de señalización de PD-1/PD-L1 es importante en el mantenimiento del embarazo mediante la inducción de tolerancia inmunológica materna al tejido fetal (ver datos). Se sabe que las IgG4 (inmunoglobulinas) humanas atraviesan la placenta; por lo tanto, pembrolizumab tiene el potencial de transmitirse

de la madre al feto en desarrollo. Evaluar a las mujeres embarazadas en relación con el riesgo potencial para el feto.

En la población general de los Estados Unidos de América, el riesgo basal estimado de defectos importantes de nacimiento y aborto espontáneo en embarazos clínicamente confirmados es del 2 a 4% y de 15 a 20%, respectivamente.

Lactancia

Resumen de riesgos

No hay datos sobre la presencia de pembrolizumab ya sea en leche animal o humana o sus efectos en niños en lactancia o en la producción de leche. Se sabe que la IgG materna está presente en la leche materna. Se desconocen los efectos de la exposición gastrointestinal local y la exposición sistémica limitada a pembrolizumab en el niño amamantado. Dado el potencial de reacciones adversas serias en niños en lactancia, advierta a las mujeres que no amamenten durante el tratamiento con KEYTRUDA y durante 4 meses después de la última dosis.

Mujeres y hombres en edad reproductiva

Pruebas de embarazo

Verifique la presencia de un embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes de iniciar KEYTRUDA (ver Uso en poblaciones específicas)

Anticoncepción

KEYTRUDA puede causar daño fetal si se administra a mujeres embarazadas (ver Advertencias y Precauciones de Uso, Uso en Poblaciones Específicas). Informar a las mujeres en edad reproductiva que deben utilizar métodos anticonceptivos altamente eficaces durante el tratamiento con KEYTRUDA y durante los 4 meses luego de la última dosis.

Uso pediátrico

La seguridad y la eficacia de KEYTRUDA como agente único, se han establecido en pacientes pediátricos con melanoma, cHL, PMBCL, MCC, cáncer MSI-H o dMMR y cáncer TMB-H. El uso de KEYTRUDA en pacientes pediátricos para estas indicaciones está respaldado por la evidencia de estudios adecuados y bien controlados en adultos con datos farmacocinéticos y de seguridad adicionales en pacientes pediátricos (ver Reacciones adversas, Farmacología clínica y Estudios Clínicos).

Uso geriátrico

De los 3781 pacientes con melanoma, NSCLC, HNSCC o carcinoma urotelial tratados con KEYTRUDA en los estudios clínicos, el 48% tenía 65 años de edad y más, y el 17% tenía 75 años y más. No se han informado diferencias globales en la seguridad y efectividad entre pacientes mayores y pacientes más jóvenes.

TOXICOLOGÍA NO CLÍNICA:

Carcinogénesis, Mutagénesis, Disminución de la fertilidad

No se han llevado a cabo estudios para analizar el potencial de pembrolizumab para la carcinogenicidad o genotoxicidad.

No se han realizado estudios de fertilidad con pembrolizumab. En estudios de toxicología, con dosis repetidas, de 1 mes y 6 meses de duración realizados en monos, no se determinaron efectos notables en los órganos reproductivos de los machos y las hembras; sin embargo, la mayoría de los animales en estos estudios no se encontraban sexualmente maduros.

Toxicología y/o farmacología animal

En modelos animales, la inhibición de la señalización de PD-1/PD-L1 aumentó la gravedad de algunas infecciones y mejoró de las respuestas inflamatorias. Los ratones con PD-1 bloqueado infectados con *Mycobacterium tuberculosis* muestran una disminución marcada de la supervivencia en comparación con los controles de tipo salvaje, lo cual tuvo correlación con el aumento de la proliferación bacteriana y respuestas inflamatorias en estos animales. También se demostró que el bloqueo de PD-1 utilizando un anticuerpo anti-PD-1 de primates exacerba la infección por *M. tuberculosis* en macacos rhesus. Asimismo, los ratones con PD-1/PDL-1 bloqueado y ratones recibiendo anticuerpos bloqueando el PD-L1 han mostrado también una disminución de la supervivencia tras la infección con el virus de la coriomeningitis linfocítica. La administración de pembrolizumab en chimpancés con infección crónica por hepatitis B de origen natural hizo que dos de cuatro animales presentaran aumentos significativos en los niveles de ALAT, ASAT y GGT en suero, que persistieron durante al menos 1 mes después de la suspensión de pembrolizumab.

Experiencia en estudios clínicos

Melanoma

Melanoma sin tratamiento previo con Ipilimumab

Las reacciones adversas que causaron la suspensión permanente de KEYTRUDA en el estudio Keynote 006 se produjeron en el 9% de pacientes. Las reacciones adversas que causaron la interrupción de KEYTRUDA en más de un paciente fueron colitis (1,4%), hepatitis autoinmune (0,7%), reacción alérgica (0,4%), polineuropatía (0,4%) e insuficiencia cardíaca (0,4%). Las reacciones adversas que causaron la interrupción de KEYTRUDA se produjeron en el 21% de los pacientes; la más común ($\geq 1\%$) fue diarrea (2,5%). Otras reacciones de importancia clínica que se produjeron en $\geq 10\%$ de pacientes que recibieron KEYTRUDA fueron diarrea (26%), náuseas (21%) y prurito (17%).

