



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Disposición

Número:

Referencia: EX-2022-24684871-APN-DGA#ANMAT

VISTO el EX-2022-24684871-APN-DGA#ANMAT del Registro de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la firma NOVARTIS ARGENTINA S.A., solicita la aprobación de nuevos proyectos de prospecto e información para el paciente para la Especialidad Medicinal denominada KISQALI (R) / RIBOCICLIB, Forma farmacéutica y concentración: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, RIBOCICLIB 200 mg; aprobado por Certificado N° 58.397.

Que los proyectos presentados se adecuan a la normativa aplicable Ley 16.463, Decreto N° 150/92 y Disposiciones N°: 5904/96 y 2349/97, Circular N° 004/13.

Que por Disposición A.N.M.A.T. N° 680/13 se adoptó el SISTEMA DE GESTION ELECTRONICA CON FIRMA DIGITAL para el trámite de SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (REM) encuadrada en el Artículo 3° del Decreto N° 150/92 (t.o. 1993) para ingredientes activos (IFA'S) de origen sintético y semisintético, otorgándose certificados firmados digitalmente.

Que la Dirección de Evaluación y Registro de Medicamentos, ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el Decreto N° 1.490/92 y sus modificatorios.

Por ello;

EL ADMINISTRADOR NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL

DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA

DISPONE:

ARTICULO 1º.- Autorízase a la firma NOVARTIS ARGENTINA S.A., propietaria de la Especialidad Medicinal denominada KISQALI (R) / RIBOCICLIB, Forma farmacéutica y concentración: COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, RIBOCICLIB 200 mg; el nuevo proyecto de prospecto obrante en los documentos: IF-2022-94403305-APN-DERM#ANMAT; y los nuevos proyectos de información para el paciente obrantes en los documentos: IF-2022-94403341-APN-DERM#ANMAT.

ARTICULO 2º.- Extiéndase por la Dirección de Gestión de Información Técnica, el Certificado actualizado N° 58.397 consiguando lo autorizado por el artículo precedente, cancelándose la versión anterior.

ARTICULO 3º. - Regístrese; por el Departamento de Mesa de Entradas notifíquese al interesado, haciéndole entrega de copia autenticada de la presente Disposición, con los proyectos de prospectos e información para el paciente. Gírese a la Dirección de Gestión de Información Técnica a sus efectos. Cumplido, archívese.

EX-2022-24684871-APN-DGA#ANMAT

Jfs-nm

Digitally signed by GARAY Valéria Teresa
Date: 2022.10.12 12:25:07 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.10.12 12:25:20 -03:00

PROYECTO DE PROSPECTO

Novartis

KISQALI™ RIBOCICLIB

Comprimidos recubiertos
Venta bajo receta archivada

FÓRMULA

Cada comprimido recubierto de Kisqali™ 200 mg contiene:

Ribociclib (como succinato de ribociclib 254,40 mg)200 mg

Excipientes:

Núcleo: celulosa microcristalina 67,44 mg; hidroxipropilcelulosa 48,12 mg; crospovidona (tipo A) 42,04 mg; estearato de magnesio 14,82 mg; sílice coloidal anhidra 3,18 mg.

Cubierta: alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado 7,828 mg; dióxido de titanio (E171) 5,377 mg; óxido de hierro negro (E172) 0,080 mg; óxido de hierro rojo (E172) 0,047 mg; talco 3,44 mg; lecitina de soja (E322) 0,344 mg; goma xanthan 0,083 mg.

ACCIÓN TERAPEÚTICA

Agente antineoplásico, inhibidor directo de la protein-quinasa. Código ATC: L01EF02.

INDICACIONES

KISQALI™ es un inhibidor de quinasas indicado en combinación con:

- Un inhibidor de aromatasas para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico con positividad a receptores hormonales (HR+) y negatividad al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2-), como terapia endócrina inicial; o
- Fulvestrant para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas o de varones con cáncer de mama avanzado o metastásico con HR-positivo y HER2-negativo, como terapia endócrina inicial o después de la progresión de la enfermedad con terapia endócrina.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES

Mecanismo de acción

Ribociclib es un inhibidor selectivo de las cinasas ciclino-dependientes (CDK) 4 y 6. Estas cinasas se activan al unirse a las ciclinas D y desempeñan una función crucial en las vías de transducción de señales que conducen a la progresión del ciclo celular y la proliferación celular. Los complejos ciclina D-CDK4/6 regulan la progresión del ciclo celular a través de la fosforilación de la proteína asociada al retinoblastoma (pRb).

In vitro, ribociclib reduce la fosforilación de la pRb y conduce a la detención del ciclo celular en la fase G1 y a una menor proliferación celular en líneas celulares de cáncer de mama. *In vivo*, la monoterapia con ribociclib produjo regresiones tumorales que se correlacionaban con la inhibición de la fosforilación de la pRb en dosis que eran bien toleradas.

Estudios *in vivo* en los que se usaron modelos de xenoinjerto de tumor mamario con positividad de receptores estrogénicos derivado de pacientes, la combinación de ribociclib con antiestrógenos (como letrozol) produjo una inhibición del crecimiento del tumor superior a la de las respectivas monoterapias. No volvió a observarse crecimiento del tumor hasta 33 días después de haber suspendido la biterapia. Adicionalmente, se evaluó la actividad antitumoral *in vivo* de la combinación de ribociclib con fulvestrant en ratones inmunodeficientes que portaban los xenoinjertos de cáncer de mama humano ZR751 ER+. La combinación de ribociclib y fulvestrant

dio como resultado una inhibición completa del crecimiento tumoral.

Propiedades farmacodinámicas

En ensayos bioquímicos, ribociclib inhibe los complejos enzimáticos CDK4/ciclina-D1 y CDK6/ciclina-D3 con valores de CI_{50} (concentración que produce una inhibición del 50%) de 0,01 μM (4,3 ng/ml) y 0,039 μM (16,9 ng/ml), respectivamente.

En ensayos en células, ribociclib inhibe la fosforilación de la pRb dependiente de la CDK4/6 con una CI_{50} promedio de 0,06 μM (26 ng/ml). Ribociclib detiene la progresión de la fase G1 a la fase S del ciclo celular, medida por citometría de flujo, con una CI_{50} promedio de 0,11 μM (47,8 ng/ml). Ribociclib también inhibe la proliferación celular, medida a través de la captación de bromodesoxiuridina (BrdU), con una CI_{50} de 0,8 μM (34,8 ng/ml). Los valores similares de CI_{50} obtenidos en los ensayos de modulación de la diana, de progresión del ciclo celular y de proliferación celular confirman que el bloqueo de la fosforilación de la pRb por parte de ribociclib interrumpe directamente la transición de la fase G1 a la fase S, con la consiguiente inhibición de la proliferación celular. Ensayos realizados en diversas líneas celulares de cáncer de mama con estado conocido de receptores estrogénicos revelaron que ribociclib es más eficaz en líneas celulares con positividad de receptores estrogénicos (RE+) que en líneas celulares con negatividad de dichos receptores (RE-). En los modelos preclínicos ensayados hasta ahora, se requirió la pRb intacta para la actividad de ribociclib.

Electrofisiología cardíaca

Se obtuvieron electrocardiogramas (ECG) en serie por triplicado después de administraciones únicas y en el estado estacionario para evaluar el efecto de ribociclib sobre el intervalo QTc en pacientes con cáncer avanzado. Se realizó un análisis farmacocinético-farmacodinámico en 997 pacientes que recibieron dosis de 50 a 1200 mg de ribociclib. El análisis reveló que ribociclib prolonga, de forma dependiente de la concentración, el QTc. La variación media estimada del QTcF con respecto al inicio para Kisqali™ 600 mg en combinación con IANE o fulvestrant fue de 22,00 ms (IC del 90%: 20,56; 23,44) y 23,7 ms (90% CI: 22,31; 25,08), respectivamente, en la media geométrica $C_{m\acute{a}x}$ en el estado estacionario en comparación con 34,7 ms (IC del 90%: 31,64; 37,78) en combinación con tamoxifeno (ver “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES”).

Propiedades farmacocinéticas

La farmacocinética de ribociclib se investigó en pacientes con cáncer avanzado que habían recibido dosis diarias orales de 50 a 1200 mg. Los sujetos sanos recibieron una sola dosis oral diaria de 400 o 600 mg o dosis orales de 400 mg una vez al día de forma repetida (durante 8 días).

Absorción

Tras la administración oral de Kisqali™ a pacientes con tumores sólidos avanzados o con linfomas, ribociclib alcanza su concentración máxima ($C_{m\acute{a}x}$) en 1 a 4 horas ($t_{m\acute{a}x}$).

La biodisponibilidad media geométrica absoluta de ribociclib después de una dosis oral única de 600 mg fue del 65,8% en sujetos sanos. La exposición a ribociclib ($C_{m\acute{a}x}$ y AUC) aumentaba de forma ligeramente supraproporcional a la dosis en la gama posológica estudiada (50 a 1200 mg). Con la administración repetida una vez al día, el estado estacionario por lo general se alcanza al cabo de 8 días y ribociclib se acumula con una media geométrica del índice de acumulación de 2,51 (intervalo: 0,972 a 6,40).

Efecto de los alimentos

En comparación con el estado de ayuno, la administración oral de una sola dosis de 600 mg de ribociclib en comprimidos recubiertos con una comida rica en grasas y calorías no afecta la velocidad ni el grado de absorción de ribociclib (CMG de la $C_{m\acute{a}x}$: 1,00; IC del 90%: 0,898; 1,11; CMG del $AUC_{0-\infty}$: 1,06; IC del 90%: 1,01; 1,12) (ver "PRECAUCIONES").

Distribución

La unión de ribociclib a proteínas del plasma humano *in vitro* es de alrededor del 70% e independiente de la concentración (en la gama de 10-10000 ng/mL). Ribociclib se distribuye equitativamente entre los eritrocitos y el plasma, con una proporción sangre/plasma media *in vivo* de 1,04. El volumen aparente de distribución en el estado estacionario (V_{ss}/F) es de 1090 L, según el análisis farmacocinético poblacional.

Biotransformación y metabolismo

Estudios *in vitro* e *in vivo* indican que ribociclib se metaboliza de forma extensa en el hígado, principalmente a través de la isoforma CYP3A4 en el ser humano. Tras la administración oral de una sola dosis de 600 mg de [^{14}C] ribociclib a seres humanos, las vías metabólicas principales de ribociclib implican la formación de metabolitos de fase I por oxidación (desalquilación, C- o N-oxigenación, oxidación [-2H] y combinaciones de las mismas). Los conjugados de fase II de ribociclib se forman por N-acetilación, sulfatación, conjugación con cisteína, glucosilación y glucuronidación. Ribociclib es la entidad farmacológica más importante en el plasma (43,5%). Los metabolitos circulantes principales son M13 (CCI284, obtenido por N-hidroxilación), M4 (LEQ803, obtenido por N-desmetilación) y M1 (glucurónido secundario); cada uno representa aproximadamente el 9,39%, 8,60% y 7,78% de la radioactividad total y el 21,6%, 19,8% y 17,9% de la exposición al ribociclib, respectivamente. La actividad clínica (farmacológica y toxicológica) de ribociclib se atribuye fundamentalmente al fármaco original; la contribución de los metabolitos circulantes es desdeñable.

Ribociclib se metaboliza extensamente; el fármaco inalterado representa el 17,3% y el 12,1% de la dosis administrada en las heces y la orina, respectivamente. El LEQ803 es un metabolito importante en los excrementos y constituye alrededor del 13,9% y 3,74% de la dosis administrada en las heces y la orina, respectivamente. Se han detectado cantidades menores de muchos otros metabolitos en las heces y la orina ($\leq 2,78\%$ de la dosis administrada).

Eliminación

La media geométrica de la vida media efectiva en el plasma (según el índice de acumulación) es de 32,0 horas (CV del 63%) y la media geométrica de la depuración oral aparente (CL/F), de 25,5 L/h (CV del 66%) en el estado estacionario con la dosis de 600 mg (una vez al día) en pacientes con cáncer avanzado. La media geométrica de la vida media terminal aparente ($T_{1/2}$) de ribociclib en el plasma variaba entre 29,7 y 54,7 horas, y la media geométrica de la CL/F de ribociclib, entre 39,9 y 77,5 L/h con la dosis de 600 mg en sujetos sanos de diversos estudios.

Ribociclib se elimina principalmente por vía fecal y en menor grado por vía renal. En 6 varones sanos que recibieron una sola dosis oral de [^{14}C] ribociclib, el 91,7% de la dosis radioactiva total administrada se recuperaba en 22 días, mayormente en las heces (69,1%) y en menor grado en la orina (22,6%).

Linealidad/ no linealidad

La exposición al ribociclib ($C_{m\acute{a}x}$ y AUC) aumenta de forma ligeramente supraproporcional a la dosis en la gama posológica de 50 a 1200 mg tras administraciones únicas o repetidas. Este análisis está limitado por el tamaño de muestra pequeño de la mayoría de las cohortes posológicas; la mayor parte de los datos provienen de la cohorte de 600 mg.

Poblaciones especiales

Disfunción renal

El efecto de la función renal en la farmacocinética de ribociclib también se evaluó en un estudio de insuficiencia renal en sujetos sin cáncer, que incluyó 14 sujetos con función renal normal (tasade filtración glomerular absoluta (FGa) ≥ 90 mL/min), 8 sujetos con insuficiencia renal leve (FGa 60 a < 90 mL/min), 6 sujetos con insuficiencia renal moderada (FGa 30 a < 60 mL/min), 7 sujetos con insuficiencia renal grave (FGa 15 a < 30 mL/min) y 3 sujetos con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) (FGa < 15 mL/min) a una dosis oral única de 400 mg / día de ribociclib.

En los sujetos con insuficiencia renal normal, leve, moderada, grave y ESRD, la media geométrica AUC_{inf} (% geométrico CV, n) fue de 4100 ng*hr/mL (53,2%; 14), 6650 ng*hr/mL (36,4%; 8), 7960 ng*hr/mL (45,8%; 6), 10900 ng*hr/mL (38,1%; 7), 13600 ng*hr/mL (20,9%; 3), respectivamente, y C_{max} (% geométrico CV, n) fue de 234 ng/mL (58,5%; 14), 421 n/ mL (31,6%; 8), 419 ng/mL (30,3%, 6), 538 ng/mL (43,3%, 7), 593 ng/mL (11,3%; 3), respectivamente.

AUC_{inf} aumentó a 1,62 veces, 1,94 veces y 2,67 veces, y la $C_{m\acute{a}x}$ aumentó a 1,80 veces, 1,79 veces y 2,30 veces en sujetos con insuficiencia renal leve, moderada y grave, en relación con la exposición en sujetos con insuficiencia renal normal. La diferencia de veces para los sujetos con ESRD no se calculó debido al pequeño número de sujetos (ver “**POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN**”).

No es necesario ajustar la dosis en pacientes con disfunción renal leve o moderada. El efecto de la función renal en la farmacocinética de ribociclib también se evaluó en pacientes con cáncer. Según un análisis farmacocinético poblacional que incluyó 438 pacientes con función renal normal ($[FGe] \geq 90$ mL/min/1,73 m²), 488 pacientes con disfunción renal leve (FGe 60 a < 90 mL/min/1,73 m²) y 113 pacientes con disfunción renal moderada (FGe 30 a < 60 mL/min/1,73 m²), la disfunción renal leve o moderada no afecta la exposición a ribociclib. Además, en un análisis de subgrupos de datos farmacocinéticos de estudios de pacientes con cáncer después de la administración oral de 600 mg de ribociclib como dosis única o repetida (MONALEESA-7, CLEE011X2101 y CLEE011X2107), el AUC y C_{max} de ribociclib después de una dosis única o en estado estable en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada, fueron comparables a los pacientes con función renal normal, lo que sugiere que no hay un efecto clínicamente significativo de insuficiencia renal leve o moderada en la exposición a ribociclib (ver “**POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN**”).

Disfunción hepática

No es necesario ajustar la dosis en las pacientes con disfunción hepática leve (clase A de Child-Pugh); en las pacientes con disfunción hepática moderada (clase B de Child-Pugh) o severa (clase C de Child-Pugh) se requiere un ajuste posológico y se recomienda una dosis inicial de 400 mg. Según un estudio farmacocinético en pacientes con disfunción hepática, la disfunción hepática leve no afecta la exposición a ribociclib. La exposición media a ribociclib aumentó a menos del doble en pacientes con disfunción hepática moderada (CMG: 1,44 en el caso de la $C_{m\acute{a}x}$; 1,28 en el caso del AUC_{inf}) o severa (CMG: 1,32 en el caso de la $C_{m\acute{a}x}$; 1,29 en el caso del AUC_{inf}). Un análisis farmacocinético poblacional que incluyó 160 pacientes con función hepática normal y 47 pacientes con disfunción hepática leve mostró que la disfunción hepática leve no afecta la exposición al ribociclib, lo cual corrobora los resultados del estudio específico de la disfunción hepática (ver “**POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN**”).

Efecto de la edad, el peso, el sexo biológico y la raza

El análisis farmacocinético poblacional indicó que la edad, el peso corporal, el sexo biológico o la

raza no ejercen efectos clínicamente significativos en la exposición sistémica de ribociclib que pudiesen exigir un ajuste de la dosis.

Pacientes mayores de 65 años

De las 334 pacientes que recibieron Kisqali™ en el estudio de fase III (MONALEESA 2, en el grupo de ribociclib + letrozol), 150 (44,9%) eran mayores de 65 años y 35 (10,5%), mayores de 75 años. De las 483 pacientes que recibieron Kisqali™ en el estudio de fase III (MONALEESA3, en el grupo de ribociclib + fulvestrant), 226 pacientes (46,8%) tenían ≥65 años de edad y 65 pacientes (13,5%) tenían ≥75 años de edad. No se han observado diferencias en la seguridad o la eficacia de Kisqali™ entre tales pacientes y las pacientes más jóvenes (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”).

