

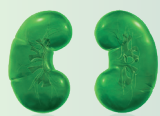
KEYTRUDA®

(pembrolizumab) Solución para Infusión 100 mg

Confianza en cada prescripción,
con un respaldo de robusta evidencia
científica para sus pacientes.¹

Indicaciones

incluidas en PAMI.²



Carcinoma de Células Renales

Primera línea en combinación



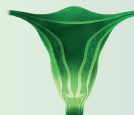
Cáncer de Mama Triple Negativo

Primera línea en combinación



Cáncer Colorrectal MSI-H/dMMR

Primera línea



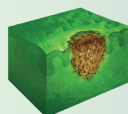
Cáncer cervical

Segunda línea monoterapia



Cáncer ligado a Inestabilidad Microsatelital

o a Deficiencia en la reparación del ADN



Melanoma

Enfermedad Avanzada



Cáncer de Pulmón

de Células No Pequeñas Metastásico
– No Escamoso y Escamoso
Primera línea



Cáncer de Pulmón

de Células No Pequeñas Metastásico
– No Escamoso y Escamoso
Segunda línea



Cáncer de Cabeza y Cuello

Segunda línea monoterapia



Carcinoma Urotelial

Segunda línea monoterapia

Antes de prescribir KEYTRUDA®, escanee los códigos QRs y consulte la siguiente información:



Información
para prescribir
KEYTRUDA®



Información seleccionada
de seguridad KEYTRUDA®

Referencias:

1. Información para prescribir de KEYTRUDA® para Argentina
2. Resoluciones PAMI 2016, 2023 y 2024.

Abreviaturas:

1L: Primera línea; ALK: Cinasa de linfoma anaplásico; CPCNP: Cáncer de pulmón de células no pequeñas; CPS: escala combinada positiva; dMMR: Deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento; EGFR: Receptor del factor de crecimiento epidérmico; HNSCC: Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello; MSI-H: Inestabilidad microsatelital alta; PD-L1: Ligando del Receptor de Muerte Programada-1; TPS: Porcentaje de expresión tumoral de PD-L1.

Con un click podrá realizar la prescripción de KEYTRUDA®

Elige recetar por marca comercial? ☒

KEYTRUDA

KEYTRUDA



Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Metastásico - No Escamoso y Escamoso - 1L

Indicado en pacientes con CPCNP metastásico cuyo tumor tiene alta expresión de PD-L1 (TPS $\geq$ 50 %) determinado por un test validado, y sin alteraciones genómicas EGFR o ALK.



Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Metastásico - No Escamoso y Escamoso - 2L

Indicado en pacientes con CPCNP metastásico cuyo tumor expresa PD-L1 (TPS del PD-L1 1 %-49 %) determinado por un test validado y que recibieron quimioterapia basada en platino. Los pacientes con alteraciones genómicas EGFR o ALK deberán haber recibido tratamiento aprobado para estas alteraciones antes de recibir KEYTRUDA®.



Carcinoma de Células Renales

Indicado en pacientes con carcinoma renal de células claras metastásico en combinación con axitinib en 1L.



Cáncer de Mama Triple Negativo

Indicado en combinación con quimioterapia para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama triple negativo recurrente irresecable o metastásico cuyos tumores expresen PD-L1 (CPS $\geq$ 10).



Cáncer Colorrectal MSI-H/dMMR

Indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal (CRC, por sus siglas en inglés) MSI-H o dMMR irresecable o metastásico.



Cáncer Cervical

Indicado como agente único 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.



Cáncer de cabeza y cuello

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



Melanoma

- Indicado en pacientes con melanoma irresecable o metastásico.
- Indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con diagnóstico de melanoma en MI con afectación ganglionar que han sido sometidos a una resección total.



Cáncer ligado a Inestabilidad Microsatelital o a Deficiencia en la Reparación del ADN

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

- Tumores sólidos que hayan progresado después de un tratamiento previo y que no tuvieran opciones de tratamiento alternativas satisfactorias.

Aprobado en PAMI para: ENDOMETRIO - DUODENO - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - VÍA BILIAR



Carcinoma Urotelial

Indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico 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.