Melanoma refractario a Ipilimumab

En el KEYNOTE-002, el perfil de reacciones adversas fue similar para la dosis de 2 mg/kg y la dosis de 10 mg/kg; por lo tanto, el resumen de los resultados de seguridad se presenta en un análisis combinado (n=357) de ambos grupos de KEYTRUDA. Las reacciones adversas que causaron la discontinuación permanente de KEYTRUDA se produjeron en el 12% de pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las más comunes ($\geq 1\%$) fueron: el deterioro general de la salud física (1%), astenia (1%), disnea (1%), neumonitis (1%) y edema generalizado (1%). Las reacciones adversas que causaron la interrupción de KEYTRUDA se produjeron en el 14% de pacientes; las más comunes ($\geq 1\%$) fueron disnea (1%), diarrea (1%) y erupción maculo-papular (1%).

Tratamiento adyuvante del melanoma resecado Estadio IIB o IIC

Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con melanoma en estadio IIB o IIC fueron similares a las que ocurrieron en 1.011 pacientes con melanoma en estadio III de KEYNOTE-054 o en los 2.799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único.

Tratamiento adyuvante del melanoma resecado Estadio III

La seguridad de KEYTRUDA como agente único se investigó en KEYNOTE-054. Dos pacientes tratados con KEYTRUDA murieron por causas distintas a la progresión de la enfermedad; las causas de muerte fueron la reacción al fármaco con eosinofilia y síntomas sistémicos y miocititis autoinmune con insuficiencia respiratoria. Se produjeron reacciones adversas serias en el 25%

de los pacientes que recibieron KEYTRUDA. En el 14% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA se produjeron reacciones adversas que provocaron una interrupción permanente; los más comunes ($\geq 1\%$) fueron neumonitis (1,4%), colitis (1,2%) y diarrea (1%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 19% de los pacientes; los más comunes ($\geq 1\%$) fueron diarrea (2,4%), neumonitis (2%), aumento de ALAT (1,4%), artralgia (1,4%), aumento de ASAT (1,4%), disnea (1%) y fatiga (1%).

NSCLC

Tratamiento de primera línea de NSCLC no escamoso metastático con pemetrexed y quimioterapia con platino

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 20% de los pacientes. Las reacciones adversas que más comúnmente causaron la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron neumonitis (3%) y lesión renal aguda (2%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 53% de los pacientes; las reacciones adversas más comunes o las anomalías de laboratorio que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (13%), astenia/fatiga (7%), anemia (7%), trombocitopenia (5%), diarrea (4%), neumonía (4%), aumento de la creatinina en sangre (3%), disnea (2%), neutropenia febril (2%), infección del tracto respiratorio superior (2%), ALAT incrementada (2%) y pirexia (2%).

Tratamiento de primera línea de NSCLC escamoso metastático con carboplatino y quimioterapia con paclitaxel o paclitaxel unido a proteínas

La seguridad de KEYTRUDA en combinación con carboplatino y la elección del investigador de paclitaxel o nab-paclitaxel se evaluó en el Estudio KEYNOTE-407. KEYTRUDA se discontinuó por reacciones adversas en el 15% de los pacientes, sin un solo tipo de reacción adversa que representara a la mayoría. Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 43% de los pacientes; los más comunes ($\geq 2\%$) fueron trombocitopenia (20%), neutropenia (11%), anemia (6%), astenia (2%) y diarrea (2%). Las reacciones adversas graves más frecuentes ($\geq 2\%$) fueron neutropenia febril (6%), neumonía (6%) e infección del tracto urinario (3%).

Las reacciones adversas observadas en KEYNOTE-407 fueron similares a las observadas en KEYNOTE-189, con la excepción de que se observó un aumento en la incidencia de alopecia (47% vs 36%) y neuropatía periférica (31% vs 25%) en KEYTRUDA y brazo de quimioterapia comparado con el brazo de placebo y quimioterapia en KEYNOTE-407.

NSCLC previamente sin tratar

La seguridad de KEYTRUDA se investigó en KEYNOTE-042, un ensayo multicéntrico, abierto, aleatorizado (1:1), con control activo en 1251 pacientes con expresión de PD-L1 con NSCLC sin tratamiento previo, en estadio III, que no eran candidatos para resección quirúrgica o quimiorradiación definitiva, o NSCLC metastático.

KEYTRUDA se discontinuó por reacciones adversas en el 19% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes que resultaron en la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron neumonitis (3,0%), muerte por causa desconocida (1,6%) y neumonía (1,4%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 33% de los pacientes; las reacciones adversas más comunes o las anomalías de laboratorio que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neumonitis (3,1%), neumonía (3,0%), hipotiroidismo (2,2%) y aumento de ALAT (2,0%). Las reacciones adversas serias más frecuentes ($\geq 2\%$) fueron neumonía (7%), neumonitis (3,9%), embolia pulmonar (2,4%) y derrame pleural (2,2%).

NSCLC previamente tratado

La seguridad de KEYTRUDA se investigó en el KEYNOTE-010.

En el KEYNOTE-010, el perfil de reacciones adversas fue similar para las dosis de 2 mg/kg y de 10 mg/kg; por lo tanto, el resumen de resultados de seguridad se presenta en un análisis combinado (n=682). El tratamiento se discontinuó debido a reacciones adversas en el 8% de pacientes que recibieron KEYTRUDA. El evento adverso más común que provocó la suspensión permanente de KEYTRUDA fue neumonitis (1,8%). Reacciones adversas causando la interrupción de KEYTRUDA se produjeron en el 23% de pacientes; las más comunes ($\geq 1\%$) fueron diarrea (1%), fatiga (1,3%), neumonía (1%), elevación de enzimas hepáticas (1,2%), disminución del apetito (1,3%) y neumonitis (1%). Otras reacciones adversas clínicamente significativas que se produjeron en los pacientes que recibieron KEYTRUDA fueron fatiga (25%), diarrea (14%), astenia (11%) y pirexia (11%).