Interacciones

Inhibidores potentes de la CYP3A: Se efectuó un estudio de interacción de ribociclib con el ritonavir (un inhibidor potente de la CYP3A) en sujetos sanos. Ritonavir (administrado en dosis de 100 mg dos veces al día durante 14 días) hizo que la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC_{inf} fueran 1,7 y 3,2 veces mayores, respectivamente, tras la administración de una sola dosis de 400 mg de ribociclib, en comparación con la administración de ribociclib solo. La $C_{m\acute{a}x}$ y el $AUC_{\acute{u}lt}$ de LEQ803 (un importante metabolito de ribociclib, que representa menos del 10% de la exposición al compuesto original) disminuyeron en un 96% y un 98%, respectivamente. Simulaciones realizadas con un modelo farmacocinético fisiológico indican que un inhibidor moderado de la CYP3A4 (eritromicina) puede multiplicar la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC de ribociclib 400mg administrado en una dosis única, 1,3 y 1,9 veces, respectivamente (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Inductores potentes de la CYP3A: Se efectuó un estudio de interacción de ribociclib con la rifampicina (un inductor potente de la CYP3A) en sujetos sanos. En comparación con ribociclib solo, la rifampicina (administrada en dosis de 600 mg una vez al día durante 14 días) disminuyó la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC_{inf} de ribociclib en un 81% y un 89%, respectivamente, tras la administración de una sola dosis de 600 mg de ribociclib. La $C_{m\acute{a}x}$ de LEQ803 aumentó en una proporción de 1,7 y el AUC_{inf} de LEQ803 disminuyó en un 27%. Simulaciones con modelos farmacocinéticos fisiológicos indican que un inductor moderado de la CYP3A (efavirenz) puede disminuir la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC de ribociclib administrado en dosis única en un 37% y un 60%, respectivamente (ver “PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Sustratos de isoformas del citocromo P450 (CYP3A4 y CYP1A2): Se llevó a cabo un estudio combinado de interacción farmacológica con midazolam (sustrato sensible de la CYP3A4) y cafeína (sustrato sensible de la CYP1A2) en sujetos sanos. Dosis múltiples de ribociclib (400 mg una vez al día durante 8 días) aumentaron la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC_{inf} del midazolam en proporción de 2,1 y 3,8, respectivamente, en comparación con la administración de midazolam solo y de cafeína sola. Simulaciones con modelos farmacocinéticos fisiológicos revelan que una dosis de 600 mg de ribociclib puede aumentar la $C_{m\acute{a}x}$ y el AUC del midazolam en una proporción de 2,4 y 5,2, respectivamente. Los efectos de dosis múltiples de ribociclib sobre la cafeína fueron mínimos: la $C_{m\acute{a}x}$ disminuyó en un 10% y el AUC_{inf} aumentó ligeramente, en un 20%. Simulaciones con modelos farmacocinéticos fisiológicos solo indican efectos inhibidores mínimos en sustratos de la CYP1A2 con la dosis de 600 mg de ribociclib (ver “PRECAUCIONES” “Interacciones”). Ribociclib carece de capacidad para inhibir las isoformas CYP2E1, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 y CYP2D6 y no produce una inhibición cronodependiente evidente de las enzimas CYP1A2, CYP2C9 y CYP2D6 en concentraciones de interés clínico. Tampoco se ha

observado una inducción de las formas CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9 o CYP3A4 *in vitro* en las concentraciones de interés clínico (ver “PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Agentes que elevan el pH gástrico: Ribociclib es muy soluble a pH 4,5 o inferior y en medios de interés biológico (a pH 5,0 y 6,5). Aunque no se ha estudiado la administración conjunta de ribociclib con medicamentos que elevan el pH gástrico en un ensayo clínico, no se ha observado una alteración de la absorción de ribociclib en el análisis farmacocinético poblacional ni en las simulaciones con modelos farmacocinéticos fisiológicos (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN” y “PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Letrozol: Datos de ensayos clínicos en pacientes con cáncer de mama y un análisis farmacocinético poblacional no han evidenciado interacciones farmacológicas entre ribociclib y letrozol tras la coadministración de ambos fármacos.

Exemestano: Datos en un ensayo clínico en pacientes con cáncer de mama no evidenció una interacción farmacológica clínicamente relevante entre ribociclib y exemestano, tras la coadministración de ambos fármacos.

Anastrozol: los datos de un ensayo clínico en pacientes con cáncer de mama no indicaron ninguna interacción farmacológica clínicamente relevante entre ribociclib y anastrozol después de la administración conjunta de los fármacos.

Fulvestrant: los datos de un ensayo clínico en pacientes con cáncer de mama no indicaron ningún efecto clínicamente relevante de fulvestrant en la exposición a ribociclib después de la administración concomitante de los fármacos.

Tamoxifeno: los datos de un ensayo clínico en pacientes con cáncer de mama indicaron que la exposición al tamoxifeno aumentó aproximadamente 2 veces después de la administración concomitante de ribociclib y tamoxifeno.

Efecto de ribociclib sobre transportadores: Evaluaciones *in vitro* indican que, en concentraciones de interés clínico, Kisqali™ tiene poca capacidad para inhibir la actividad de los transportadores de sustancias gp-P, OATP1B1/B3, OCT1 y MATE2K. Kisqali™ puede inhibir la actividad de BCRP, OCT2, MATE1 y del BSEP humano a esas concentraciones (“PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Efecto de transportadores sobre ribociclib: Datos *in vitro* indican que es poco probable que el transporte mediado por gp-P y BCRP afecte el grado de absorción oral de ribociclib cuando este se administra en dosis terapéuticas. Ribociclib no es un sustrato para los transportadores de captación hepática OATP1B1 / 1B3 o OCT-1 *in vitro* (ver “PRECAUCIONES” “Interacciones”).

Ensayos clínicos

Estudio CLEE011A2301 (MONALEESA-2)

Kisqali™ se evaluó en combinación con letrozol en un estudio clínico de fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y comparativo con placebo (+ letrozol), en el tratamiento de mujeres posmenopáusicas aquejadas de cáncer de mama avanzado con positividad de receptores hormonales (RH) y negatividad de HER2 que no habían recibido tratamiento previo contra el cáncer avanzado.

Un total de 668 pacientes fueron asignadas aleatoriamente, en proporción 1:1, al grupo de Kisqali™

(600 mg) + letrozol (n = 334) o de placebo + letrozol (n = 334) y fueron estratificadas con arreglo a la presencia de metástasis hepáticas o pulmonares (Sí [n = 292 {44%}] frente a No [n = 376 {56%}]). Las características demográficas y patológicas iniciales estaban equilibradas y eran comparables entre los grupos de estudio. Kisqali™ se administró por vía oral en dosis diarias de 600 mg durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días sin tratamiento, en combinación con letrozol en dosis diarias de 2,5 mg durante 28 días. No se permitió que las pacientes cambiaran del grupo del placebo al de Kisqali™ durante el estudio ni tras la progresión de la enfermedad.

La mediana de edad de las pacientes que participaron en el estudio era de 62 años (intervalo: 23 a 91). El 44,2% de las pacientes eran de 65 años de edad, incluyendo 69 pacientes (10,3%) de 75 años de edad y mayores. Participaron pacientes de raza blanca (82,2%), asiática (7,6%) y negra (2,5%). Todas las pacientes presentaban un estado funcional de 0 o 1 en la escala del ECOG (Grupo Cooperativo Oncológico del Este de los EE.UU.). El 46,6% de las pacientes habían recibido quimioterapia antineoplásica neoadyuvante o adyuvante y el 51,3% de ellas, tratamiento antihormonal neoadyuvante o adyuvante antes de su ingreso al estudio. El 34,1% de las pacientes sufrían de cáncer metastásico de novo. El 22,0% de ellas presentaban solo afectación ósea y el 58,8%, afectación visceral.

Análisis primario

El criterio de valoración primario del estudio fue alcanzado en el análisis interino planeado, realizado luego de observar un 80% de eventos de supervivencia libre de progresión (SLP) evaluada por el investigador en la población completa (todas las pacientes aleatorizadas) aplicando los Criterios de Evaluación de la Respuesta en Tumores Sólidos (RECIST v1.1) y confirmada por una evaluación radiológica central independiente.

Los resultados de eficacia mostraron una mejoría estadísticamente significativa de la SLP en las pacientes que recibieron Kisqali™ + letrozol en comparación con las que recibieron placebo + letrozol en la población completa de análisis (PCA) (cociente de riesgos instantáneos [CRI] = 0,556; IC del 95%: 0,429-0,720; valor de p en la prueba del orden logarítmico estratificada unilateral = 0,00000329), con una reducción estimada del riesgo de progresión del 44% en las pacientes tratadas con la combinación de Kisqali™ + letrozol. A la fecha del análisis primario no se había alcanzado la mediana de SLP en el grupo de Kisqali™ + letrozol (IC del 95%: 19,3 - valor no estimado). La mediana de SLP fue de 14,7 meses (IC del 95%: 13,0-16,5) en el grupo de placebo + letrozol. Se obtuvieron resultados concordantes en los subgrupos de edad, raza, quimioterapia u hormonoterapia adyuvante o neoadyuvante previa, afectación hepática o pulmonar o enfermedad metastásica únicamente en los huesos (Figura 2).

En la Tabla 1 se resumen los datos de supervivencia libre de progresión y en la Figura 1 se presentan las curvas de Kaplan-Meier. Los resultados de SLP fundados en la evaluación radiológica central enmascarada e independiente fueron acordes a los resultados de eficacia principales basados en la evaluación realizada por el investigador (CRI: 0,592; IC del 95%: 0,412; 0,852). El valor de p en la prueba del orden logarítmico estratificada unilateral fue de 0,002.

No se observaron diferencias relevantes en el estado general de la salud o la calidad de vida entre el grupo de Kisqali™ + letrozol y el del placebo + letrozol.

Una actualización más completa acerca de los datos de eficacia está descrita en la Tabla 2 y Figura 2. La mediana de SLP fue de 25,3 meses (95% IC: 23,0; 30,3) para los pacientes tratados con Kisqali™ + letrozol y de 16,0 meses (95% IC: 13,4; 18,2) para los pacientes que recibieron placebo + letrozol. El 54,7% de los pacientes que recibieron Kisqali™ + letrozol mostraron un tiempo libre de progresión estimado de 24 meses, en comparación con 35,9% del grupo que recibió placebo + letrozol.



Los cocientes de riesgos instantáneos derivados del análisis preespecificado por subgrupos favorecen al grupo de Kisqali™ + letrozol, lo cual denota un beneficio para las pacientes con independencia de la edad, la raza, la quimioterapia u hormonoterapia adyuvante o neoadyuvante previa, la presencia de afectación hepática o pulmonar o solo de metástasis óseas.

Tabla 1 - Resultados de eficacia principales del estudio MONALEESA-2 (A2301) (SLP) basados en la evaluación radiológica del investigador (fecha de corte 29/Enero/2016)

	Kisqali™ + letrozol N = 334	Placebo + letrozol N = 334
Supervivencia libre de progresión		
Mediana de SLP [meses] (IC del 95%)	NE (19,3-NE)	14,7 (13,0-16,5)
Cociente de riesgos instantáneos (IC del 95%)	0,556 (0,429-0,720)	
Valor de p ^a	0,00000329	

IC: intervalo de confianza; N: número de pacientes; NE: no se puede estimar.

^a El valor de p se obtuvo con la prueba del orden logarítmico estratificada unilateral.

Tabla 2 - Resultados de eficacia principales del estudio MONALEESA-2 (A2301) - (SLP) basados en la evaluación radiológica del investigador (fecha de corte 02/Enero/2017)

	Kisqali™ + letrozol N = 334	Placebo + letrozol N = 334
Supervivencia libre de progresión		
Mediana de SLP [meses] (IC del 95%)	25,3 (23,0 – 30,3)	16,0 (13,4 – 18,2)
Cociente de riesgos instantáneos (IC del 95%)	0,568 (0,457 – 0,704)	
Valor de p ^a	9,63 x 10 ⁻⁸	

IC: intervalo de confianza; N: número de pacientes.

^a El valor de p se obtuvo con la prueba del orden logarítmico estratificada unilateral.

Figura 1 - Gráfico de Kaplan-Meier de la SLP basada en la evaluación del investigador – Estudio MONALEESA-2 (A2301) (fecha de corte 29/Enero/2016)

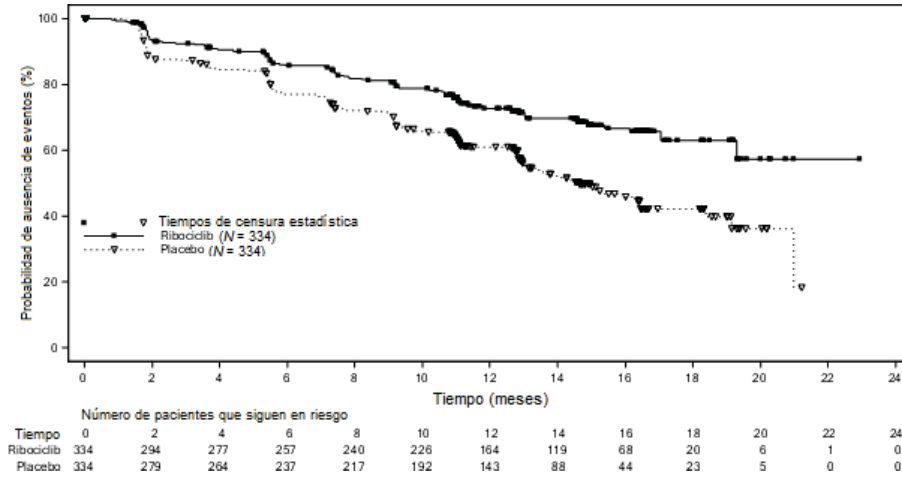


Figura 2 - Gráfico de Kaplan-Meier de la SLP basada en la evaluación del investigador – Estudio MONALEESA-2 (A2301) (fecha de corte 02/Enero/2017)

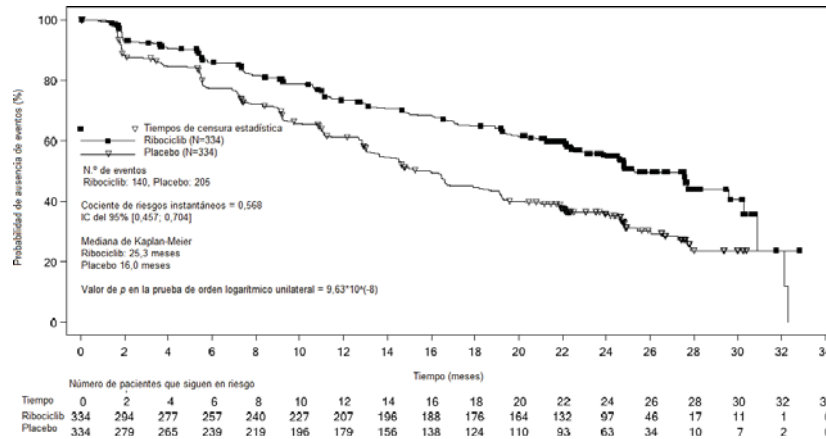
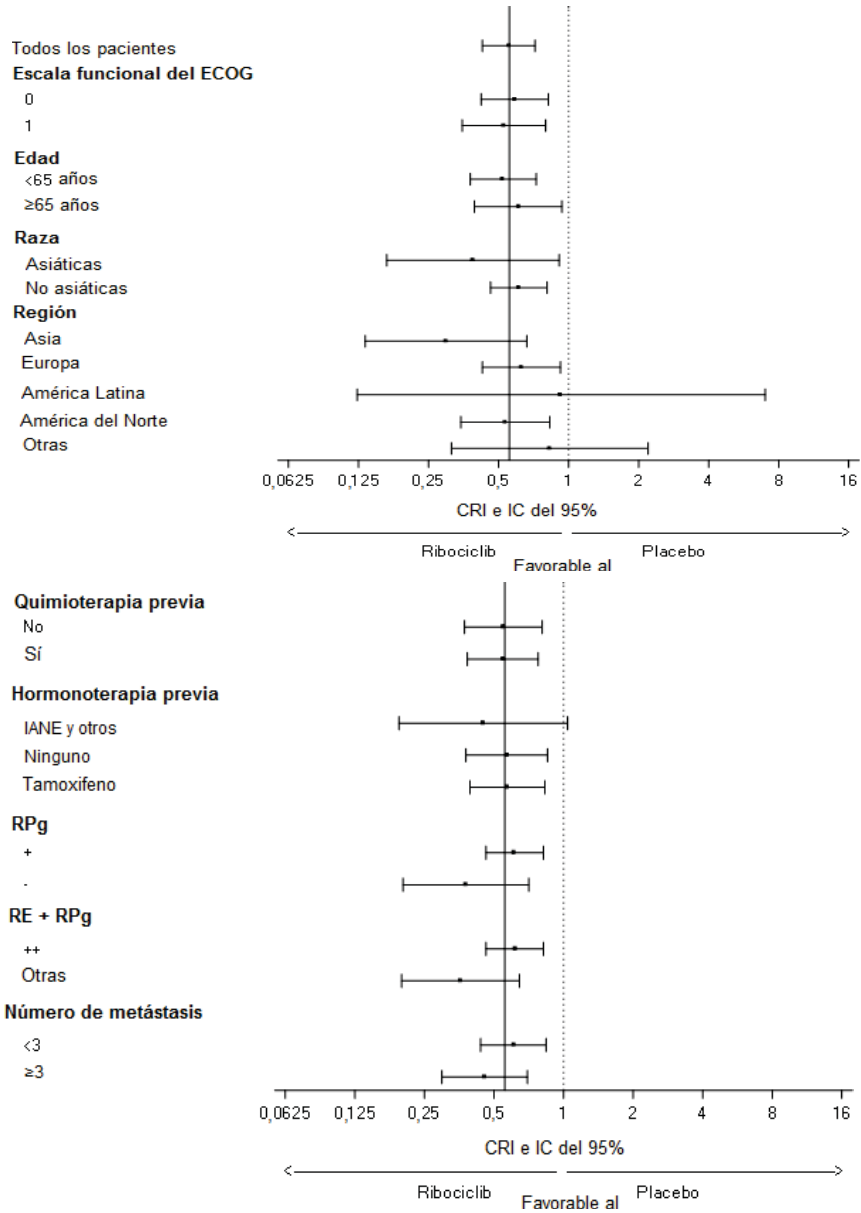
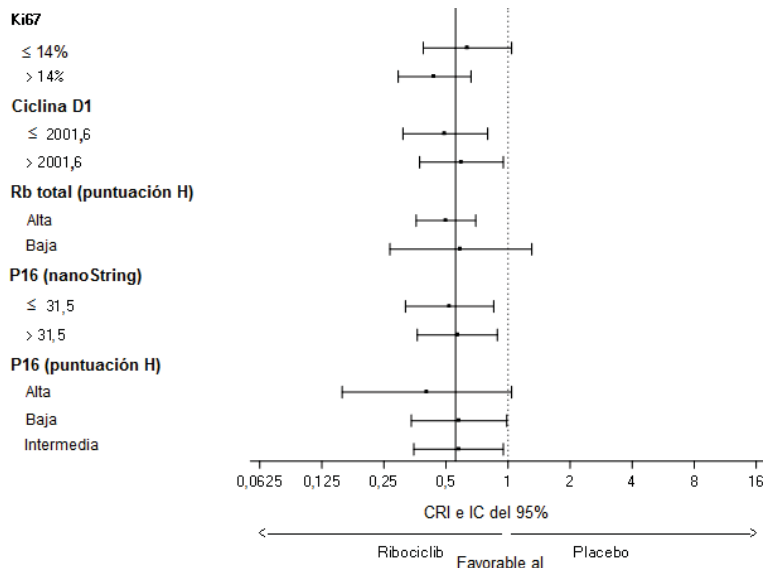
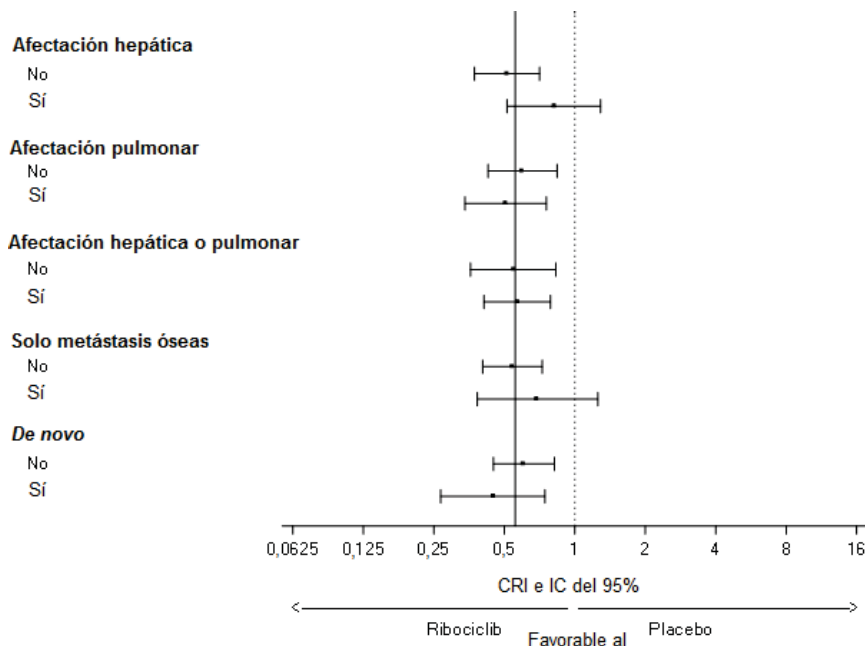