Tratamiento neoadyuvante y adyuvante del NSCLC resecable

En la fase neoadyuvante se produjeron reacciones adversas graves en el 34 % de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con quimioterapia que contenía platino como tratamiento neoadyuvante; las reacciones adversas graves más frecuentes ($\geq 2\%$) fueron neumonía (4,8%), tromboembolismo venoso (3,3%) y anemia (2%). Se produjeron reacciones adversas mortales en el 1,3% de los pacientes, incluida muerte por causa desconocida (0,8%), sepsis (0,3%) y enfermedad pulmonar mediada por inmunidad (0,3%).

De los pacientes que recibieron KEYTRUDA como agente único como tratamiento adyuvante, el 14 % experimentó reacciones adversas graves; la reacción adversa grave más frecuente fue la neumonía (3,4%). Se produjo una reacción adversa fatal de hemorragia pulmonar. La interrupción permanente del tratamiento adyuvante con KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 12 % de los pacientes; Las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 1\%$) que llevaron a la interrupción permanente del tratamiento adyuvante con KEYTRUDA fueron diarrea (1,7%), enfermedad pulmonar intersticial (1,4%), aumento de AST (1%) y dolor musculoesquelético (1%).

Tratamiento adyuvante del NSCLC resecao

La seguridad de pembrolizumab como agente único se investigó en KEYNOTE -091, un ensayo multicentrico, aleatorizado (1:1), triple ciego controlado con placebo en pacientes con NSCLC en estadio IB (T2a \geq 4cm), II o IIIA completamente resecao; La quimioterapia adyuvante de hasta 4 ciclos fue opcional (Ver estudios clínicos). Un total de 1161 pacientes recibieron pembrolizumab 200 mg (n=580) o placebo (n=581) cada 3 semanas. Los pacientes no eran elegibles si tenían enfermedad auto inmune activa, tomaban agentes inmunosupresores crónicos o tenían antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial o neumonitis. La mediana de duración de la exposición a pembrolizumab fue de 11,7 meses (Intervalo: 1 día a 18,9 meses). Sesenta y ocho por ciento de los pacientes en el brazo de pembrolizumab estuvieron expuestos a pembrolizumab durante ≥ 6 meses.

Las reacciones adversas observadas en KEYNOTE-091 fueron generalmente similares a las que ocurrieron en otros países con NSCLC que recibieron pembrolizumab como agente único, con la excepción de hipotiroidismo (22%), hipertiroidismo (11%) y neumonitis (7%). Se produjeron dos reacciones adversas fatales de miocarditis.

HNSCC

Tratamiento de primera línea de HNSCC recurrente metastásico o irresecable

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 12% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA como agente único. Las reacciones adversas más comunes que resultaron en la discontinuación permanente de KEYTRUDA fueron sepsis (1,7%) y neumonía (1,3%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 31% de los pacientes; Las reacciones adversas más comunes que conducen a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neumonía (2,3%), neumonitis (2,3%) e hiponatremia (2%).

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 16% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación. Las reacciones adversas más comunes que causaron la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron neumonía (2,5%), neumonitis (1,8%) y shock séptico (1,4%). Las reacciones adversas que llevaron a la discontinuación de KEYTRUDA ocurrieron en el 45% de los pacientes; las reacciones adversas más comunes que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (14%), trombocitopenia (10%), anemia (6%), neumonía (4,7%) y neutropenia febril (2,9%).

HNSCC recurrente o metastásico previamente tratado

KEYTRUDA se discontinuó debido a reacciones adversas en el 17% de los pacientes. Las reacciones adversas serias ocurrieron en el 45% de pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las reacciones adversas serias más frecuentes que se reportaron al menos en el 2% de pacientes fueron neumonía, disnea, estado de confusión, vómitos, derrame pleural e insuficiencia respiratoria. La incidencia de reacciones adversas, incluyendo las reacciones adversas serias, fue similar entre los regímenes de dosificación (10 mg/kg cada 2 semanas o 200 mg cada 3 semanas); por lo tanto, los resultados de seguridad resumidos se proporcionan en un análisis combinado. Las reacciones adversas más comunes (que se presentaron en $\geq 20\%$ de pacientes) fueron fatiga, disminución del apetito y disnea. Las reacciones adversas que se presentaron en pacientes con HNSCC, por lo general, fueron similares a las que se observaron en 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único, con excepción del incremento en la incidencia de edema facial (10% todos los grados; 2,1% Grados 3-4) e hipotiroidismo de nueva aparición o empeorado (Ver Advertencias y Precauciones).

cHL recaído o refractario

Se produjeron reacciones adversas serias en el 30% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las reacciones serias en $\geq 1\%$ incluyeron neumonitis, neumonía, pirexia, miocarditis, insuficiencia renal aguda, neutropenia febril y sepsis. Tres pacientes (2%) murieron por causas distintas a la progresión de la enfermedad: dos por complicaciones después de un HSCT alogénico y una de causa desconocida.

La discontinuación permanente de KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 14% de los pacientes; 7% de los pacientes discontinuaron el tratamiento debido a neumonitis. Interrupción de la dosis de KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 30% de los pacientes. Reacciones adversas que requirieron la interrupción de la dosis en $\geq 3\%$ de los pacientes fueron infección del tracto respiratorio superior, neumonitis, aumento de transaminasas y neumonía.

Treinta y ocho por ciento de los pacientes tuvieron una reacción adversa que requirió tratamiento con corticosteroides sistémicos.

PMBCL

Se produjeron reacciones adversas graves en el 26% de los pacientes. Las reacciones adversas que ocurrieron en >2% de los pacientes incluyeron arritmia (4%), taponamiento cardíaco (2%), infarto de miocardio (2%), derrame pericárdico (2%) y pericarditis (2%). Seis (11%) pacientes murieron dentro de los 30 días del inicio del tratamiento. La discontinuación permanente de KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 8% de los pacientes y la interrupción de la dosis debido a una reacción adversa ocurrió en el 15%. Veinticinco por ciento de pacientes tuvo una reacción adversa que requirió tratamiento con corticosteroides sistémicos.