Figura 3 - Diagrama de bosque de la SLP basada en la evaluación del investigador – Estudio MONALEESA-2 (A2301) (fecha de corte 29/Enero/2016)



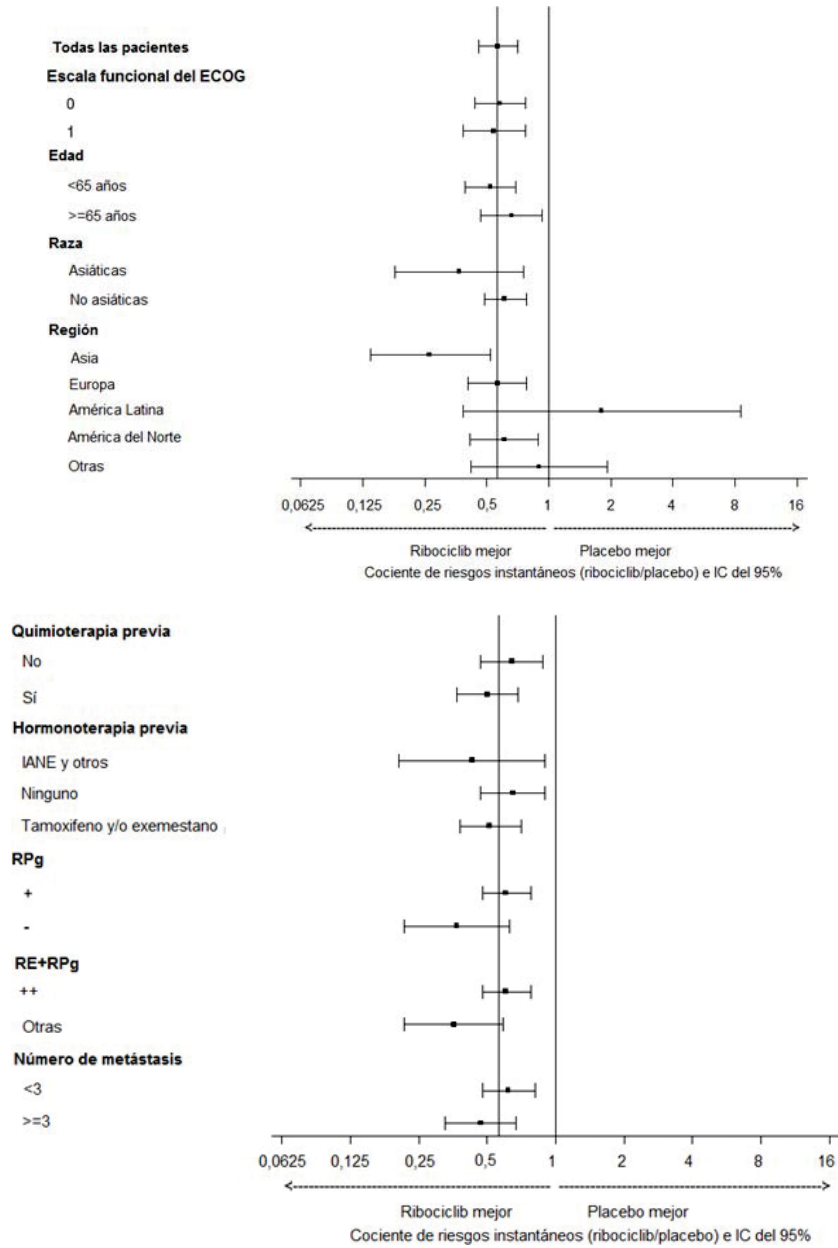


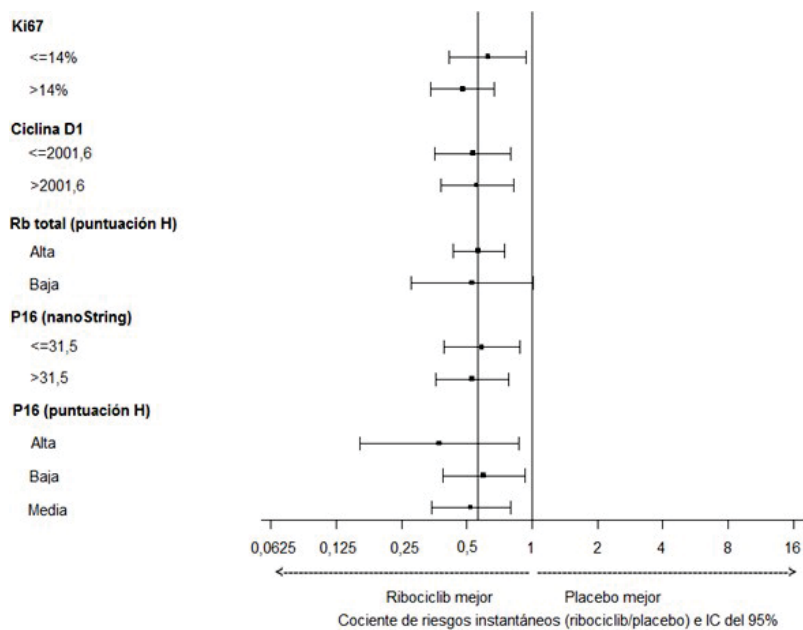
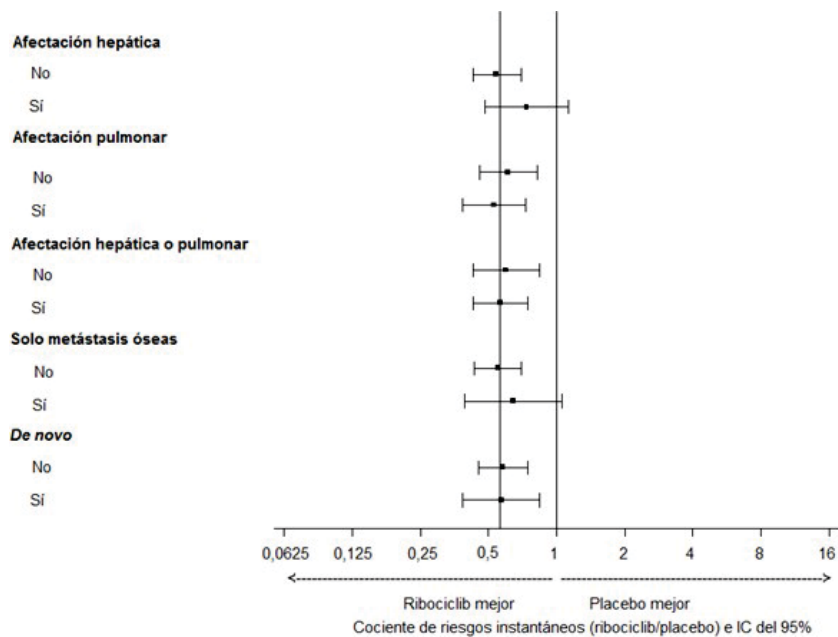
Quimioterapia previa: quimioterapia adyuvante o neoadyuvante previa; RE: receptores estrogénicos; RPg: receptores progesteronicos; Ribociclib: 600 mg de ribociclib + 2,5 mg de letrozol; Placebo: placebo + 2,5 mg de letrozol.

La línea vertical punteada indica ausencia de efecto; la línea vertical continua indica efecto terapéutico global.

El cociente de riesgos instantáneos (IC del 95%) se calculó con el modelo de riesgos instantáneos proporcionales de Cox estratificado. Excepción: para las variables de los subgrupos «afectación hepática» («sí» frente a «no»), «afectación pulmonar» («sí» frente a «no»), «afectación hepática o pulmonar» («sí» frente a «no»), «(cáncer metastásico) de novo» («sí» frente a «no»), se usa el modelo de riesgos instantáneos proporcionales de Cox no estratificado.

Figura 4 - Diagrama de bosque de la SLP basada en la evaluación del investigador – Estudio MONALEESA-2 (A2301) (fecha de corte 02/Enero/2017)





Otros criterios secundarios fueron la tasa de respuesta global (TRG), el tiempo transcurrido hasta observar un deterioro en el estado funcional en la escala del ECOG, la seguridad y la tolerabilidad, y la variación en los resultados percibidos por las pacientes (RPP) en el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. En la población completa de análisis, la TRG, según la evaluación

del radiólogo local, fue del 40,7% de las pacientes (IC del 95%: 35,4%-46,0%) con Kisqali™ + letrozol y del 27,5% (IC del 95%: 22,8%-32,3%) con placebo + letrozol ($p = 0,000155$). La tasa de beneficio clínico (TBC) fue del 79,6% de las pacientes (IC del 95%: 75,3%-84,0%) con Kisqali™ + letrozol y del 72,8% (IC del 95%: 68,0%-77,5%) con placebo + letrozol ($p = 0,018$). En las pacientes con tumor mensurable, la tasa de respuesta global, según la evaluación del radiólogo local, fue del 52,7% de las pacientes (IC del 95%: 46,6%-58,9%) con Kisqali™ + letrozol y del 37,1% (IC del 95%: 31,1%-43,2%) con placebo + letrozol ($p = 0,00028$).

La TBC fue del 80,1% (IC del 95%: 75,2%-85,0%) con Kisqali™ + letrozol y del 71,8% (IC del 95%: 66,2%-77,5%) con placebo + letrozol ($p = 0,018$) (ver Tabla 3).

Se realizó una serie de análisis de SLP de subgrupos preespecificados basados en factores pronósticos y características iniciales para investigar la consistencia interna del efecto del tratamiento. Se observó una reducción en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte a favor de la rama de Kisqali™ más letrozol en todos los subgrupos de pacientes, independientemente de la edad, raza, quimioterapia adyuvante o neoadyuvante previa, terapias hormonales, compromiso hepático y/o pulmonar y enfermedad metastásica ósea únicamente. Esto fue evidente para los pacientes con enfermedad hepática y/o pulmonar (HR: 0,561 [IC 95%: 0,424; 0,743]); mediana de supervivencia libre de progresión [mSLP] 24,8 meses versus 13,4 meses para las ramas de Kisqali™ y placebo, respectivamente. El mismo beneficio se observó en aquellos pacientes sin enfermedad hepática y/o pulmonar (HR: 0,597 [IC 95%: 0,426, 0,837]; mSLP 27,6 meses versus 18,2 meses).

Los resultados actualizados para las tasas de respuesta general y de beneficio clínico se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 - Resultados de eficacia del estudio MONALEESA-2 (A2301) (TRG, TBC) basados en la evaluación del investigador (fecha de corte 29/Enero/2016)

Análisis	Kisqali™ + letrozol (%, IC del 95%)	Placebo + letrozol (%, IC del 95%)	Valor de p^c
Población completa de análisis	N = 334	N = 334	
TRG ^a	40,7 (35,4-46,0)	27,5 (22,8-32,3)	0,000155
TBC ^b	79,6 (75,3-84,0)	72,8 (68,0-77,5)	0,018
Pacientes con tumor mensurable	N = 256	N = 245	
TRG ^a	52,7 (46,6-58,9)	37,1 (31,1-43,2)	0,00028
TBC ^b	80,1 (75,2-85,0)	71,8 (66,2-77,5)	0,020

^a TRG: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial

^b TBC: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial + (enfermedad estable o enfermedad con respuesta incompleta o enfermedad no progresiva ≥ 24 semanas).

^c Los valores de p se obtuvieron con la prueba de la ji al cuadrado (χ^2) de Cochran-Mantel-Haenszel unilateral.

Tabla 4 - Resultados de eficacia del estudio MONALEESA-2 (A2301) (TRG, TBC) basados en la evaluación del investigador (fecha de corte 02/Enero/2017)

Análisis	Kisqali™ + letrozol (%, IC del 95%)	Placebo + letrozol (%, IC del 95%)	Valor de p^c
Población completa de análisis	N = 334	N = 334	
TRG ^a	42,5 (37,2 - 47,8)	28,7 (23,9 - 33,6)	$9,18 \times 10^{-5}$
TBC ^b	79,9 (75,6 - 84,2)	73,1 (68,3 - 77,8)	0,018

Pacientes con tumor mensurable	N = 257	N = 245	
TRG ^a	54,5 (48,4 – 60,6)	38,8 (32,7 – 44,9)	2,54 x 10 ⁻⁴
TBC ^b	80,2 (75,3 – 85,0)	71,8 (66,2-77,5)	0,018

^aTRG: Tasa de Respuesta Global = proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial

^bTBC: Tasa de Beneficio Clínico = proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial (+ enfermedad estable o enfermedad con respuesta incompleta o enfermedad no progresiva ≥ 24 semanas).

^c Los valores de p se obtuvieron con la prueba de la ji al cuadrado (χ^2) de Cochran-Mantel-Haenszel unilateral.

Análisis final de la SG

En el momento del análisis final de la supervivencia global (SG) (fecha límite del 10 de junio de 2021), el estudio cumplió su criterio de valoración secundario clave, demostrando una mejoría estadística y clínicamente significativa de la SG con una reducción relativa del riesgo de muerte del 23,5% (HR: 0,765 [IC del 95%: 0,628; 0,932]; valor de $p = 0,004$).

El beneficio en la SG aumentó con el tiempo, con una tasa de supervivencia a los 6 años del 44,2% (38,5; 49,8) con KisqaliTM frente al 32,0% (26,8; 37,3) con el placebo. La mediana de SG fue de 63,9 meses (IC del 95%: 52,4; 71,0) en el grupo de KisqaliTM y de 51,4 meses (IC del 95%: 47,2; 59,7) en el grupo del placebo, con una mejoría de 12,5 meses en la mediana de SG en el grupo de KisqaliTM.

Los resultados exploratorios de SG obtenidos en los análisis por subgrupos demostraron que, en general, la ventaja de SG fue uniforme en los subgrupos de pacientes que habían recibido quimioterapia u hormonoterapia adyuvantes o neoadyuvantes, que presentaban afectación hepática y/o pulmonar y metástasis únicamente óseas (ver la Figura 6). Esto fue evidente en los pacientes con enfermedad hepática y/o pulmonar (HR = 0,806 [IC del 95%: 0,621; 1,045]); se observó un beneficio similar en los pacientes sin afectación hepática ni pulmonar (HR: 0,711 [IC del 95%: 0,526; 0,962]).

Los resultados de SG obtenidos en este análisis final se resumen en la Tabla 5 y la curva de Kaplan-Meier se presenta en la Figura 5.

Tabla 5 - Estudio MONALEESA-2 (A2301) - Resultados de eficacia (SG) (fecha límite: 10 de junio de 2021)

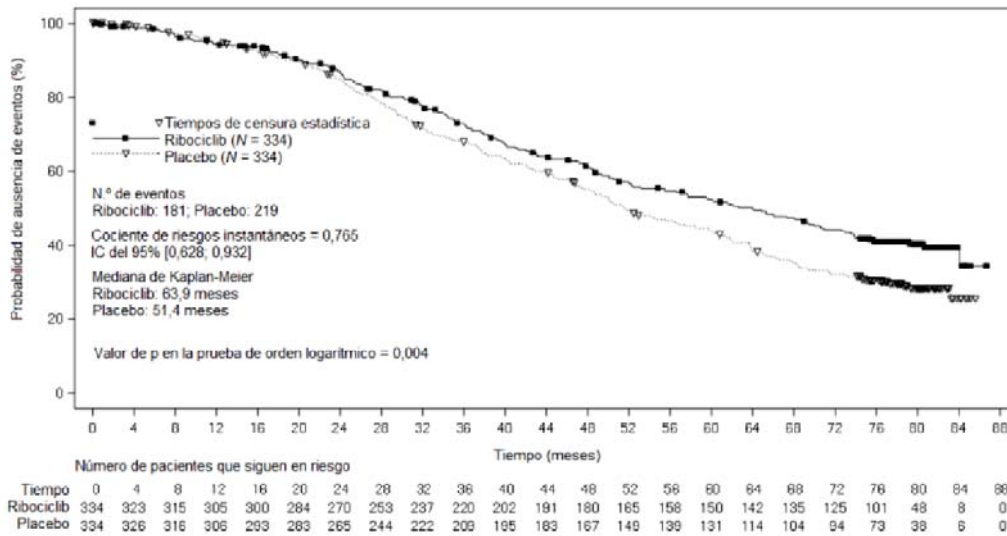
Supervivencia global, Población total de estudio	Kisqali 600 mg + letrozol N = 334	Placebo + letrozol N = 334
Número de eventos, n [%]	181 (54,2)	219 (65,6)
Mediana de SG [meses] (IC del 95%)	63,9 (52,4; 71,0)	51,4 (47,2; 59,7)
HR ^a (IC del 95%)	0,765 (0,628; 0,932)	
Valor de p^b	0,004	
Tasa de SG sin eventos, (%) (IC del 95%)		
24 meses	86,6 (82,3; 89,9)	85,0 (80,5; 88,4)
60 meses	52,3 (46,5; 57,7)	43,9 (38,3; 49,4)
72 meses	44,2 (38,5; 49,8)	32,0 (26,8; 37,3)

IC: intervalo de confianza

^aEl cociente de riesgos instantáneos (HR) se obtuvo mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox estratificado.

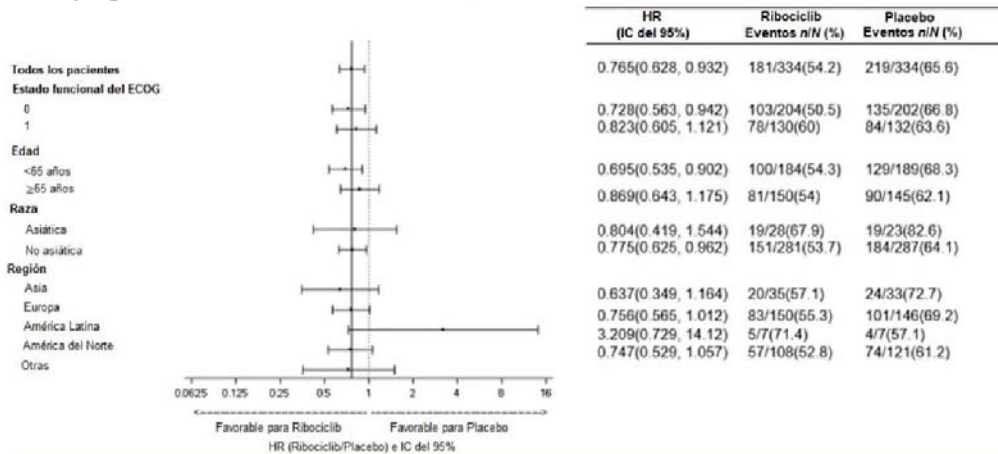
^bEl valor de p se obtuvo mediante la prueba del orden logarítmico unilateral. Estratificación efectuada en función de la presencia o ausencia de metástasis pulmonares y/o hepáticas según el SIR.

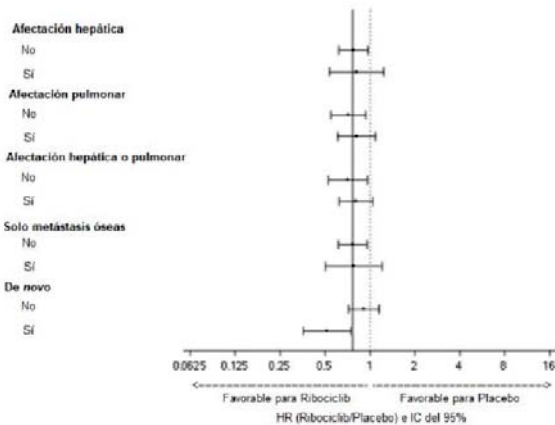
Figura 5 - Estudio MONALEESA-2 (A2301) - Gráfico de Kaplan-Meier de la SG (PCA) (fecha límite: 10 de junio de 2021)



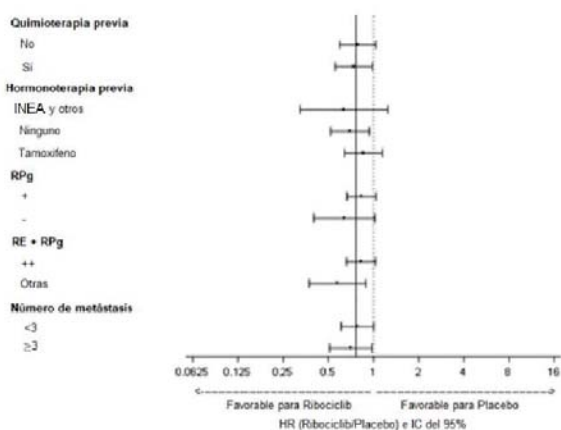
La prueba del orden logarítmico y el modelo de riesgos proporcionales de Cox se estratifican por metástasis hepáticas y/ o pulmonares según el SIR.
 El valor de p unilateral se obtuvo con la prueba del orden logarítmico estratificada.

Figura 6 - Estudio MONALEESA-2 (A2301) - Diagrama de bosque de la SG en el análisis por subgrupos (PCA) (fecha límite: 10 de junio de 2021)





	HR (IC del 95%)	Ribociclib Eventos n/N (%)	Placebo Eventos n/N (%)
Afectación hepática			
No	0.775(0.619, 0.969)	145/275(52.7)	163/262(62.2)
Sí	0.814(0.535, 1.239)	36/59(61)	56/72(77.8)
Afectación pulmonar			
No	0.716(0.548, 0.937)	97/181(53.6)	119/185(64.3)
Sí	0.814(0.609, 1.088)	84/153(54.9)	100/149(67.1)
Afectación hepática o pulmonar			
No	0.711(0.526, 0.962)	80/152(52.6)	90/144(62.5)
Sí	0.806(0.621, 1.045)	101/182(55.5)	129/190(67.9)
Solo metástasis óseas			
No	0.768(0.615, 0.959)	144/255(54.3)	172/255(67.5)
Sí	0.780(0.504, 1.209)	37/59(53.6)	47/79(59.5)
De novo			
No	0.909(0.718, 1.150)	134/220(60.9)	144/221(65.2)
Sí	0.516(0.358, 0.744)	47/114(41.2)	75/113(66.4)



	HR (IC del 95%)	Ribociclib Eventos n/N (%)	Placebo Eventos n/N (%)
Quimioterapia previa			
No	0.785(0.596, 1.033)	91/189(48.4)	117/189(61.9)
Sí	0.740(0.557, 0.984)	90/146(61.6)	102/145(70.3)
Hormonoterapia previa			
INEA y otros	0.634(0.323, 1.242)	18/30(60)	18/23(78.3)
Ninguno	0.697(0.518, 0.938)	76/159(48.1)	103/162(63.6)
Tamoxifeno	0.856(0.640, 1.145)	87/146(59.6)	98/149(65.8)
RPg			
+	0.831(0.666, 1.037)	146/271(53.9)	171/278(61.5)
-	0.638(0.399, 1.019)	32/55(58.2)	41/49(83.7)
RE + RPg			
++	0.825(0.660, 1.031)	144/269(53.5)	170/277(61.4)
Otras	0.575(0.373, 0.886)	37/55(56.9)	49/57(86)
Número de metástasis			
<3	0.780(0.607, 1.001)	115/220(52.3)	136/222(61.3)
≥3	0.705(0.509, 0.977)	66/114(57.9)	83/112(74.1)

La línea vertical punteada indica ausencia de efecto; la línea vertical continua indica efecto terapéutico global.

El cociente de riesgos instantáneos (IC del 95%) se calculó con el modelo de riesgos instantáneos proporcionales de Cox estratificado. Excepción: para las variables de los subgrupos «afectación hepática» («sí» frente a «no»), «afectación pulmonar» («sí» frente a «no»), «afectación hepática o pulmonar» («sí» frente a «no»), «de novo» («sí» frente a «no»), se usa el modelo de riesgos proporcionales de Cox no estratificado.

Además, la mediana de tiempo transcurrido hasta la primera quimioterapia subsecuente se prolongó en 11,7 meses en el grupo de Kisqali™ en comparación con el grupo del placebo (50,6 meses [IC del 95%: 38,9; 60,0] frente a 38,9 meses [IC del 95%: 31,4; 45,4]). La probabilidad de uso de quimioterapia se redujo en un 25,8% en el grupo de Kisqali™ en comparación con el grupo del placebo (HR = 0,742 [IC del 95%: 0,606; 0,909]).

Estudio CLEE011E2301 (MONALEESA-7)

Kisqali™ se evaluó en un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico de fase III, comparando ribociclib o placebo en combinación con tamoxifeno y goserelina o un inhibidor de la aromataasa no esteroideo (IANE) y goserelina para el tratamiento de mujeres pre y peri-menopáusicas con receptores hormonales positivo, HER2-negativo, en cáncer de mama avanzado.

Un total de 672 pacientes fueron aleatorizados para recibir Kisqali™ 600 mg + tamoxifeno o IANE + goserelina (n = 335) o placebo + tamoxifeno o IANE + goserelina (n = 337), estratificados según la presencia de metástasis hepáticas y/o pulmonares (Sí [n = 344 (51,2%)] versus No [n = 328 (48,8%)]), quimioterapia previa para enfermedad avanzada (Sí [n = 120 (17,9%)] versus No [n = 552 (82,1%)] y la terapia endócrina combinada (IANE y goserelina) [n = 493 (73,4%)] versus tamoxifeno y goserelina [n = 179 (26,6%)]. La demografía y las características de la enfermedad basal fueron equilibradas y comparables entre los grupos de estudio.

Se administraron tamoxifeno 20 mg o IANE (letrozol 2,5 mg o anastrozol 1 mg) por vía oral una vez al día con un programa continuo, goserelina 3,6 mg administrados como inyección subcutánea el día 1 de cada ciclo de 28 días, con Kisqali™ 600 mg o placebo por vía oral una vez al día durante 21 días consecutivos seguidos de 7 días de descanso hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. A los pacientes no se les permitió pasar del placebo a Kisqali™ durante el estudio o después de la progresión de la enfermedad.

Las pacientes incluidas en el estudio tenían una mediana de edad de 44 (rango de 25 a 58) y el 27,7% de las pacientes tenían menos de 40 años de edad. La mayoría de las pacientes eran caucásicas (57,7%), asiáticas (29,5%) o negras (2,8%) y casi todas las pacientes (99,0%) tenían un estado de rendimiento ECOG de 0 o 1. De las 672 pacientes, el 32,6% de las pacientes había recibido quimioterapia adyuvante frente al 18,0% en el entorno neoadyuvante y el 39,6% había recibido terapia endócrina adyuvante frente al 0,7% en el entorno neoadyuvante antes del ingreso al estudio. 40,2% de las pacientes tenían enfermedad metastásica de novo, 23,7% tenía enfermedad solo ósea y 56,7% tenía enfermedad visceral.

Análisis primario

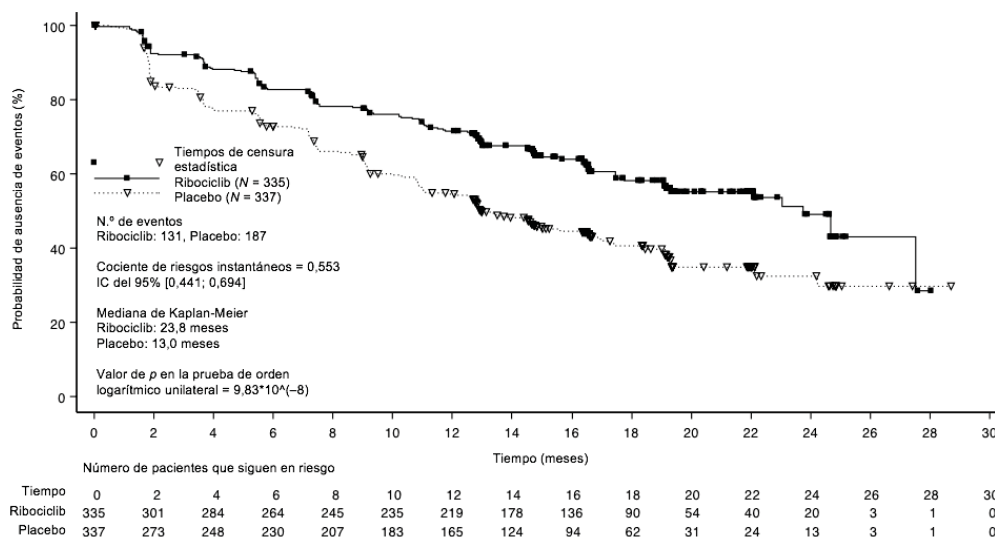
El punto final primario para el estudio se realizó después de observar 318 eventos de supervivencia libre de progresión (SLP) usando criterios de evaluación de respuesta en tumores sólidos (RECIST) v1.1, en base a la evaluación del investigador en el conjunto de análisis completo (todos los pacientes asignados al azar) y confirmados mediante evaluación radiológica central independiente ciega de un subconjunto seleccionado al azar de aproximadamente 40% de los pacientes aleatorizados. La mediana del tiempo de seguimiento en el momento del análisis primario de la SLP fue de 19,2 meses.

En la población general del estudio, la mediana de SLP (IC 95%) fue de 23,8 meses (19,2, NE) en el grupo Kisqali™ + tamoxifeno o IANE y 13,0 meses (11,0; 16,4) en el grupo placebo + tamoxifeno o IANE, [HR: 0,553 (IC 95%: 0,441; 0,694), valor p de prueba estratificado de una sola faz de un rango de $9,83 \times 10^{-8}$]. Los resultados de eficacia se resumen en la curva de Kaplan-Meier para SLP en la Figura 7. Los resultados de SLP basados en la evaluación radiológica central independiente ciega de un subconjunto seleccionado al azar de aproximadamente 40% de los pacientes aleatorizados respaldaron los resultados de eficacia primaria según la evaluación del investigador (cociente de riesgos instantáneos de 0,427; IC del 95%: 0,288 a 0,633).

La tasa de respuesta global (ORR) por evaluación de Investigador basada en RECISTv1.1 fue mayor en el brazo de Kisqali™ (40,9%; IC del 95%: 35,6; 46,2) en comparación con el grupo de placebo (29,7%; IC del 95%: 24,8; 34,6, p = 0,00098) (ver Tabla 6).

La principal medida de CdV preespecificada fue el Tiempo hasta el Deterioro (TTD) en el estado de salud global. El deterioro definitivo del 10% se definió como un empeoramiento del puntaje (EORTC QLQ-C30 escala de salud global) en al menos 10% en comparación con el valor inicial, sin mejoría posterior por encima de este umbral observado durante el período de tratamiento o muerte por cualquier causa. La adición de Kisqali™ a tamoxifeno o IANE provocó un retraso en el tiempo de deterioro de la escala de salud global EORTC QLQ-C30 en comparación con placebo más tamoxifeno o IANE (mediana no estimable frente a 21,2 meses; HR de 0,699 [IC del 95%: 0,533; 0,916]; p = 0,004).

Figura 7 - MONALEESA-7 (E2301) Gráfico de Kaplan-Meier de SLP basado en la evaluación del investigador (corte 20-Ago-2017)



En el análisis de subgrupos preespecificado de 495 pacientes que habían recibido Kisqali™ o placebo en combinación con IANE más goserelina, la mediana de SLP (IC 95%) fue de 27,5 meses (19,1; NE) en el subgrupo Kisqali™ más IANE y 13,8 meses (12,6; 17,4) en el subgrupo placebo más IANE [HR: 0,569 (IC 95%: 0,436; 0,743)]. Los resultados de eficacia se resumen en Tabla 6 y las curvas de Kaplan-Meier para SLP se proporcionan en la Figura 8. No se recomienda el uso de Kisqali™ en combinación con tamoxifeno debido al riesgo de prolongación del QTc (ver “Advertencias” y “Precauciones”).

Los resultados, en el subgrupo Kisqali™ + IANE, fueron consistentes en todos los subgrupos de edad, raza, quimioterapia adyuvante/neoadyuvante previa o terapias hormonales, afectación hepática y/o pulmonar y enfermedad metastásica solo ósea.

En el subgrupo IANE, la mediana del tiempo hasta la respuesta (TTR) no se alcanzó ni en el brazo Kisqali™ ni en el brazo placebo, y la probabilidad de respuesta a los 6 meses fue del 34,7% (IC 95%: 29,0; 41,1) en el brazo Kisqali™ y 23,7% (IC 95%: 18,8; 29,6) en el brazo de placebo, lo que indica que una mayor proporción de pacientes obtuvo un beneficio anterior en el brazo de Kisqali™.

En el subgrupo IANE, la duración mediana de la respuesta (DOR) no se alcanzó (IC 95%: 18,3 meses; NE) en el brazo de Kisqali™ y fue de 17,5 meses (IC 95%: 12,0; NE) en el brazo placebo. Entre los pacientes con respuesta completa o respuesta parcial confirmada, la probabilidad de progresión posterior fue del 23,5% (IC 95%: 15,6; 34,5) en el brazo de Kisqali™ y del 36,4% (IC 95%: 25,6; 49,8) en el grupo placebo a los 12 meses.

Tabla 6 - MONALEESA-7 (E2301) Resultados de eficacia (SLP) basado en la evaluación del investigador en pacientes que recibieron IANE (corte 20-Ago-2017)

	Kisqali™ + IANE + Goserelina N=248	Placebo + IANE + goserelina N=247
Supervivencia libre de progresión ^a		
Mediana SLP [meses] (95% CI)	27,5 (19,1; NE)	13,8 (12,6; 17,4)
Cociente de riesgo (95% CI)	0,569 (0,436; 0,743)	

CI=intervalo de confianza; N=número de pacientes; NE = no estimable.

^a – SLP basado en la evaluación radiológica del investigador

Figura 8 - MONALEESA-7 (E2301) Gráfico de Kaplan-Meier de SLP basado en la evaluación del investigador en pacientes que recibieron IANE (corte 20-Ago-2017)

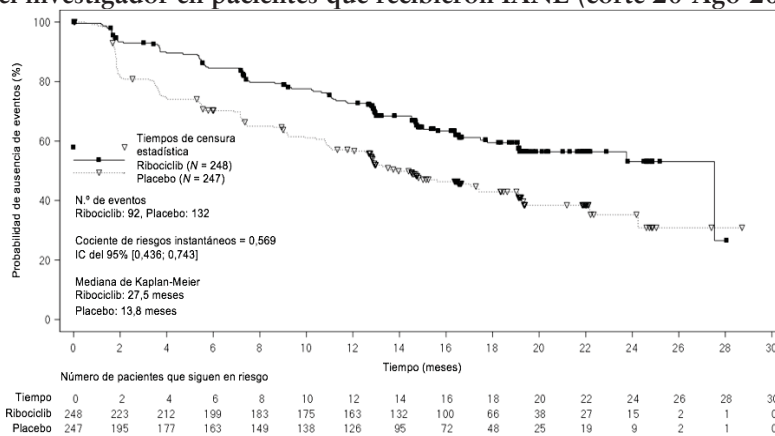


Tabla 7 - MONALEESA-7 (E2301) Resultados de eficacia (ORR, CBR) basados en la evaluación del investigador en pacientes que recibieron IANE (corte 20-Ago-2017)

Análisis	Kisqali™ + IANE + Goserelina (%, 95% IC)	Placebo + IANE + Goserelina (%, 95% IC)
Conjunto de análisis completo	N=248	N=247
Tasa de Respuesta Global ^a	39,1 (33,0; 45,2)	29,1 (23,5; 34,8)
Tasa de Beneficio Clínico ^b	80,2 (75,3; 85,2)	67,2 (61,4; 73,1)
Pacientes con Enfermedad Mensurable	N=192	N=199
Tasa de Respuesta Global ^a	50,5 (43,4; 57,6)	36,2 (29,5; 42,9)
Tasa de Beneficio Clínico ^b	81,8 (76,3; 87,2)	63,8 (57,1; 70,5)

^aORR: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial

^bCBR: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial + (enfermedad estable o respuesta no completa / enfermedad no progresiva) >= 24 semanas)

Figura 9 - MONALEESA-7 (E2301) Gráfico de bosque de SLP basado en la revisión del investigador en pacientes que recibieron IANE (corte 20-Ago-2017)

Todos los pacientes en tratamiento con IANE

Escala funcional del ECOG

0

≥1

Edad

<40 años

≥40 años

Raza

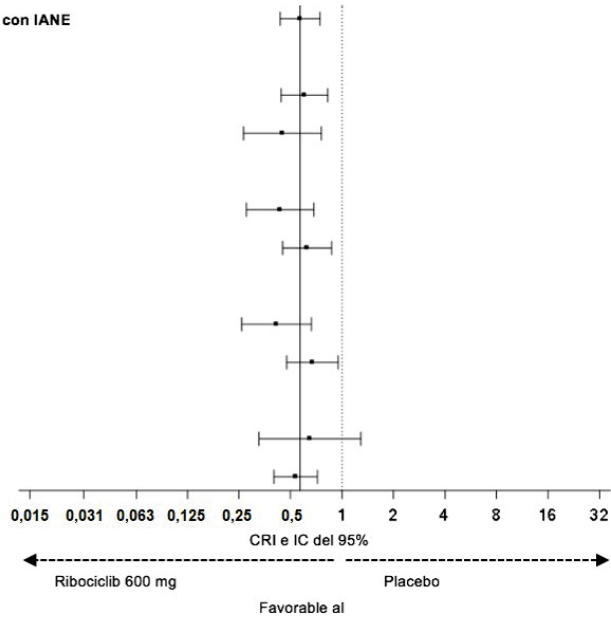
Asiática

No asiática

Quimioterapia (metastásica) [1]