Carcinoma urotelial

Pacientes con cáncer urotelial en combinación con enfortumab vedotin

Se produjeron reacciones adversas mortales en el 3,9 % de los pacientes tratados con KEYTRUDA en combinación con enfortumab vedotin, incluidas insuficiencia respiratoria aguda (0,7 %), neumonía (0,5 %) y neumonitis/EPI (0,2 %).

Se produjeron reacciones adversas graves en el 50 % de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con enfortumab vedotin. Las reacciones adversas graves en $\geq 2\%$ de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con enfortumab vedotin fueron erupción cutánea (6%), insuficiencia renal aguda (5%), neumonitis/EPI (4,5%), infección del tracto urinario (3,6%), diarrea (3,2%), neumonía (2,3%), pirexia (2%) e hiperglucemia (2%).

La interrupción permanente de KEYTRUDA se produjo en el 27% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes ($\geq 2\%$) que resultaron en la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron neumonitis/EPI (4,8%) y erupción cutánea (3,4%).

Se produjeron interrupciones de la dosis de KEYTRUDA en el 61% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes ($\geq 2\%$) que resultaron en la interrupción de KEYTRUDA fueron erupción cutánea (17%), neuropatía periférica (7%), COVID-19 (5%), diarrea (4,3%), neumonitis/EPI (3,6%), neutropenia (3,4%), fatiga (3%), aumento de la alanina aminotransferasa (2,7%), hiperglucemia (2,5%), neumonía (2%) y prurito (2%).

Pacientes con cáncer urotelial no elegibles para cisplatino en combinación con enfortumab vedotin

Se produjeron reacciones adversas mortales en el 5 % de los pacientes tratados con KEYTRUDA en combinación con enfortumab vedotin, incluida sepsis (1,6 %), dermatitis ampollosa (0,8 %), miastenia gravis (0,8 %) y neumonitis (0,8 %). Se produjeron reacciones adversas graves en el 50 % de los pacientes que recibieron KEYTRUDA y enfortumab vedotin. Las reacciones adversas graves en $\geq 2\%$ de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con enfortumab vedotin fueron insuficiencia renal aguda (7%), infección del tracto urinario (7%), urosepsis (5%), hematuria (3,3%), neumonía (3,3%), neumonitis (3,3%), sepsis (3,3%), anemia (2,5%), diarrea (2,5%), hipotensión (2,5%), miastenia gravis (2,5%), miositis (2,5%) y retención urinaria (2,5%).

La interrupción permanente de KEYTRUDA se produjo en el 32% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes ($\geq 2\%$) que resultaron en la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron neumonitis (5%), neuropatía periférica (5%), erupción cutánea (3,3%) y miastenia gravis (2,5%).

Se produjeron interrupciones de la dosis de KEYTRUDA en el 69% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes ($\geq 2\%$) que resultaron en la interrupción de KEYTRUDA fueron neuropatía periférica (22%), erupción cutánea (17%), neutropenia (7%), fatiga (6%), diarrea (5%), aumento de lipasa (5%), Insuficiencia renal aguda (3,3%), aumento de ALAT (2,5%) y COVID 19 (2,5%).

Pacientes con carcinoma urotelial no aptos para recibir platino

KEYTRUDA se discontinuó debido a reacciones adversas en el 11% de los pacientes. Dieciocho (5%) pacientes murieron por causas distintas a la progresión de la enfermedad. Cinco (1,4%) pacientes que fueron tratados con KEYTRUDA experimentaron sepsis que condujo a la muerte, y 3 (0,8%) pacientes experimentaron neumonía que condujo a la muerte. En el 22% de los pacientes ocurrieron reacciones adversas que condujeron a la interrupción de KEYTRUDA; las más comunes ($\geq 1\%$) fueron: aumento de enzimas hepáticas, diarrea, infección del tracto urinario, insuficiencia renal aguda, fatiga, dolor articular y neumonía. En el 42% de los pacientes ocurrieron reacciones adversas serias. Las reacciones adversas serias más frecuentes ($\geq 2\%$) fueron: infección del tracto urinario, hematuria, daño renal agudo, neumonía y urosepsis. En el 8% de los pacientes ocurrieron reacciones adversas de mecanismo inmunológico que requirieron glucocorticoides sistémicos, en el 8% de los pacientes se requirió el uso de suplementación hormonal debido a reacciones adversas de mecanismo inmunológico, y 5% de los pacientes requirió al menos una dosis equivalente a ≥ 40 mg de prednisona oral.

Carcinoma urotelial previamente tratado

En el 8% de los pacientes KEYTRUDA fue discontinuado debido a reacciones adversas. La reacción adversa más común que condujo a la discontinuación permanente de KEYTRUDA fue neumonitis (1,9%). En el 20% de los pacientes ocurrieron reacciones adversas que condujeron a la interrupción de KEYTRUDA; las más comunes ($\geq 1\%$) fueron: infección del tracto urinario (1,1%), diarrea (1,5%) y colitis (1,1%). En el 39% de los pacientes tratados con KEYTRUDA ocurrieron reacciones adversas serias. Las reacciones adversas serias más frecuentes ($\geq 2\%$) en pacientes tratados con KEYTRUDA fueron: infección del tracto urinario, neumonía, anemia y neumonitis.