Sí

No



Quimioterapia (neo)adyuvante [2]

Sí

No

Terapia hormonal (neo)adyuvante

Sí

No

Estado de receptores RE y RPg

++

Otras

Región

Asia

Europa y Australia

América Latina

América del Norte

Otras

Afectación pulmonar o hepática

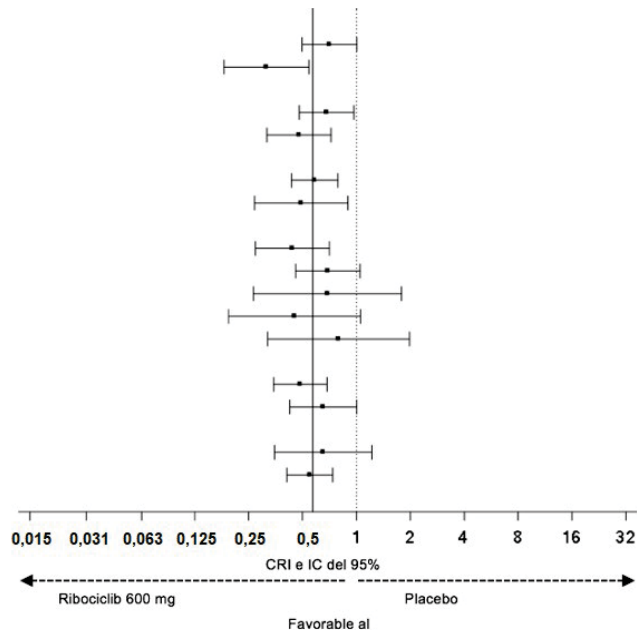
Sí

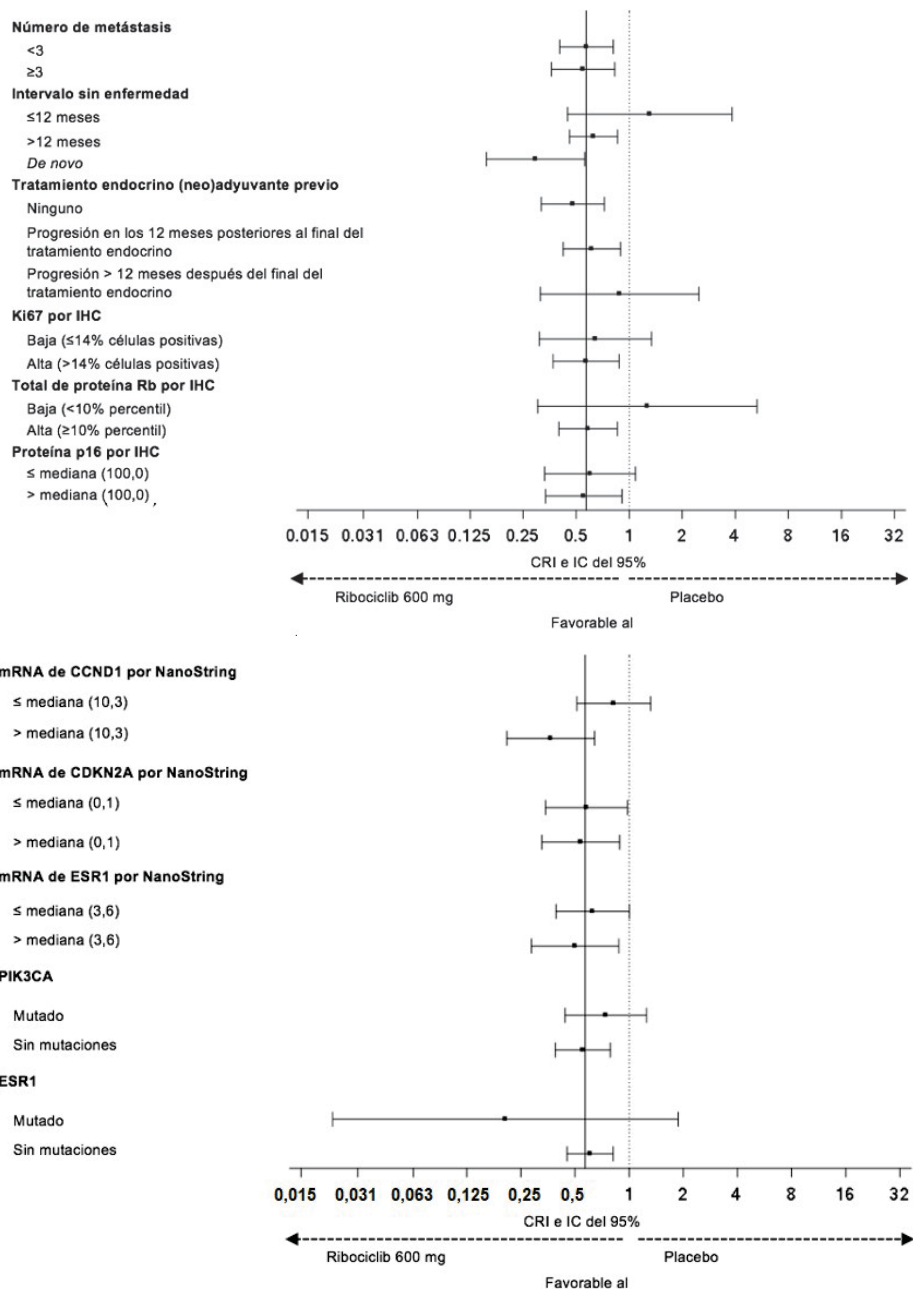
No

Solo lesión ósea

Sí

No





Análisis final de la Supervivencia Global (SG)

En el momento del segundo análisis de la SG (corte del 30 de noviembre de 2018), se cumplió el criterio de valoración secundario clave del estudio en la población completa de análisis, ya que se comprobó un aumento estadísticamente significativo de la SG.

El beneficio observado de SG fue coherente en todos los subgrupos exploratorios y el perfil toxicológico de ambos grupos de tratamiento fue en todo momento concordante con los resultados del análisis principal.

En la Tabla 8, así como en las Figura 10 y Figura 11, se proporciona una actualización más madura

de los datos de supervivencia global (corte del 30 de noviembre de 2018).

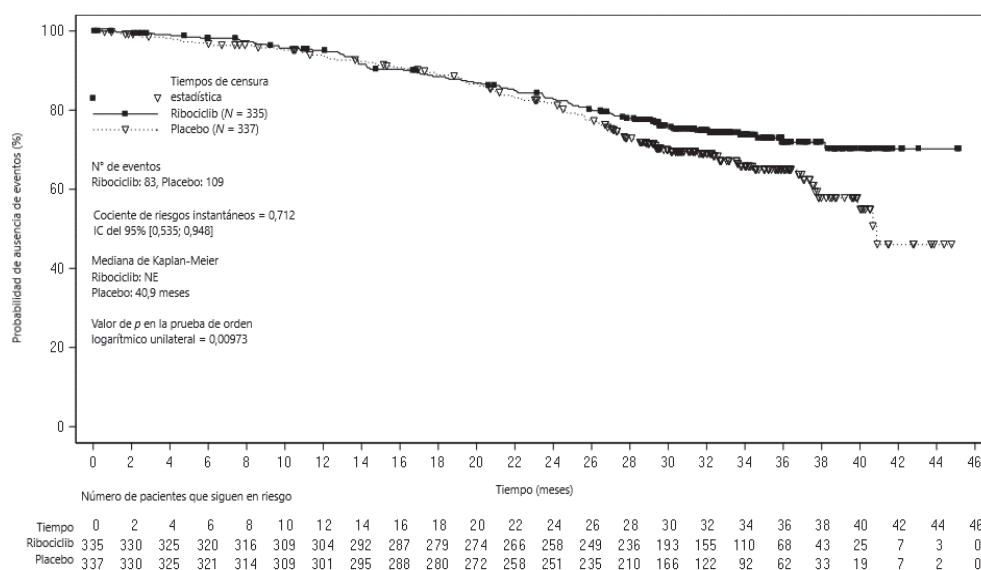
Tabla 8 - Estudio MONALEESA-7 (E2301) - Resultados de eficacia (SG) (fecha límite: 30 de noviembre de 2018)

Supervivencia Global Población total estudiada	Ribociclib 600 mg N = 335	Placebo N = 337
Número de eventos - <i>n</i> [%]	83 (24,8)	109 (32,3)
Mediana de SG [meses] (IC del 95%)	NE (NE; NE)	40,9 (37,8; NE)
HR (IC del 95%)	0,712 (0,535; 0,948)	
Valor <i>p</i> ^a	0,00973	
Supervivencia Global Subgrupo que recibió IANE	Ribociclib 600 mg N = 248	Placebo N = 247
Número de eventos - <i>n</i> [%]	61 (24,6)	80 (32,4)
Mediana de SG [meses] (IC del 95%)	NE (NE; NE)	40,7 (37,4; NE)
HR (IC del 95%)	0,699 (0,501; 0,976)	

CI= Intervalo de confianza, NE=No se puede estimar, N= número de pacientes; IANE=Inhibidor no esteroide de la aromatasa.

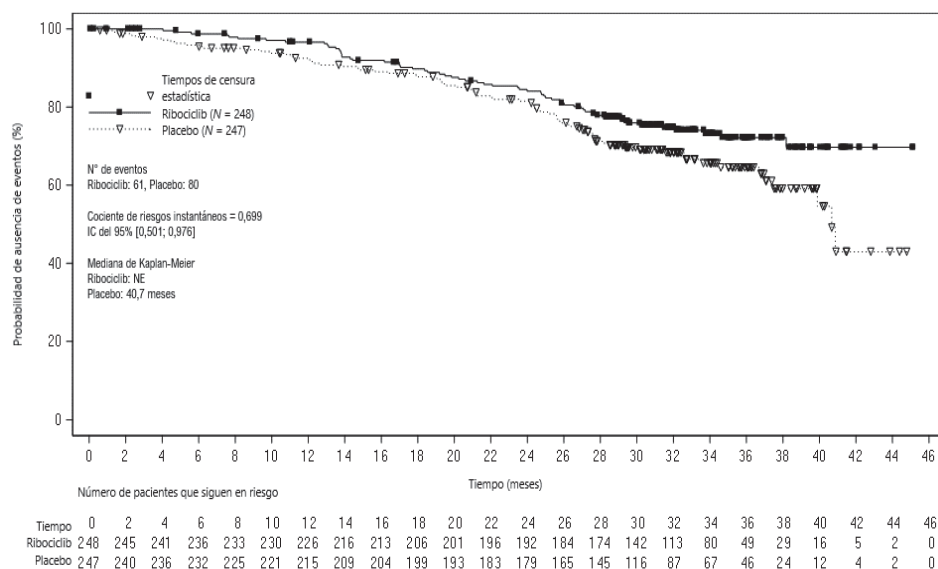
^a El valor p se obtuvo de la prueba de rango logarítmico unilateral estratificada por metástasis pulmonares y / o hepáticas, quimioterapia previa para enfermedad avanzada y pareja endocrina por SRI

Figura 10 - Estudio MONALEESA-7 (E2301) - Gráfico de Kaplan-Meier de la SG (PCA) (fecha límite: 30 de noviembre de 2018)



La prueba del orden logarítmico y el modelo de Cox se estratificaron por la presencia de metástasis pulmonares, hepáticas o ambas; por la quimioterapia anterior para el tratamiento de una enfermedad avanzada; y por la endocrinoterapia de combinación consignada en el sistema de respuesta interactivo (SRI).

Figura 11 - Estudio MONALEESA-7 (E2301) - Gráfico de Kaplan-Meier de la SG en las pacientes tratadas con un IANE (fecha límite: 30 de noviembre de 2018)



El cociente de riesgos instantáneo se calculó con el modelo de Cox sin estratificar.

Además, el tiempo de progresión en la terapia de próxima línea o muerte (SLP2) en pacientes en el brazo de Kisqali™ fue más largo en comparación con los pacientes en el brazo de placebo (HR: 0,692, IC del 95%: 0,548; 0,875). La mediana de la SLP2 fue de 32,3 meses (IC del 95%: 27,6; 38,3) en el grupo del placebo y no se alcanzó (IC del 95%: 39,4; NE) en el grupo de Kisqali™. Los resultados observados en el subgrupo del IANE fueron parecidos: HR de 0,660 (IC del 95%: 0,503; 0,868) y mediana de SLP2 de 32,3 meses (IC del 95%: 26,9; 38,3) en el grupo placebo frente a una mediana que no se alcanzó (IC del 95%: 39,4; NE) en el grupo de ribociclib.

Estudio CLEE011F2301 (MONALEESA-3)

Kisqali™ se evaluó en un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de ribociclib en combinación con fulvestrant para el tratamiento de hombres y mujeres postmenopáusicas con cáncer de mamá avanzado positivo para HR, y negativo para HER2, que no habían recibido o habían recibido sólo una línea de terapia endócrina previa.

Un total de 726 pacientes fueron aleatorizados en una proporción de 2:1 para recibir Kisqali™ 600 mg y fulvestrant (n=484) o placebo y fulvestrant (n=242), estratificados de acuerdo con la presencia de metástasis hepáticas y/o pulmonares [Sí (n=351 (48,3%)) versus No (n = 375 (51,7%))], terapia endócrina previa [A (n=354 (48,8%)) vs B (n=372 (51,2%))]. Los pacientes de primera línea con cáncer de mama avanzado (A) incluyen cáncer de mama avanzado de novo sin terapia endocrina previa y pacientes que recayeron después de 12 meses de finalización de la terapia endocrina (neo) adyuvante.

El subgrupo de pacientes de segunda línea (B) incluye aquellos pacientes cuya enfermedad recayó durante la terapia adyuvante o menos de 12 meses después de la finalización de la terapia adyuvante endocrina, y aquellos que progresaron a la terapia endocrina de primera línea. Las características demográficas y las características basales de la enfermedad fueron equilibradas y comparables entre los grupos de estudio. Kisqali™ 600 mg o placebo se administraron por vía oral diariamente durante 21 días consecutivos seguidos por 7 días de descanso de tratamiento combinado con fulvestrant 500 mg administrado por vía intramuscular en el Ciclo 1 Día 1, Ciclo

1 Día 15, Ciclo 2 Día 1 y cada 28 días a partir de entonces.

Los pacientes incluidos en este estudio tenían una edad media de 63 años (rango 31 a 89). El 46,7% de los pacientes tenían más de 65 años, incluido el 13,8% de los pacientes de 75 años o más. Los pacientes incluidos eran caucásicos (85,3%), asiáticos (8,7%) o negros (0,7%). Casi todos los pacientes (99,7%) tenían un estado de rendimiento ECOG de 0 o 1. Pacientes de primera y segunda línea se inscribieron en este estudio (de los cuales el 19,1% de los pacientes tenían enfermedad metastásica de novo). 42,7% de los pacientes habían recibido quimioterapia adyuvante vs 13,1% en el entorno neoadyuvante y 58,5% habían recibido terapia endócrina adyuvante vs 1,4% en el contexto neoadyuvante antes del ingreso al estudio. 21,2% de los pacientes tenían enfermedad solo ósea y 60,5% de los pacientes tenían enfermedad visceral. Los datos demográficos y las características iniciales de la enfermedad fueron equilibrados y comparables entre los grupos de estudio.

Análisis primario

El punto final primario para el estudio se realizó después de observar 361 eventos de supervivencia libre de progresión (SLP) usando criterios de evaluación de respuesta en tumores sólidos (RECIST v1.1), en base a la evaluación del investigador en el conjunto de análisis completo (todos los pacientes aleatorizados) y confirmados por una evaluación radiológica central aleatoria independiente ciega (BIRC) de un subgrupo del 40%. La mediana del tiempo de seguimiento en el momento del análisis de la SLP primaria fue de 20,4 meses.

Los análisis de SLP basados en el BIRC respaldaron los resultados de eficacia primarios, el cociente de riesgos instantáneos de SLP fue 0,492 (IC 95%: 0,345; 0,703).

Los principales resultados de eficacia demostraron una mejoría estadísticamente significativa en la SLP en pacientes que recibieron Kisqali™ más fulvestrant en comparación con los pacientes que recibieron placebo más fulvestrant en el conjunto de análisis completo (hazard ratio [HR] = 0,593 con IC 95%: 0,480, 0,732, estratificado de un lado log-rank test p-value 4.1×10^{-7}), con una reducción estimada del 41% en el riesgo relativo de progresión o muerte a favor del brazo fulvestrant más Kisqali™. La mediana de la SLP (IC del 95%) fue de 20,5 meses (18,5; 23,5) en el brazo fulvestrant más Kisqali™ y de 12,8 meses (10,9; 16,3) en el brazo placebo más fulvestrant. La curva de Kaplan-Meier y el gráfico de bosque para SLP se proporciona en la Figura 12 y Figura 13 respectivamente.

Figura 12 - MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de Kaplan-Meier de SLP basado en la revisión del investigador (fecha de corte 03/Nov/2017).