NIMIBC de alto riesgo que no responde a BCG

KEYTRUDA se discontinuó debido a reacciones adversas en el 11% de los pacientes. La reacción adversa más frecuente ($>1\%$) que provocó la discontinuación permanente de KEYTRUDA fue la neumonitis (1,4%). Se produjeron reacciones adversas que condujeron a la interrupción de KEYTRUDA en el 22% de los pacientes; los más comunes ($\geq 2\%$) fueron diarrea (4%) e infección del tracto urinario (2%). Se produjeron reacciones adversas graves en el 28% de los pacientes tratados con KEYTRUDA. Las reacciones adversas serias más frecuentes ($\geq 2\%$) en pacientes tratados con KEYTRUDA fueron neumonía (3%), isquemia cardíaca (2%), colitis (2%), embolia pulmonar (2%), sepsis (2%) e infección del tracto urinario (2%).

Inestabilidad microsatelital o deficiencia en la reparación de ADN

Entre los 153 pacientes con CRC MSI-H o dMMR enrolados en KEYNOTE-177 (ver Estudios clínicos) tratados con KEYTRUDA, la mediana de duración de exposición a KEYTRUDA fue de 11,1 meses (rango: 1 día a 30,6 meses). Los pacientes con enfermedad autoinmune o una afección médica que requiriera inmunosupresión no fueron elegibles. Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con CRC MSI-H o dMMR fueron similares a las que ocurrieron en 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único.

Cáncer gástrico

Tratamiento de primera línea del adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica con HER2 positivo localmente avanzado, irreseccable o metastásico

El análisis de seguridad del estudio KEYNOTE-811 incluyó a 217 pacientes con cáncer gástrico positivo para HER2 que recibieron KEYTRUDA 200 mg, trastuzumab y CAPOX (n= 189) o PF (n=28)

cada 3 semanas, en comparación con 216 pacientes que recibieron placebo, trastuzumab y CAPOX (n= 187) o FP (n=29) cada 3 semanas (ver Estudios clínicos).

La mediana de duración de la exposición a KEYTRUDA fue de 5,8 meses (rango: 1 día a 17,7 meses).

Las características de la población fueron: mediana de edad de 63 años (rango: 19 a 84), 43% de 65 años ó más; 81% hombres, 58% blancos, 35% asiáticos y 0,9% negros; 44% ECOG PS de 0 y 56% ECOG PS de 1.

KEYTRUDA y placebo se interrumpieron debido a reacciones adversas en el 6% de los pacientes de cada brazo. La reacción adversa más común que resultó en la suspensión permanente de KEYTRUDA fue neumonitis (1,4%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 58% de los pacientes, Las reacciones adversas ó anomalías de laboratorio más frecuentes que provocaron la interrupción de KEYTRUDA (>2%) fueron neutropenia (18%), trombocitopenia (12%), diarrea (6%), anémia (3,7%) hipopotasemia (3,7%) fatiga /astenia (3,2%), disminución del apetito (3,2%) aumento de ASAT (2,8%), aumento de bilirrubina en sangre (2,8%), neumonía (2,8%), aumento de ALAT 82,3%) y vómitos (2,3%).

En el grupo de KEYTRUDA frente a placebo, hubo una diferencia de incidencia >5% entre los pacientes tratados con KEYTRUDA frente a la atención estándar para la diarrea (53% vs 44%) y náuseas (49% vs 44%). No hubo diferencias clínicamente significativas en la incidencia de toxicidad de Grado 3-4 entre los brazos:

Hubo una diferencia de incidencia > 5% entre los pacientes tratados con KEYTRUDA versus el tratamiento estándar para el aumento de ALAT (34% vs 29%) y el aumento de creatinina (20% vs 10%). No hubo diferencias clínicamente significativas en la incidencia de toxicidad de Grado 3-4 entre los brazos.

Tratamiento de primera línea del adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica con HER2 negativo localmente avanzado irresecable o metastásico.

La interrupción permanente de KEYTRUDA debido a reacciones adversas ocurrió en el 15% de los pacientes. Las reacciones adversas que resultaron en la interrupción permanente de KEYTRUDA en $\geq 1\%$ fueron infecciones (1,8%) y diarrea (1,0%).

Se produjeron interrupciones de la dosificación de KEYTRUDA debido a una reacción adversa en el 65% de los pacientes. Las reacciones adversas o anomalías de laboratorio que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (21%), trombocitopenia (13%), diarrea (5,5%), fatiga (4,8%), infección (4,8%), anemia (4,5%), aumento de AST (4,3%), aumento de ALT (3,8%), aumento de bilirrubina en sangre (3,3%), disminución del recuento de glóbulos blancos (2,2%), náuseas (2%), síndrome de eritrodismetasia palmar-plantar (2%), y vómitos (2%).

Cáncer esofágico

Tratamiento de primera línea del cáncer de esófago/unión gastroesofágica localmente avanzado irresecable o metastásico

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 15% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes que provocaron la discontinuación permanente de KEYTRUDA ($\geq 1\%$) fueron neumonitis (1,6%), lesión renal aguda (1,1%) y neumonía (1,1%). Las reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 67% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes que provocaron la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (19%), fatiga/astenia (8%), disminución del recuento de glóbulos blancos (5%), neumonía (5%), disminución del apetito (4,3%), anemia (3,2%), aumento de creatinina en sangre (3,2%), estomatitis (3,2%), malestar (3,0%), trombocitopenia (3%), neumonitis (2,7%), diarrea (2,4%), disfagia (2,2 %) y náuseas (2,2%).

Cáncer esofágico metastásico o recurrente localmente avanzado previamente tratados

Entre los 314 pacientes con cáncer de esófago enrolados en KEYNOTE-181 las reacciones adversas que ocurrieron fueron similares a las que sucedieron en los 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único.