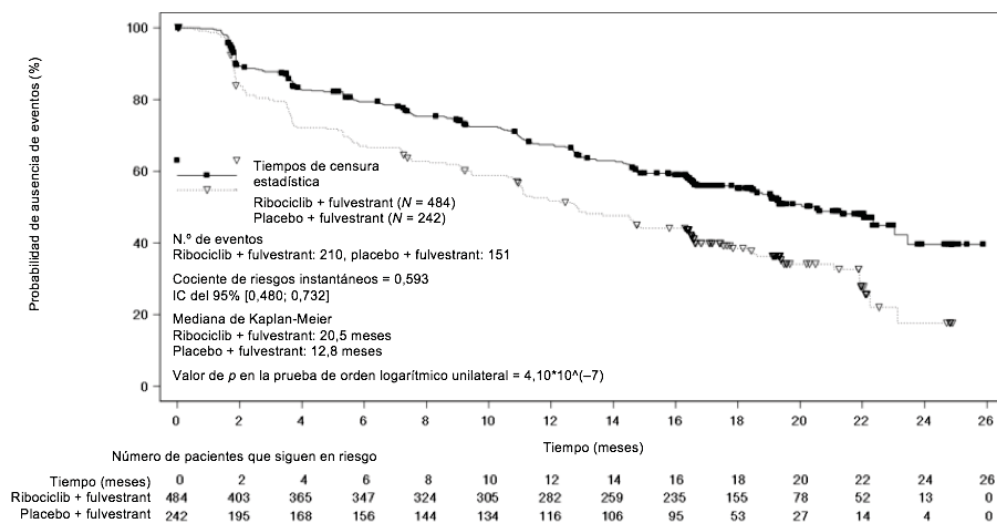
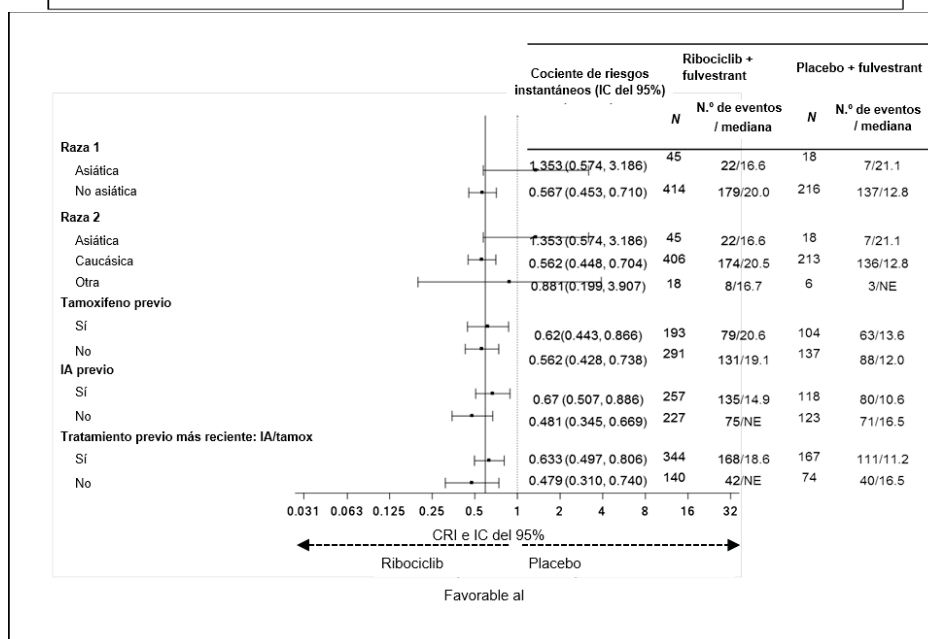
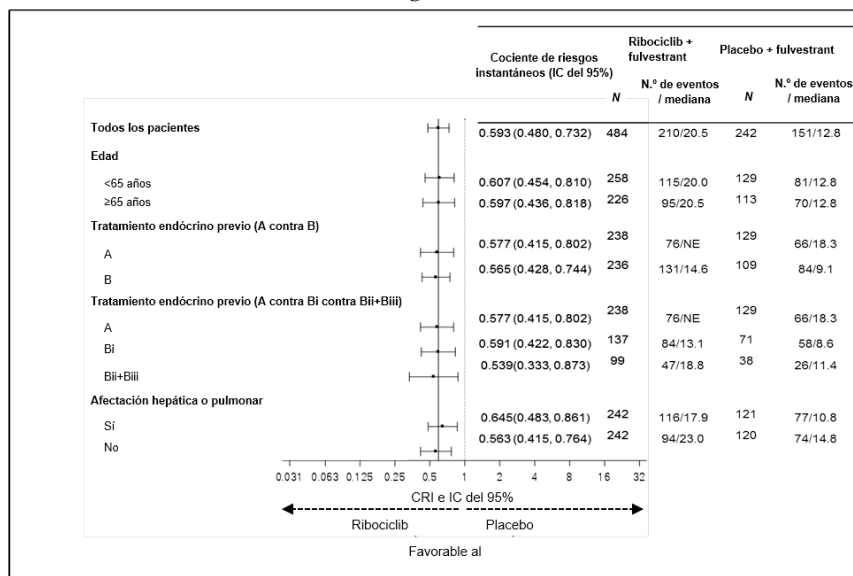
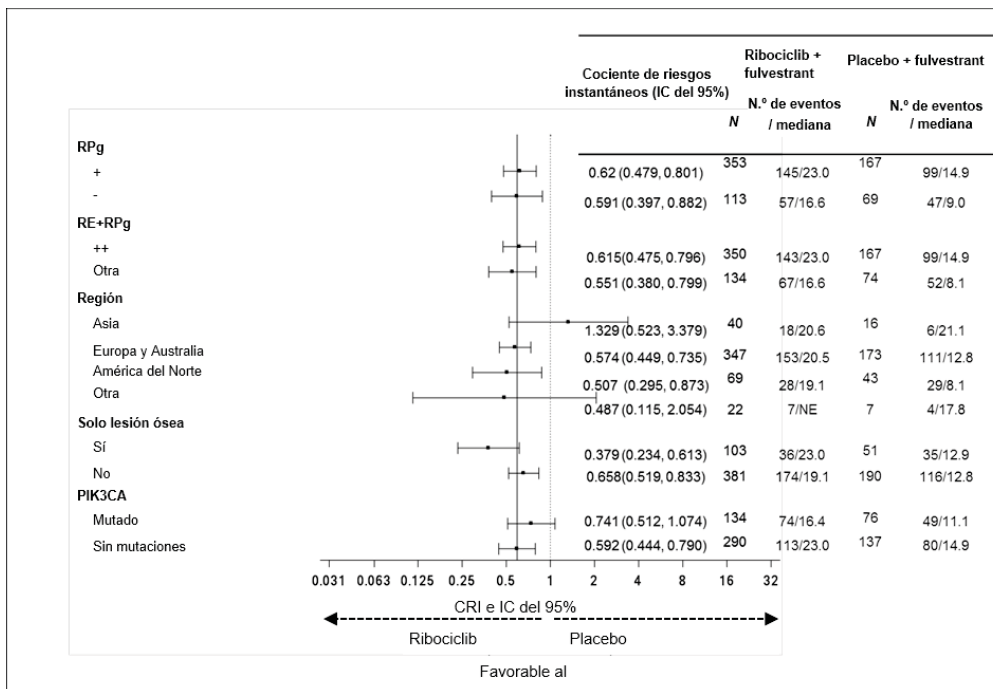
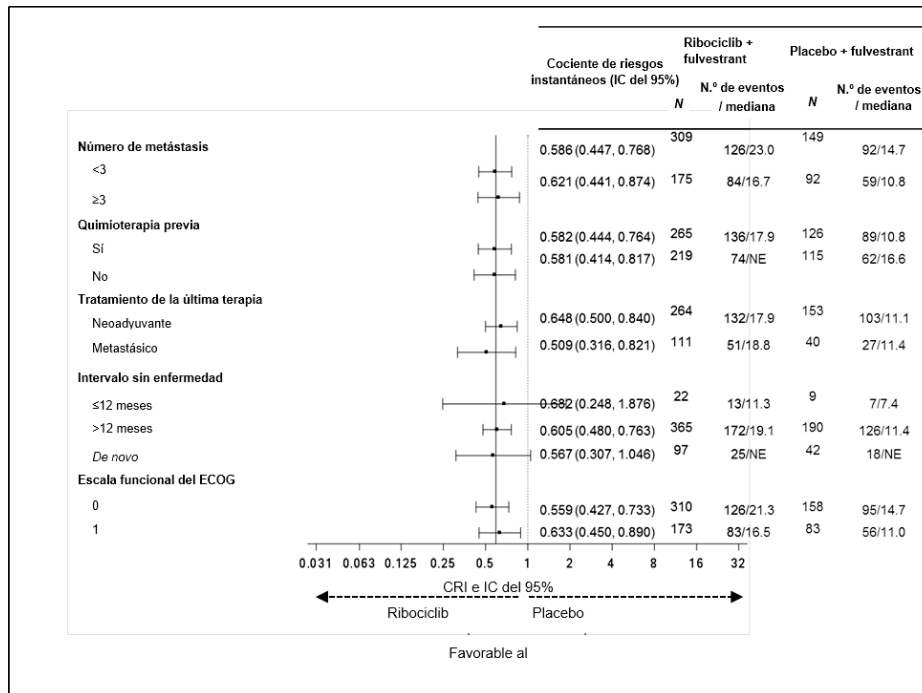
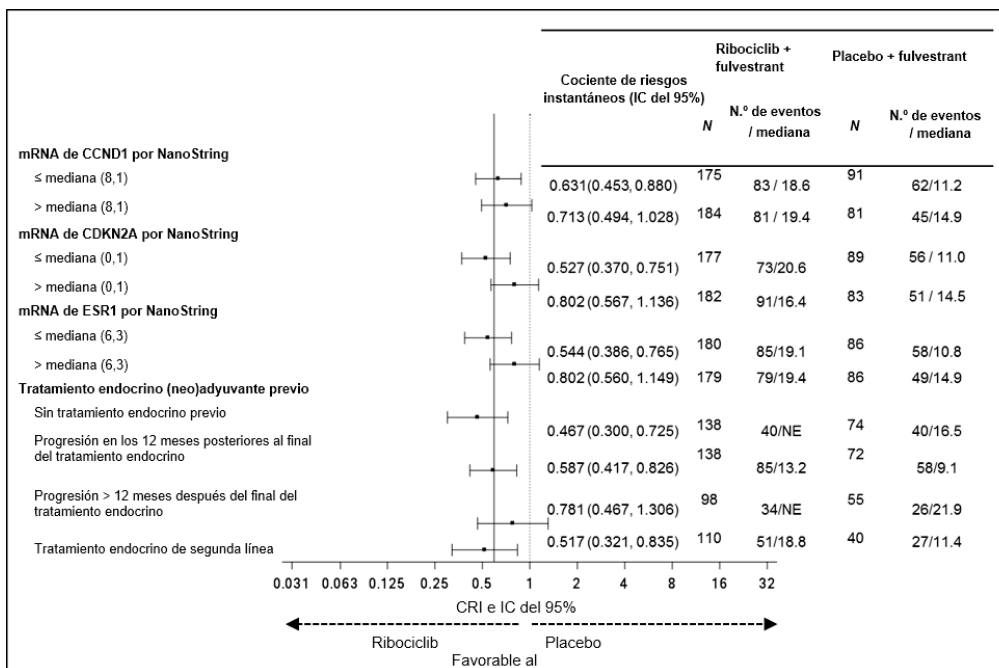
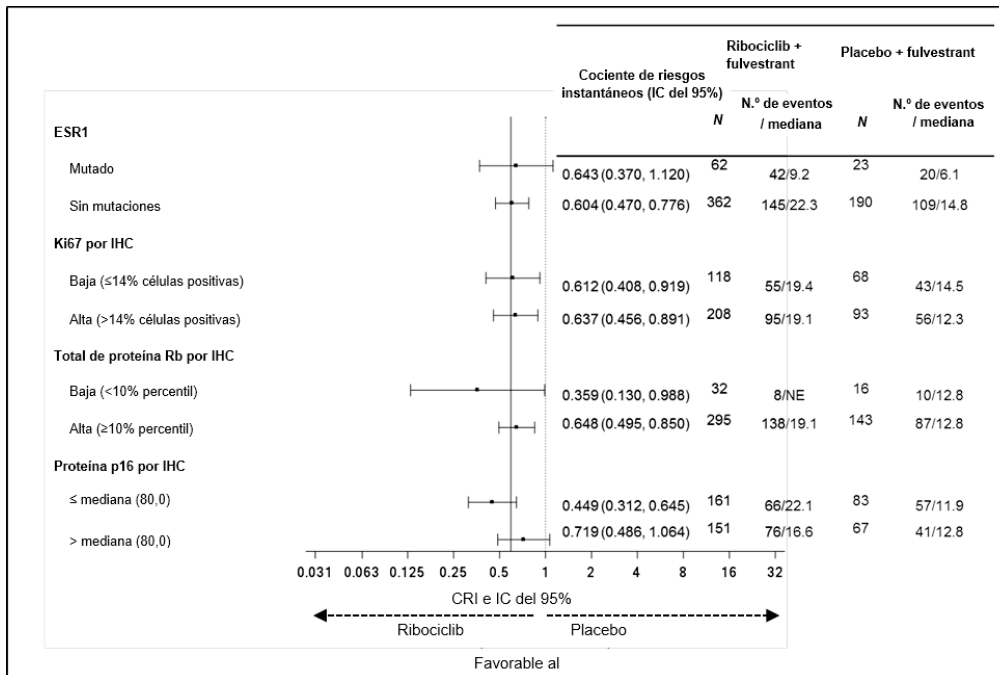


Figura 13 - MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de bosque de SLP basada en la revisión del investigador







[Fuente de la nota de pie: **Tabla FIR 4-3** nota de pie] La terapia endocrina previa (A frente a B) se clasifica como la siguiente usando datos de CRF:

A) El tratamiento sin tratamiento previo para enfermedad metastásica / avanzada (aBC) incluye:

i. Recaída > 12 meses después de la finalización de (neo) adyuvante ET (terapia endocrina) sin tratamiento posterior para aBC, o

ii. De nuevo aBC (sin exposición previa a ET).

B) Recibir hasta 1 línea ET para aBC incluye:

- i. Recaída en o dentro de los 12 meses posteriores a la finalización de la ET (neo) adyuvante, sin tratamiento posterior para una BC, o
- ii. Recaída > 12 meses desde la finalización de la ET (neo) adyuvante y la progresión en o después de la ET posterior para una BC, o
- iii. aBC en el momento del diagnóstico que progresó en o después de ET para un CB sin tratamiento previo (neo) adyuvante para la enfermedad temprana.

La tasa de beneficio clínico en el brazo Kisqali™ en combinación con fulvestrant y en el grupo placebo en combinación con fulvestrant se resume en la Tabla 9.

Tabla 9- MONALEESA-3 (F2301) Resultados de eficacia (ORR, CBR) basados en la evaluación del investigador (fecha de corte 03/Nov/2017)

Análisis	Kisqali™ + fulvestrant (%, 95% IC)	Placebo + fulvestrant (%, 95% IC)	p-value
Conjunto de análisis completo	N=484	N=242	
Tasa de respuesta global ^a	32,4 (28,3; 36,6)	21,5 (16,3; 26,7)	0,000912
Tasa de beneficio clínico ^b	70,2 (66,2; 74,3)	62,8 (56,7; 68,9)	0,020
Pacientes con enfermedad mensurable	N=379	N=181	
Tasa de respuesta global ^a	40,9 (35,9; 45,8)	28,7 (22,1; 35,3)	0,003
Tasa de beneficio clínico ^b	69,4 (64,8; 74,0)	59,7 (52,5; 66,8)	0,015

^aORR: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial

^bCBR: proporción de pacientes con respuesta completa + respuesta parcial + (enfermedad estable o respuesta no completa / enfermedad no progresiva > = 24 semanas)

El estado de salud global / calidad de vida (CdV) fue similar entre el brazo fulvestrant más Kisqali™ y el brazo placebo más fulvestrant. La principal medida de CdV preespecificada fue el Tiempo hasta el Deterioro (TTD) en el estado de salud global. El deterioro definitivo del 10% se definió como un empeoramiento del puntaje (escala de salud global EORTC QLQ-C30) en al menos 10% en comparación con el valor inicial, sin mejoría posterior por encima de este umbral observado durante el período de tratamiento o muerte por cualquier causa. La adición de Kisqali™ a fulvestrant dio como resultado el retraso en el TTD, en el puntaje de escala de salud EORTC QLQ-C30 global, en comparación con placebo más fulvestrant (mediana no estimable frente a 19,4 meses, HR de 0,795 [IC 95%: 0,602; 1,050]; p-valor 0,051.

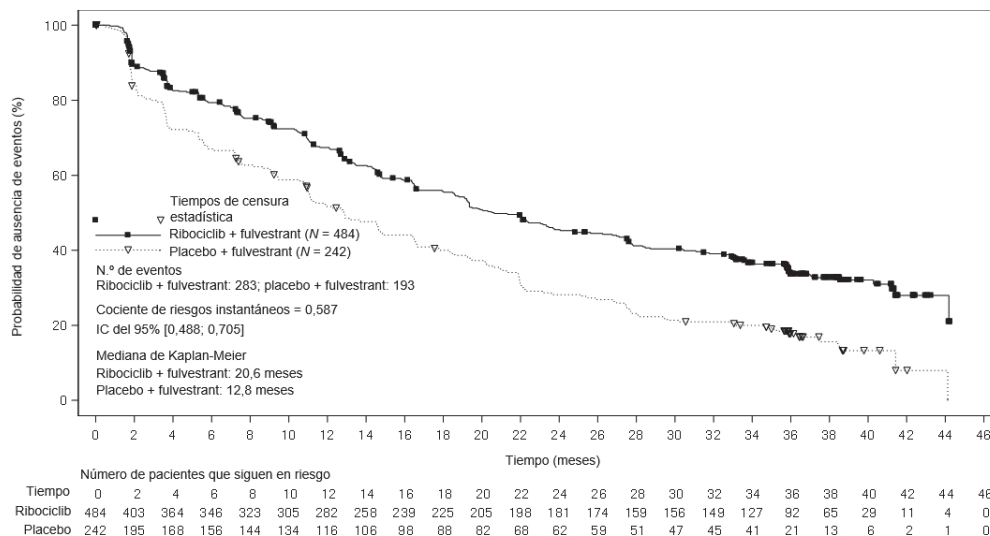
Análisis final de la SG

Dado que no se había alcanzado la mediana de SLP para los pacientes de primera línea en el momento del análisis primario, se realizó una actualización descriptiva de los resultados de eficacia primaria (SLP) en el momento del segundo análisis intermedio de la SG, y los resultados actualizados de SLP se resumen en la Tabla 10 y la curva de Kaplan-Meier se proporciona en la Figura 14.

Tabla 10 - MONALEESA-3 (F2301) Resultados de eficacia primaria (SLP) basados en la evaluación del investigador (fecha de corte 03/Nov/2017)

	Kisqali™ + fulvestrant N=484	Placebo + fulvestrant N=242
Supervivencia libre de progresión		
Mediana SLP [meses] (95% IC)	20,6 (18,6 – 24,0)	12,8 (10,9 – 16,3)
Cociente de riesgo (95% IC)	0,587 (0,488 – 0,705)	

Figura 14 - MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de Kaplan-Meier de SLP basado en la revisión del investigador (fecha de corte 03/Jun/2019)



Los resultados fueron consistentes en los subgrupos de edad preespecificados, quimioterapia adyuvante o neoadyuvante previa o terapias hormonales, afectación hepática y / o pulmonar y enfermedad metastásica ósea únicamente. Los análisis de subgrupos basados en una terapia endócrina previa son presentados en la Tabla 11.

Tabla 11 - MONALEESA-3 (F2301) Resultados de eficacia primaria (SLP) para el subgrupo con terapia endócrina previa (fecha de corte 03-Jun-19)

Análisis actualizado de la SLP para el subgrupo con terapia endocrina previa (fecha de corte 3 de junio 19)		
Configuración de primera línea	Ribociclib 600 mg N=237	Placebo N=128
Número de eventos – n [%]	112 (47,3)	95 (74,2)
Mediana de SLP [meses] (95% CI)	33,6 (27,1; 41,3)	19,2 (14,9; 23,6)
Cociente de riesgo (IC 95%)	0,546 (0,415; 0,718)	
Configuración de segunda línea o con una recaída temprana	Ribociclib 600 mg N=237	Placebo N=109
Número de eventos – n [%]	167 (70,5)	95 (87,2)
Mediana de SLP [meses] (95% CI)	14,6 (12,5; 18,6)	9,1 (5,8; 11,0)
Cociente de riesgo (IC 95%)	0,571 (0,443; 0,737)	

IC=intervalo de confianza

Definición de primera línea = recidiva de cáncer de mama o recidiva de diagnóstico reciente (de novo) después de 12 meses de la finalización de la terapia endocrina (neo) adyuvante sin tratamiento para la enfermedad avanzada o metastásica

Definición de segunda línea y una recaída temprana = recaída en o dentro de los 12 meses posteriores a la finalización de la terapia endocrina (neo) adyuvante sin tratamiento para la enfermedad avanzada o metastásica (recaída temprana), recaída después de 12 meses desde la finalización de la terapia adyuvante (neo) con progresión posterior después de una línea de terapia endocrina para enfermedad

avanzada o metastásica, o cáncer de mama avanzado o metastásico en el momento del diagnóstico que progresó después de una línea de terapia endocrina para enfermedad avanzada sin tratamiento adyuvante previo (neo) para la enfermedad temprana

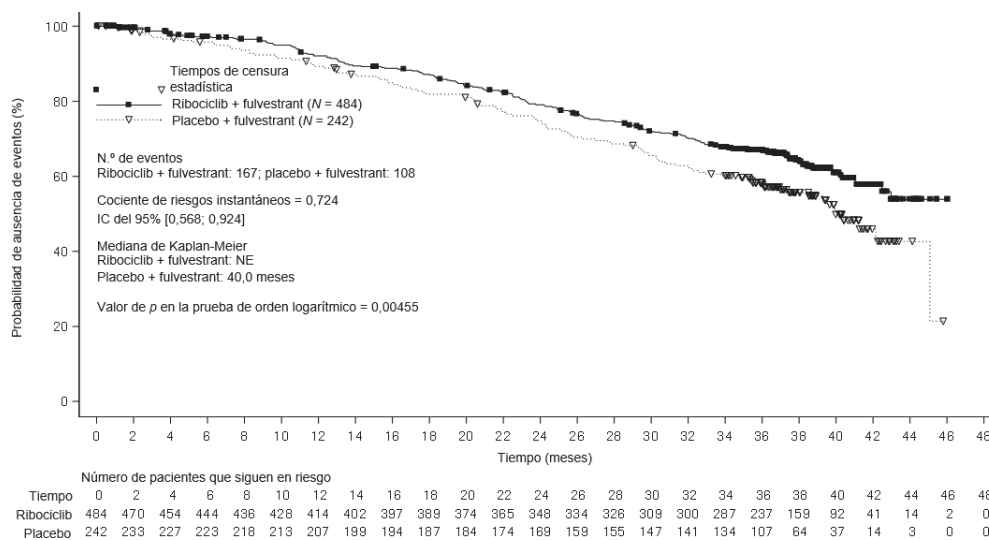
En el segundo análisis intermedio de SG preespecificado, el estudio cruzó el límite de detención de Lan-DeMets (O'Brien-Fleming) preespecificado, lo que demuestra una mejora estadísticamente significativa en SG.

Los resultados de supervivencia global de este análisis intermedio con corte del 03-Jun-19 se proporcionan en la Tabla 12 y en la Figura 15.

Tabla 12 - MONALEESA-3 (F2301) Resultados de eficacia (SG) a (fecha de corte 03-Jun-19)

	Kisqali 600 mg	Placebo
Población total estudiada	N=484	N=242
Número de eventos – n [%]	167 (34,5)	108 (44,6)
Mediana de SG [meses] (95% CI)	NE (NE; NE)	40 (37; NE)
Cociente de riesgo (IC 95%)	0,724 (0,568; 0,924)	
Valor p	0,00455	
- [1] El valor P unilateral se obtiene de la prueba de log-rank estratificada por metástasis pulmonares y / o hepáticas, terapia endocrina previa por IRT. El valor P es unilateral y se compara con un umbral de 0.01129 según lo determinado por la función de gasto alfa de Lan-DeMets (O'Brien-Fleming) para un nivel de significancia general de 0.025. - [2] El cociente de riesgo se obtiene del modelo Cox PH estratificado por metástasis pulmonares y / o hepáticas, terapia endocrina previa por IRT. NE = no estimable		

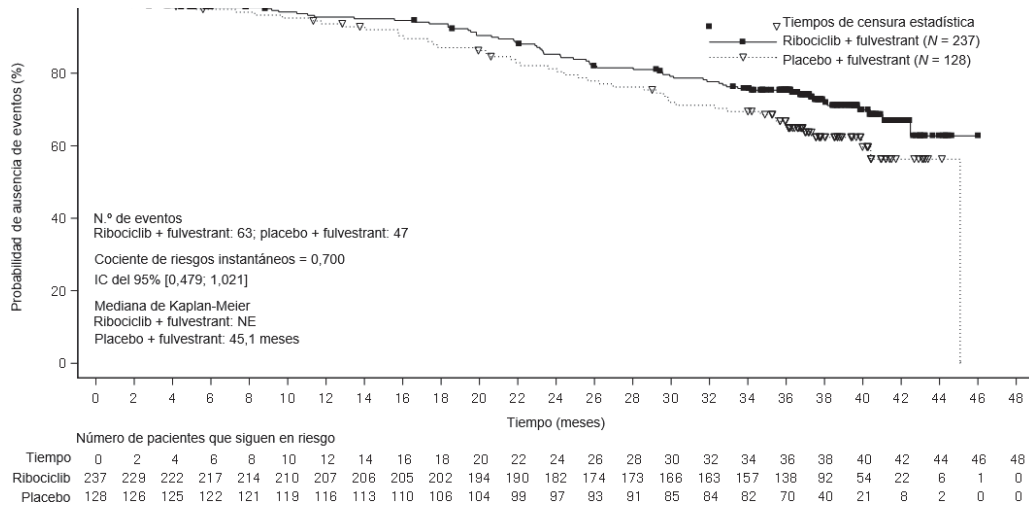
Figura 15- MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de Kaplan Meier de SG (fecha de corte 03/Jun/2019)



La prueba de log-rank y el modelo de Cox se estratifican por metástasis pulmonares y / o hepáticas, quimioterapia previa para enfermedad avanzada y pareja de combinación endocrina por IRT

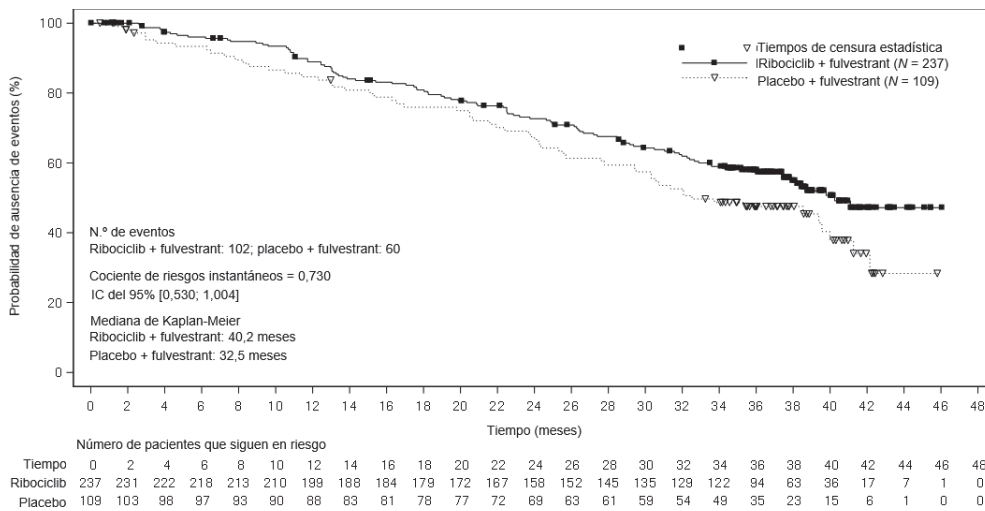
Los resultados de SG para los análisis de subgrupos se presentan en las Figura 16, Figura 17 y Figura 18.

Figura 16 - MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de Kaplan Meier de pacientes sin tratamiento previo con SG en el contexto de enfermedad metastásica / avanzada (fecha de corte 03/Jun/2019)



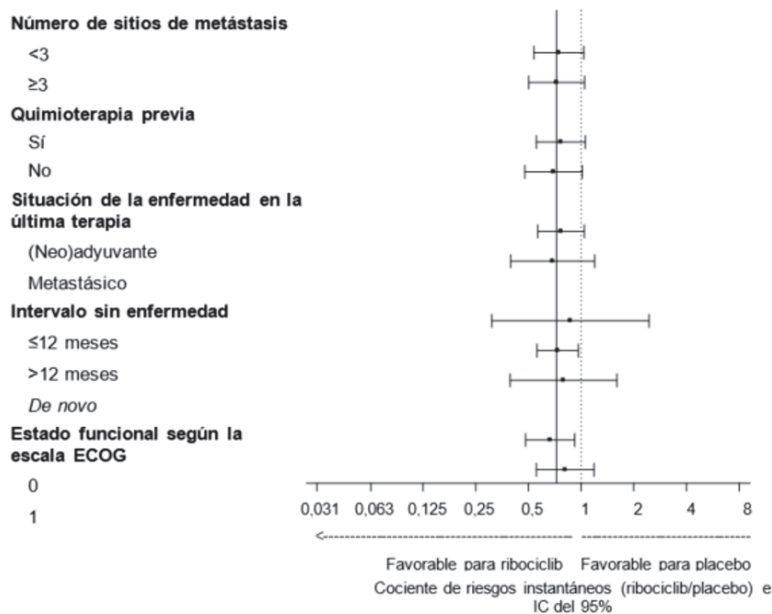
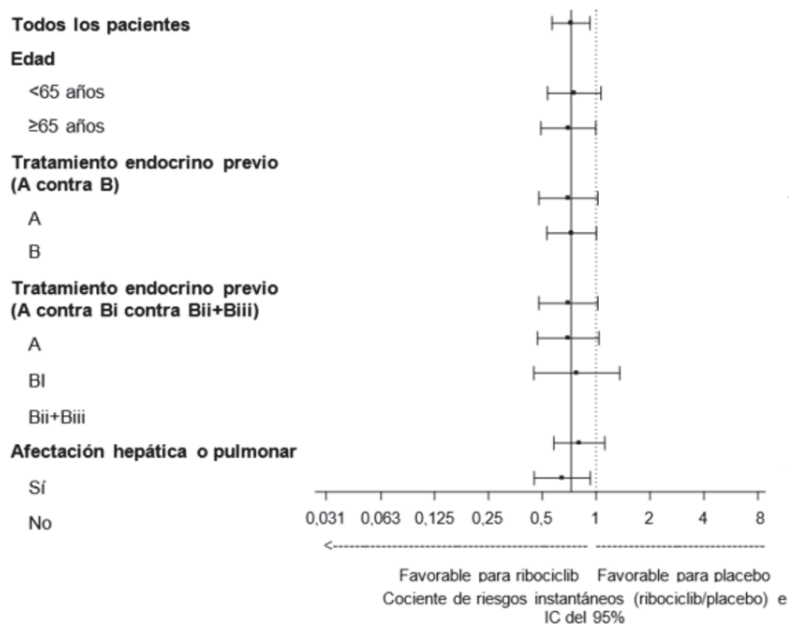
HR La razón de riesgo se basa en el modelo de Cox no estratificado

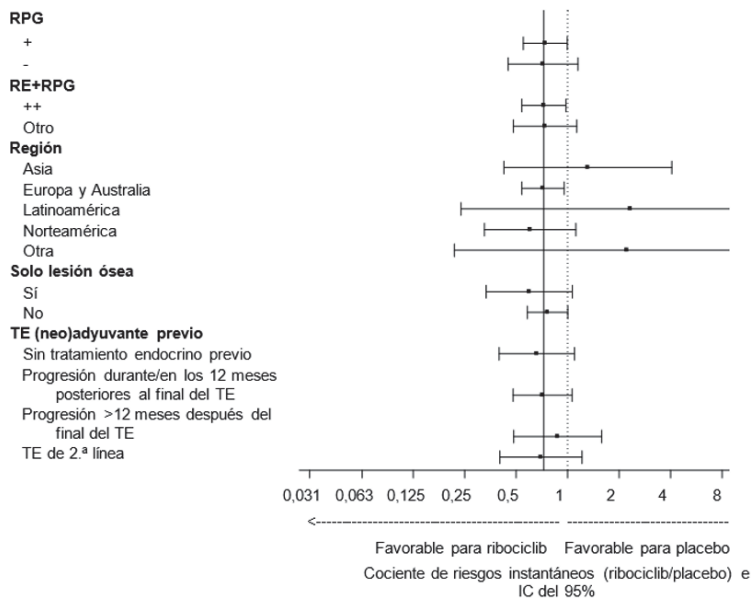
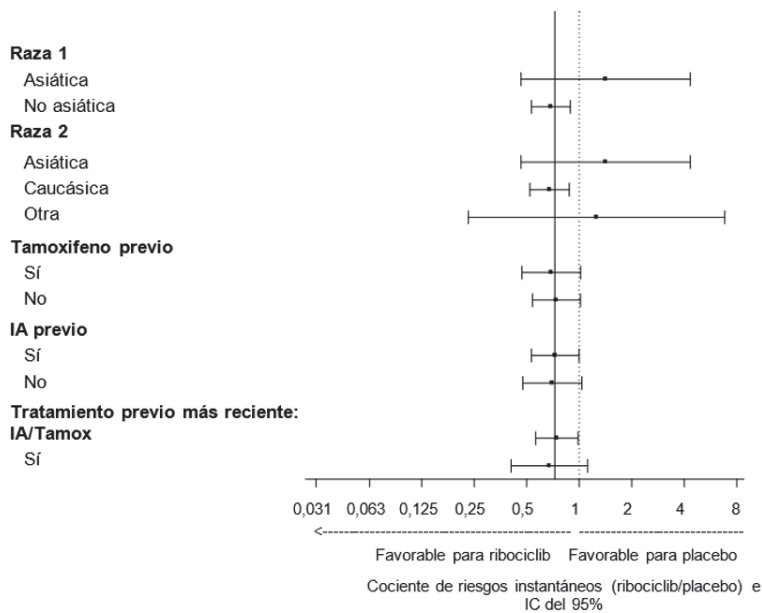
Figura 17 - MONALEESA-3 (F2301) Diagrama de Kaplan Meier de SG en pacientes que recibieron hasta 1 línea de tratamiento para la enfermedad metastásica / avanzada (fecha de corte 03/Jun/2019)



HR La razón de riesgo se basa en el modelo de Cox no estratificado

Figura 18 - MONALEESA-3 (F2301) Gráfico de bosque de SG del análisis de subgrupos (fecha de corte 03/Jun/2019)





La línea de puntos no muestra ningún punto de efecto, y la línea en negrita muestra el punto de efecto del tratamiento general.

HR (IC 95%) se basa en el modelo Cox PH estratificado por metástasis pulmonares y / o hepáticas, y la terapia endocrina previa por IRT.

Excepción: para los análisis de subgrupos relacionados con factores de estratificación (metástasis hepáticas / pulmonares y terapia endocrina previa), se utilizan modelos no estratificados.

Los subgrupos se derivan de CRF.

Además, el tiempo de progresión en la terapia de la siguiente línea o la muerte (SLP2) en pacientes en el grupo de Kisqali™ fue más largo en comparación con los pacientes en el grupo de placebo (HR: 0,670 (IC 95%: 0,542; 0,830)) en la población general del estudio. La mediana de SLP2 fue de 39,8 meses (IC 95%: 32,5; NE) para el grupo de Kisqali™ y 29,4 meses (IC 95%: 24,1; 33,1) en el grupo de placebo.

Eficacia clínica en pacientes aquejadas de cáncer de mama con positividad de RH y negatividad de HER2 (estudio CLEE011X2107)

El ensayo CLEE011X2107 es un estudio multicéntrico de fase Ib de la combinación de Kisqali™ con letrozol, administrados con o sin alpelisib, en pacientes adultas que padecen de cáncer de mama avanzado con positividad de RH y negatividad de HER2. La combinación de 600 mg/d de Kisqali™ (administrado durante 3 semanas seguidas de una semana sin tratamiento) y 2,5 mg/d de letrozol se estudió en la fase de administración de dosis escalonadas (pacientes con tratamiento previo [n = 19]) y en la fase de continuación con la dosis elegida (pacientes de primera línea [n = 28]) en uno de los grupos del estudio.

Los datos de las pacientes tratadas en primera línea con 600 mg de Kisqali™ + 2,5 mg de letrozol revelan una actividad clínica que se refleja en la TRG y la TBC: la TRG fue del 39,3% y la TBC, del 78,6%. La proporción de pacientes sin progresión al cabo de 15 meses, estimada por el método de Kaplan-Meier, era del 57,5% en la fase de continuación. En las 24 pacientes con tumor mensurable, la TRG fue del 45,8% y la TBC, del 79,2%.

Datos sobre toxicidad preclínica

Ribociclib se evaluó en estudios de seguridad farmacológica, toxicidad tras dosis repetidas, genotoxicidad, toxicidad para la función reproductora y fototoxicidad.

Seguridad farmacológica

Ribociclib no afecta el funcionamiento del sistema nervioso central ni del aparato respiratorio. Los estudios de toxicidad cardíaca realizados en perros *in vivo* mostraron una prolongación del intervalo QTc relacionada con la dosis y la concentración de fármaco a la exposición que se espera obtener en pacientes tratadas con la dosis recomendada de 600 mg. Asimismo, cabe la posibilidad de que se induzcan contracciones ventriculares prematuras a exposiciones elevadas (aproximadamente 5 veces la C_{máx} clínica anticipada).

Toxicidad tras dosis repetidas

Los estudios de toxicidad con dosis repetidas (con la pauta de 3 semanas de tratamiento y 1 semana sin tratamiento) de 27 semanas de duración en ratas y de 39 semanas de duración en perros revelaron que el principal órgano afectado por la toxicidad de ribociclib era el sistema hepatobiliar (cambios proliferativos, colestasis, cálculos del tamaño de granos de arena en la vesícula biliar y bilis espesa). Los órganos, aparatos o sistemas afectados en asociación con la acción farmacológica de ribociclib en los estudios con dosis repetidas fueron la médula ósea (hipocelularidad), el sistema linfático (reducción linfocítica), la mucosa intestinal (atrofia), la piel (atrofia), los huesos (disminución de la osteogénesis), los riñones (degeneración y regeneración simultánea de las células epiteliales de los túbulos) y los testículos (atrofia). Aparte de la atrofia observada en los testículos, que tendía a revertir, el resto de las alteraciones revertían por completo al cabo de un período de 4 semanas sin tratamiento. Dichos efectos pueden estar vinculados a un efecto antiproliferativo directo en las células germinativas testiculares que da por resultado la atrofia de los conductos seminíferos. La exposición a ribociclib en los estudios de toxicidad en animales era por lo general inferior o igual a la observada en las pacientes que reciben dosis múltiples de 600 mg/d (basada en el AUC).

Toxicidad para la función reproductora y fecundidad

Ver “Embarazo, lactancia, mujeres con capacidad de procrear y pacientes varones” en

“PRECAUCIONES”.