Cáncer cervicalCáncer cervical en estadio III-IVA FIGO 2014 con quimiorradioterapia

Se produjeron reacciones adversas graves en el 30 % de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con quimiorradioterapia. Las reacciones adversas graves que ocurrieron en $\geq 1\%$ de los pacientes incluyeron infección del tracto urinario (2,7%), urosepsis (1,4%) y sepsis (1%). KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 7% de los pacientes. La reacción adversa más común ($\geq 1\%$) que provocó la interrupción permanente fue diarrea (1%).

Se produjeron reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA en el 43% de los pacientes; Las reacciones adversas más comunes que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron anemia (8%), COVID 19 (6%), prueba positiva de SARS CoV 2 (3,1%), disminución del recuento de neutrófilos (2,7%), diarrea (2,7%), infección del tracto urinario (2,7%) y aumento de ALT (2,4%).

Cáncer cervical persistente recurrente o metastásico

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 15% de los pacientes. La reacción adversa más frecuente que resultó en la discontinuación permanente de KEYTRUDA (2:1%) fue colitis (1%).

Cáncer cervical recurrente o metastásico tratado previamente

KEYTRUDA se suspendió debido a reacciones adversas en el 8% de las pacientes. Se produjeron reacciones adversas serias en el 39% de las pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las reacciones adversas serias más frecuentes informadas incluyeron: anemia (7%), fístula (4,1%), hemorragia (4,1%) e infecciones (4,1%).

HCC

Las reacciones adversas que se produjeron en pacientes con HCC fueron generalmente similares a las de los pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único, con la excepción del aumento de la incidencia de ascitis (8%, grados 3-4) y hepatitis de mecanismo inmunológico (2,9%). Las anomalías de laboratorio (grados 3-4) que se produjeron con una mayor incidencia fueron incremento de ASAT (20%), ALAT (9%) e hiperbilirrubinemia (10%).

BTC

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 15% de los pacientes. La reacción adversa más común resultó en la interrupción permanente de KEYTRUDA ($\geq 1\%$) fue neumonitis (1,3%). Se produjeron reacciones adversas que condujeron a la interrupción de KEYTRUDA en el 55% de los pacientes. Las reacciones adversas o anomalías de laboratorio más comunes que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron disminución del recuento de neutrófilos (18%), disminución del recuento de plaquetas (10%), anemia (6%), disminución del recuento de glóbulos blancos (4%), pirexia (3,8%), fatiga (3,0%), colangitis (2,8%), aumento de ALT (2,6%), aumento de AST (2,5%) y obstrucción biliar (2,3%).

En los brazos de KEYTRUDA más quimioterapia versus placebo más quimioterapia, hubo una

diferencia de $\geq 5\%$ de incidencia en las reacciones adversas entre los pacientes tratados con KEYTRUDA versus placebo para la pirexia (26% versus 20%), erupción cutánea (21% versus 13%), prurito (15% frente a 10%) e hipotiroidismo (9% frente a 2,6%). No hubo diferencias clínicamente significativas en la incidencia de toxicidad de grado 3-4 entre los brazos.

Hubo una diferencia de $\geq 5\%$ de incidencia en anomalías de laboratorio entre los pacientes tratados con KEYTRUDA más quimioterapia versus placebo más quimioterapia para la disminución de linfocitos (69 % frente a 61 %). No hubo diferencias clínicamente significativas en la incidencia de toxicidad de grado 3-4 entre los brazos.

MCC

Entre los 50 pacientes con MCC enrolados en KEYNOTE-017 (ver Estudios Clínicos), la mediana de duración de la exposición a KEYTRUDA fue de 6,6 meses (rango de 1 día a 23,6 meses). Los pacientes con enfermedad autoinmune o una afección médica que requirió inmunosupresión no fueron elegibles. Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con MCC fueron similares a las que ocurrieron en los 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único.

Las anomalías de laboratorio (grados 3-4) que se produjeron con una mayor incidencia fueron elevación de ASAT (11%) e hiperglucemia (19%).

RCC

En combinación con axitinib en el tratamiento de primera línea de RCC avanzado

Se produjeron reacciones adversas fatales en el 3,3% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con axitinib. Estos incluyeron 3 casos de paro cardíaco, 2 casos de embolia pulmonar y 1 caso de insuficiencia cardíaca, muerte por causa desconocida, miastenia grave, miocarditis, gangrena de Fournier, mieloma de células plasmáticas, derrame pleural, neumonitis e insuficiencia respiratoria.

Se produjeron reacciones adversas serias en el 40% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con axitinib. Las reacciones adversas serias en $\geq 1\%$ de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con axitinib incluyeron hepatotoxicidad (7%), diarrea (4,2%), lesión renal aguda (2,3%), deshidratación (1%) y neumonitis (1%).

La discontinuación permanente debida a una reacción adversa de KEYTRUDA o axitinib ocurrió en el 31% de los pacientes; El 13% sólo con KEYTRUDA, el 13% sólo con axitinib y el 8% con ambos fármacos. La reacción adversa más común ($> 1\%$) que resultó en la interrupción permanente de KEYTRUDA, axitinib o la combinación fue hepatotoxicidad (13%), diarrea/colitis (1,9%), lesión renal aguda (1,6%) y accidente cerebrovascular (1,2%).

Ocurrieron interrupciones o reducciones de la dosis debido a una reacción adversa, excluyendo interrupciones temporales de las infusiones de KEYTRUDA debidas a reacciones relacionadas con la perfusión, en el 76% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con axitinib. Esto incluye la interrupción de KEYTRUDA en el 50% de los pacientes. Axitinib se interrumpió en el 64% de los pacientes y la dosis se redujo en el 22% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes ($> 10\%$) que resultaron en la interrupción de KEYTRUDA fueron hepatotoxicidad (14%) y diarrea (11%), y las reacciones adversas más comunes ($> 10\%$) que resultaron en interrupción o reducción de axitinib fueron hepatotoxicidad (21%), diarrea (19%) e hipertensión (18%).

Las reacciones adversas más comunes ($\geq 20\%$) en pacientes que recibieron KEYTRUDA y axitinib fueron diarrea, fatiga/astenia, hipertensión, hipotiroidismo, disminución del apetito, hepatotoxicidad, eritrodisestesia palmo-plantar, náuseas, estomatitis/ inflamación de las mucosas, disfonía, erupción, tos y constipación.

Veintisiete por ciento (27%) de los pacientes tratados con KEYTRUDA en combinación con axitinib recibieron una dosis oral de prednisona equivalente a ≥ 40 mg diarios por una reacción adversa inmunitaria.

En combinación con lenvatinib en el tratamiento de primera línea de RCC avanzado

Se produjeron reacciones adversas mortales en el 4,3% de los pacientes tratados con KEYTRUDA en combinación con lenvatinib, incluyendo paro cardiorrespiratorio (0,9%), sepsis (0,9%) y un caso (0,3%) de arritmia, hepatitis autoinmune, disnea, crisis hipertensiva, aumento de creatinina en sangre, síndrome de disfunción multiorgánica, síndrome miasténico, miocarditis, nefritis, neumonitis, rotura aneurisma y hemorragia subaracnoidea.

Se produjeron reacciones adversas graves en el 51% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA y lenvatinib. Las reacciones adversas graves en $\geq 2\%$ de los pacientes fueron eventos hemorrágicos (5%), diarrea (4%), hipertensión (3%), infarto de miocardio (3%), neumonitis (3%), vómitos (3%), lesión renal aguda (2%), insuficiencia suprarrenal (2%), disnea (2%) y neumonía (2%).

La interrupción permanente de KEYTRUDA, lenvatinib o ambos debido a una reacción adversa ocurrió en el 37% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con lenvatinib; 29% solo KEYTRUDA, 26% solo lenvatinib y 13% ambos. Las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 2\%$) que dieron lugar a la interrupción permanente de KEYTRUDA, lenvatinib o la combinación fueron neumonitis (3%), infarto de miocardio (3%), hepatotoxicidad (3%), lesión renal aguda (3%), erupción cutánea (3%) y diarrea (2%).

Se produjeron interrupciones de la dosis de KEYTRUDA, lenvatinib o ambos debido a una reacción adversa en el 78% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con lenvatinib. KEYTRUDA se interrumpió en el 55% de pacientes y ambos fármacos se interrumpieron en el 39% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 3\%$) que provocaron la interrupción de KEYTRUDA fueron diarrea (10%), hepatotoxicidad (8%), fatiga (7%), aumento de lipasa (5%), aumento de amilasa (4%), dolor musculoesquelético (3%), hipertensión (3%), erupción cutánea (3%), lesión renal aguda (3%) y disminución del apetito (3%).

Tratamiento adyuvante del RCC

Se produjeron reacciones adversas severas en el 20% de estos pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las reacciones adversas severas ($\geq 1\%$) fueron lesión renal aguda, insuficiencia suprarrenal, neumonía, colitis y cetoacidosis diabética (1% cada una). Se produjeron reacciones adversas mortales en el 0,2% de los tratados con KEYTRUDA, incluido un caso de neumonía.

La discontinuación de KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 21% de los pacientes; los más comunes ($\geq 1\%$) fueron el aumento de ALAT (1,6%), colitis (1%) e insuficiencia suprarrenal (1%).

Se produjeron interrupciones de la dosis de KEYTRUDA debido a una reacción adversa en el 26% de los pacientes; las más comunes ($\geq 1\%$) fueron aumento de ASAT (2,3%), artralgia (1,6%), hipotiroidismo (1,6%), diarrea (1,4%), aumento de ALAT (1,4%), fatiga (1,4%), erupción cutánea, disminución del apetito y vómitos (1% cada uno).

Carcinoma endometrial

En combinación con lenvatinib para el tratamiento de carcinoma endometrial avanzado que es pMMR o no MSI-H

Se produjeron reacciones adversas mortales entre estos pacientes en el 4,7% de los tratados con KEYTRUDA y lenvatinib, incluidos 2 casos de neumonía y 1 caso de los siguientes: lesión renal

aguda, infarto agudo de miocardio, colitis, disminución del apetito, perforación intestinal, hemorragia digestiva baja, obstrucción gastrointestinal maligna, síndrome de disfunción multiorgánica, síndrome mielodisplásico, embolia pulmonar y disfunción ventricular derecha. Se produjeron reacciones adversas graves en el 50% de estos pacientes que recibieron KEYTRUDA y lenvatinib. Las reacciones adversas graves ($\geq 3\%$) fueron hipertensión (4,4%) e infecciones del tracto urinario (3,2%).

La interrupción de KEYTRUDA debido a una reacción adversa ocurrió en el 15% de estos pacientes. La reacción adversa más común que llevó a la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 1\%$) fue el aumento de ALAT (1,2%).

En el 48% de estos pacientes se produjeron interrupciones de la dosis de KEYTRUDA debido a una reacción adversa. Las reacciones adversas más frecuentes que provocaron la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 3\%$) fueron diarrea (8%), aumento de ALAT (4,4%), aumento de ASAT (3,8%) e hipertensión (3,5%).

Como agente único para el tratamiento del carcinoma endometrial avanzado de MSI-H o dMMR

Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con carcinoma de endometrio fueron similares a las que ocurrieron en 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratadas con pembrolizumab como agente único.

Cáncer de TMB-H

La seguridad de KEYTRUDA se investigó en 105 pacientes con cáncer TMB-H enrolados en KEYNOTE- 158 (Ver Estudios Clínicos). La mediana de la duración de la exposición a KEYTRUDA fue de 4,9 meses (rango: 0,03 a 35,2 meses). Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con cáncer TMB-H fueron similares a las que ocurrieron en pacientes con otros tumores sólidos que recibieron KEYTRUDA como agente único.

cSCC

Entre los 105 pacientes con cSCC enrolados en KEYNOTE-629 (Ver Estudios Clínicos), la mediana de la duración de la exposición a KEYTRUDA fue de 5,8 meses (rango de 1 día a 16,1 meses). Los pacientes con enfermedad autoinmunitaria o una afección médica que requiriera corticosteroides sistémicos u otros medicamentos inmunosupresores no fueron elegibles. Las reacciones adversas que ocurrieron en pacientes con cSCC fueron similares a las que ocurrieron en 2799 pacientes con melanoma o NSCLC tratados con KEYTRUDA como agente único. Las anormalidades de laboratorio (grados 3-4) que ocurrieron con una incidencia mayor incluyeron linfopenia (11%).

TNBC

Tratamiento neoadyuvante y adyuvante de TNBC en estadio temprano de alto riesgo

Se produjeron reacciones adversas mortales en el 0,9% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA, incluidos uno de crisis suprarrenal, encefalitis autoinmune, hepatitis, neumonía, neumonitis, embolia pulmonar y sepsis en asociación con síndrome de disfunción multiorgánica e infarto de miocardio.

Se produjeron reacciones adversas graves en el 44% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA. Las reacciones adversas graves en $\geq 2\%$ de los pacientes que recibieron KEYTRUDA incluyeron neutropenia febril (15%), pirexia (3,7%), anemia (2,6%) y neutropenia (2,2%).

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 20% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes ($\geq 1\%$) que dieron lugar a la interrupción permanente de KEYTRUDA fueron aumento de ALAT (2,7%), aumento de ASAT (1,5%) y erupción cutánea (1%). Las

reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA ocurrieron en el 57% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes que provocaron la interrupción de KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (26%), trombocitopenia (6%), aumento de ALAT (6%), aumento de ASAT (3,7%), anemia (3,5%), erupción (3,2%), neutropenia febril (2,8%), leucopenia (2,8%), infección del tracto respiratorio superior (2,6%), pirexia (2,2%) y fatiga (2,1%).

TNBC localmente recurrente irresecable o metastásico

Se produjeron reacciones adversas fatales en el 2,5% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con quimioterapia, incluyendo paro cardiorrespiratorio (0,7%) y shock séptico (0,3%).

Se produjeron reacciones adversas graves en el 30% de los pacientes que recibieron KEYTRUDA en combinación con paclitaxel, paclitaxel unido a proteínas o gemcitabina y carboplatino. Las reacciones adversas graves en $\geq 2\%$ de los pacientes fueron neumonía (2,9%), anemia (2,2%) y trombocitopenia (2%).

KEYTRUDA se suspendió por reacciones adversas en el 11% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes que llevaron a la discontinuación permanente de KEYTRUDA ($\geq 1\%$) fueron un aumento de ALAT (2,2%), aumento de ASAT (1,5%) y neumonitis (1,2%). Reacciones adversas que llevaron a la interrupción de KEYTRUDA se produjeron en el 50% de los pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes que condujeron a la interrupción del tratamiento KEYTRUDA ($\geq 2\%$) fueron neutropenia (22%), trombocitopenia (14%), anemia (7%), aumento de ALAT (6%), leucopenia (5%), aumento de ASAT (5%), disminución del recuento de glóbulos blancos (3,9%) y diarrea (2%).

Inmunogenicidad

La incidencia observada de anticuerpos antidrogas (ADA) depende en gran medida de la sensibilidad y especificidad del ensayo. Las diferencias en los métodos de ensayo impiden realizar comparaciones significativas de la incidencia de ADA en los estudios descritos en esta sección con la incidencia de ADA en otros estudios, incluidos los de KEYTRUDA u otros productos de pembrolizumab.

Los niveles mínimos de pembrolizumab interfieren con los resultados del ensayo electroquimioluminiscente (ECL); por lo tanto, se realizó un análisis de subconjunto en los pacientes tratados con KEYTRUDA con una concentración de pembrolizumab por debajo del nivel de tolerancia al fármaco del ensayo ADA.

En estudios clínicos en pacientes tratados con KEYTRUDA en una dosis de 2 mg/kg cada 3 semanas, 200 mg cada 3 semanas o 10 mg/kg cada 2 o 3 semanas, 27 (2,1%) de 1289 pacientes evaluables dieron positivo para los anticuerpos antipembrolizumab emergentes del tratamiento, de los cuales seis (0,5%) pacientes tenían anticuerpos neutralizantes contra pembrolizumab. No se identificaron efectos clínicamente significativos de ADA sobre la farmacocinética de pembrolizumab o sobre el riesgo de reacciones a la infusión. Debido a la baja incidencia de ADA, se desconoce el efecto de estos ADA sobre la eficacia de KEYTRUDA.

SOBREDOSIS:

En caso de sobredosis, los pacientes deben ser monitorizados de cerca para signos y síntomas de reacciones adversas, donde eventualmente se aplicará el tratamiento sintomático apropiado. Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247 - 0800-444-8694. Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648 - 4658-7777.

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:

Conservar entre 2°C - 8°C. Proteger de la luz. No congelar. No agitar.

Para las condiciones de almacenamiento luego de la dilución, ver: Posología y Forma de administración

Antes de prescribir KEYTRUDA®, consulte la información para prescribir completa.

Fecha de Última revisión: 5/12/2024