Genotoxicidad

Los estudios de genotoxicidad en sistemas bacterianos *in vitro* y en sistemas mamíferos *in vitro* e *in vivo*, con o sin activación metabólica, no revelaron ninguna evidencia de que ribociclib sea potencialmente mutágeno.

Fototoxicidad

Ribociclib absorbe luz en la gama de los rayos ultravioletas A y B. Una prueba de fototoxicidad *in vitro* no identificó ningún potencial fototóxico relevante para ribociclib. El riesgo de que ribociclib cause fotosensibilización en las pacientes se considera muy bajo.

Carcinogenia

La carcinogenia de ribociclib se evaluó en un estudio de 2 años de duración en ratas.

La administración oral de ribociclib durante 2 años provocó una mayor incidencia de tumores epiteliales del endometrio e hiperplasia glandular y escamosa uterina o cervicouterina en ratas hembra tratadas con dosis ≥ 300 mg/Kg/d; también aumentó la incidencia de tumores foliculares en las glándulas tiroideas de las ratas macho con dosis de 50 mg/Kg/d. La exposición media en el estado de equilibrio (AUC_{0-24h}) en las ratas hembra y macho que evidenciaron cambios neoplásicos fue entre 1,2 y 1,4 veces mayor que la de los pacientes tratados con la dosis recomendada de 600 mg/d, respectivamente, y entre 2,2 y 2,5 veces mayor que la de los pacientes que recibieron la dosis recomendada de 400 mg/d, respectivamente.

Se observaron otras alteraciones proliferativas no neoplásicas, como un mayor número de focos de hepatocitos alterados en el hígado (células basófilas y claras) e hiperplasia de células intersticiales testiculares (células de Leydig) en las ratas macho que recibieron dosis ≥ 5 mg/Kg/d y 50 mg/Kg/d, respectivamente.

Los efectos en el útero o el cuello uterino y en las células intersticiales testiculares (células de Leydig) podrían guardar relación con la hipoprolactinemia persistente, secundaria a la disfunción de las células lactotropas hipofisarias por inhibición de la CDK4, que altera el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

Entre los mecanismos que explicarían los hallazgos tiroideos en los machos figuran una inducción de enzimas microsómicas hepáticas propia de los roedores o a una desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-testicular y tiroideo secundaria a una hipoprolactinemia específica persistente.

Cualquier posible aumento del cociente estrógeno/progesterona en los seres humanos a través de este mecanismo se vería compensado por la acción inhibitoria de la terapia antiestrogénica concomitante sobre la síntesis de estrógenos, ya que, en los seres humanos, Kisqali™ está indicado en combinación con un fármaco que reduce los niveles de estrógeno.

Teniendo en cuenta las importantes diferencias entre los roedores y los seres humanos en lo relativo a la síntesis y la función de la prolactina, no se espera que este modo de acción tenga consecuencias para los seres humanos.

POSOLÓGIA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN

El tratamiento con Kisqali™ debe iniciarlo un médico con experiencia en el uso de tratamientos antineoplásicos.

Pauta posológica

Población destinataria general

La dosis recomendada de Kisqali™ es de 600 mg (3 comprimidos recubiertos de 200 mg) por vía oral una vez al día durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días sin tratamiento con los que se completa el ciclo de 28 días. Kisqali™ se puede tomar con o sin alimentos (ver “*Interacciones*”).

Cuando se administra conjuntamente con Kisqali™, la dosis recomendada de letrozol es de 2.5 mg,

que se tomará una vez al día durante todo el ciclo de 28 días. Consulte el prospecto de letrozol. En caso de administrarse con otro inhibidor de la aromatasas consultar el prospecto del mismo. Las pacientes deben tomar la dosis de Kisqali™ y de letrozol u otro inhibidor de la aromatasas aproximadamente a la misma hora todos los días, preferiblemente por la mañana. Cuando se administra conjuntamente con Kisqali™, la dosis recomendada de fulvestrant es de 500 mg administrados por vía intramuscular los días 1, 15 y 29, y una vez al mes a partir de ese momento. Consulte la información de prescripción completa de fulvestrant. El tratamiento con Kisqali™ en mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas, o en varones, debe incluir la coadministración de un agonista de la LHRH conforme a las normas de la práctica clínica local.

Modificaciones posológicas

En caso de producirse reacciones adversas severas o intolerables es posible que haya que interrumpir temporalmente la administración, reducir la dosis o retirar el tratamiento con Kisqali™. Si está indicado reducir la dosis, en la Tabla 13 se resumen las directrices relativas a las modificaciones posológicas recomendadas en las pacientes que presenten reacciones adversas.

Tabla 13 - Directrices relativas a las modificaciones posológicas recomendadas en las pacientes con reacciones adversas

	Kisqali™	
	Dosis	Número de comprimidos
Dosis inicial	600 mg/día	3 comprimidos de 200 mg
Primera reducción de dosis	400 mg/día	2 comprimidos de 200 mg
Segunda reducción de dosis	200 mg/día*	1 comprimido de 200 mg

*Si es necesario reducir la dosis a menos de 200 mg/día, se discontinuará el tratamiento.

En las Tabla 14, 15, 16, 17 y 18 se resumen las recomendaciones relativas a la interrupción de la administración, la reducción de la dosis o la retirada del tratamiento con Kisqali™ en el caso de determinadas reacciones adversas. Será el juicio clínico del médico responsable, basado en un balance de los riesgos y beneficios, el que oriente el plan terapéutico de cada paciente (ver “ADVERTENCIAS”, “PRECAUCIONES” y “REACCIONES ADVERSAS”).

Tabla 14 - Neutropenia: modificaciones posológicas y tratamiento

Neutropenia	Grado 1 o 2 (RAN 1000/mm ³ – <LIN)	Grado 3 (RAN 500 - <1000/mm ³)	Neutropenia febril de grado 3+*	Grado 4 (RAN <500/mm ³)
	No es necesario adaptar la dosis.	Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el grado sea igual o inferior a 2. Reanude la administración de Kisqali™ en el mismo nivel de dosis. Si reaparece una neutropenia de grado 3, interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que descienda a un grado ≤2, luego reanúdela en el nivel de dosis	Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que la neutropenia sea de grado igual o inferior a 2. Reanude la administración de Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior.	Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el grado sea igual o inferior a 2. Reanude la administración de Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior.

		inmediatamente inferior.		
	Antes de iniciar el tratamiento con Kisqali™ debe realizarse un hemograma completo. Una vez iniciado el tratamiento con Kisqali™ deben realizarse hemogramas completos cada 2 semanas durante los 2 primeros ciclos, al comienzo de cada uno de los 4 ciclos siguientes, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica.			
*Neutropenia de grado 3 con un único episodio de fiebre >38,3 °C (o) una temperatura sostenida superior a 38 °C durante más de una hora y/o una infección concurrente Las reacciones se clasifican según los Criterios terminológicos comunes para la clasificación de eventos adversos (CTCAE), versión 4.03.				

Tabla 15 - Reacciones adversas hepatobiliares: modificaciones posológicas y tratamiento

Elevación de la AST, la ALT o ambas respecto al inicio*, sin aumento de la bilirrubina total por encima de 2 × LSN	Grado 1 (>LSN a 3 × LSN)	Grado 2 (>3 a 5 × LSN)	Grado 3 (>5 a 20 × LSN)	Grado 4 (>20 × LSN)
	No es necesario adaptar la dosis.	Grado < 2 al inicio: Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el grado sea igual o inferior al inicial, y luego reanúdela en el mismo nivel de dosis. Si reaparece una elevación de grado 2, vuelva a administrar Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior. ----- Grado 2 al inicio: No interrumpa la administración de Kisqali™.	Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el grado sea de igual o inferior al inicial, y luego reanúdela en el nivel de dosis inmediatamente inferior. Si reaparece una elevación de grado 3, retire el tratamiento con Kisqali™.	Retire el tratamiento con Kisqali™.
Elevación de la AST, la ALT o ambas con aumento de la bilirrubina total y sin colestasis	Con independencia del grado inicial, si la ALT, la AST o ambas >3 × LSN y la bilirrubina total >2 × LSN, retire el tratamiento con Kisqali™.			
Antes de iniciar el tratamiento con Kisqali™ deben realizarse pruebas funcionales hepáticas (PFH). Una vez iniciado el tratamiento con Kisqali™ deben realizarse PFH cada 2 semanas durante los 2 primeros ciclos, al comienzo de cada uno de los 4 ciclos siguientes, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica. En caso de observarse anomalías de grado ≥2, se recomienda realizar PFH con mayor frecuencia.				
*Inicio = antes de iniciado el tratamiento. Las reacciones se clasifican según los Criterios terminológicos comunes para la clasificación de eventos adversos (CTCAE), versión 4.03.				

Tabla 16 - Prolongación del intervalo QT: modificaciones posológicas y tratamiento

ECG con QTcF >480 ms	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interrumpa la administración de Kisqali™. 2. Si el intervalo QT corregido con la fórmula de Fridericia (QTcF) desciende a <481 ms, reanude la administración de Kisqali™ en el siguiente nivel de dosis más bajo. 3. Si reaparece un intervalo QTcF ≥481 ms, interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el QTcF sea <481 ms y luego reanúdela en el nivel de dosis inmediatamente inferior.
ECG con QTcF >500 ms	<p>Si el intervalo QTcF > 500 ms: Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el intervalo QTcF sea <481 ms y luego reanúdela en el nivel de dosis inmediatamente inferior.</p> <p>Si el intervalo QTcF es >500 ms o se ha prolongado más de 60 ms respecto al intervalo inicial y también se observa taquicardia helicoidal (<i>torsade de pointes</i>) o taquicardia ventricular polimorfa o signos o síntomas de arritmia grave, retire definitivamente el tratamiento con Kisqali™.</p>
<p>Antes de iniciar el tratamiento es preciso llevar a cabo una evaluación electrocardiográfica (ECG). Una vez iniciado el tratamiento con Kisqali™, se repetirá el ECG en torno al día 14 del primer ciclo, al comienzo del segundo ciclo, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica.</p> <p>En caso de prolongación del intervalo QTcF durante el tratamiento, se recomienda realizar ECG con mayor frecuencia.</p>	

Tabla 17 - Modificación y manejo de la dosis para Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) / Neumonitis

EPI/neumonitis	Grado 1 (asintomático)	Grado 2 (sintomático)	Grado 3 o 4 (severo)
	No se requiere ajuste de dosis. Inicie la terapia médica adecuada y monitoree según esté clínicamente indicado	Interrumpa Kisqali hasta la recuperación a Grado ≤1, luego reanude Kisqali™ al siguiente nivel de dosis más bajo*.	Discontinúe Kisqali™

Calificación según CTCAE Versión 4.03.

* Se debe realizar una evaluación individualizada de riesgo-beneficio cuando se considera reanudar Kisqali

EPI = enfermedad pulmonar intersticial

Tabla 18 - Otras reacciones adversas*: modificaciones posológicas y tratamiento

Otras reacciones adversas	Grado 1 o 2	Grado 3	Grado 4
	No es necesario adaptar la dosis. Inicie el tratamiento médico pertinente y vigile a la paciente según esté indicado desde el punto de vista clínico.	Interrumpa la administración de Kisqali™ hasta que el Grado sea igual o inferior a 1, y luego reanúdela en el mismo nivel de dosis. Si reaparece una reacción de Grado 3, vuelva a administrar Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior.	Retire el tratamiento con Kisqali™.
<p>*Se excluyen la neutropenia, las reacciones adversas hepato biliares, la prolongación del intervalo QT y EPI/neumonitis. Las reacciones se clasifican según los Criterios terminológicos comunes para la clasificación de eventos adversos (CTCAE), versión 4.03.</p>			

Consultar la información de prescripción completa del inhibidor de aromatasa, fulvestrant o del agonista de LHRH coadministrado para las directrices relativas a la modificación posológica en caso de toxicidad u otra información de seguridad relevante.

Modificaciones posológicas para administrar Kisqali™ con inhibidores potentes de la CYP3A Debe evitarse el uso simultáneo de Kisqali™ con inhibidores potentes de la CYP3A y hay que considerar la posibilidad de usar un medicamento concomitante alternativo con una baja capacidad de inhibición de la CYP3A. Si fuera indispensable administrar un inhibidor potente de

la CYP3A, se reducirá la dosis de Kisqali™ a 200 mg una vez al día. Si se retira el tratamiento con el inhibidor potente de la CYP3A, se debe aumentar la dosis de Kisqali™ (una vez que hayan transcurrido al menos 5 vidas medias del inhibidor) a la dosis que se estaba utilizando antes de empezar a administrar el inhibidor (ver “ADVERTENCIAS”, “PRECAUCIONES” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Poblaciones especiales

Insuficiencia renal

Basado en el análisis farmacocinético de la población, no es necesario ajustar la dosis en las pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

En base a un estudio de insuficiencia renal en sujetos sanos y sujetos sin cáncer con insuficiencia renal grave, se recomienda una dosis inicial de 200 mg. Kisqali™ no se ha estudiado en pacientes con cáncer de mama con insuficiencia renal grave (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Insuficiencia hepática

Según los resultados de un estudio de la insuficiencia hepática llevado a cabo en sujetos sanos y en sujetos con insuficiencia hepática no aquejados de cáncer, no es preciso ajustar la dosis en las pacientes con disfunción hepática leve (grado A de la clasificación de Child-Pugh). Se debe ajustar la dosis en las pacientes con insuficiencia hepática moderada (grado B de la clasificación de Child-Pugh) y severa (grado C de la clasificación de Child-Pugh); la dosis inicial recomendada es de 400 mg. No se ha estudiado Kisqali™ en pacientes con cáncer de mama e insuficiencia hepática moderada o severa (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Consultar la información de prescripción completa del inhibidor de aromataza, fulvestrant o del agonista de LHRH co-administrado, para la modificación posológica en caso de insuficiencia hepática.

Pacientes pediátricos

Se tienen escasos datos en pacientes pediátricos y aún no se ha confirmado la seguridad ni la eficacia de Kisqali™ en esta población.

Pacientes mayores de 65 años

No es preciso ajustar la dosis en las pacientes mayores de 65 años (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Modo de administración

Kisqali™ debe tomarse por vía oral una vez al día y siempre a la misma hora, preferiblemente por la mañana, con o sin alimentos. Si la paciente vomita después de tomar el medicamento u olvida una dosis, no debe tomar una dosis suplementaria ese día, sino la dosis prescrita siguiente en el horario habitual. Los comprimidos de Kisqali™ deben ingerirse enteros (sin masticarlos, triturarlos ni partirlos antes de ingerirlos). No se deben tomar comprimidos rotos, agrietados o con otros signos de no estar intactos.

CONTRAINDICACIONES

Kisqali™ está contraindicado en las pacientes con hipersensibilidad al principio activo ó a cualquiera de los excipientes.

ADVERTENCIAS

Neutropenia

En los 3 estudios clínicos de fase III (MONALEESA-2 (A2301), MONALEESA-7 (E2301-NSAI) y MONALEESA-3 (F2301)), la neutropenia fue la reacción adversa notificada con mayor frecuencia

(75,4%) y se registraron descensos de las cifras de neutrófilos de grado 3 o 4 (según los datos de laboratorio) en el 62,0% de las pacientes que recibieron Kisqali™ más cualquier combinación en los estudios clínicos de fase III.

Entre las pacientes que presentaron una neutropenia de Grado 2, 3 o 4 en los estudios clínicos de fase III, la mediana del tiempo transcurrido hasta la aparición de la neutropenia fue de 17 días. La mediana del tiempo transcurrido hasta la resolución de la neutropenia de Grado ≥ 3 (es decir, hasta la normalización o una neutropenia de Grado < 3) fue de 12 días en el grupo que recibió Kisqali™ más cualquier combinación. La severidad de la neutropenia depende de la concentración. Se observó neutropenia febril en el 1,7% de las pacientes expuestas a Kisqali™ en los ensayos clínicos de fase III. El médico debe pedir a sus pacientes que notifiquen sin demora todo episodio febril (ver “REACCIONES ADVERSAS”).

Antes de iniciar el tratamiento con Kisqali™ debe realizarse un hemograma completo. Se repetirá cada 2 semanas durante los 2 primeros ciclos, al comienzo de cada uno de los 4 ciclos siguientes, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica.

La severidad de la neutropenia determinará si hay que interrumpir la administración, reducir la dosis o retirar el tratamiento con Kisqali™, según se describe en la Tabla 14 - Neutropenia: modificaciones posológicas y tratamiento (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”).

En las pacientes que presenten neutropenia de Grado 1 o 2 no es preciso ajustar la dosis de Kisqali™. En las pacientes que presenten neutropenia de Grado 3 afebril se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que el Grado sea igual o inferior a 2 y luego se reanudará en el mismo nivel de dosis. Si reaparece una neutropenia de Grado 3 afebril, se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que el Grado sea igual o inferior a 2 y luego se reanudará en el nivel de dosis inmediatamente inferior.

En las pacientes que presenten neutropenia febril de Grado 3 (recuento absoluto de neutrófilos — $RAN < 1000/mm^3$ con un único episodio de fiebre $> 38,3\text{ }^\circ\text{C}$ (o) fiebre superior a $38\text{ }^\circ\text{C}$ durante más de una hora) o en las que presenten neutropenia de Grado 4 se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que el Grado sea igual o inferior a 2 y luego se reanudará en el nivel de dosis inmediatamente inferior.

Toxicidad hepatobiliar

En los ensayos clínicos de fase III se observaron elevaciones de las transaminasas.

Se notificaron elevaciones de Grado 3 o 4 de la ALT (Kisqali™ + cualquier combinación: 11,2%; placebo + cualquier combinación: 1,7%) y de la AST (Kisqali™ + cualquier combinación: 7,8%; placebo + cualquier combinación: 2,1%). Elevaciones de Grado 4 de la ALT (Kisqali™ + cualquier combinación: 2,0%; placebo + cualquier combinación: 0,2%) y de la AST (Kisqali™ + cualquier combinación: 1,1%; placebo + cualquier combinación: 0,1%)

En los ensayos clínicos de fase III, el 70,9% (90/127) de los episodios de elevación de la ALT o la AST de Grado 3 o 4 se produjeron durante los 6 primeros meses de tratamiento (ver “REACCIONES ADVERSAS”). La mayoría de estas elevaciones de la ALT y la AST no se acompañaban de un aumento de la bilirrubina. Entre las pacientes con elevaciones de la ALT o la AST de Grado 3 o 4, la mediana del tiempo transcurrido hasta el comienzo de la reacción adversa fue de 92 días en el grupo tratado con Kisqali™ + cualquier combinación. La mediana del tiempo transcurrido hasta la resolución (es decir, hasta la normalización o una neutropenia de Grado ≤ 2) fue de 21 días en el grupo tratado con Kisqali™ + cualquier combinación.

En 6 pacientes (4 en estudio A2301) se registraron elevaciones de la AST o la ALT mayores que el triple del límite superior de la normalidad acompañadas de un aumento de la bilirrubina total superior a dos veces el límite superior de la normalidad, con concentraciones normales de fosfatasa alcalina y ausencia de colestasis, y en todas ellas las cifras se normalizaron en un máximo de 154

días desde la retirada del tratamiento con Kisqali™, y 2 pacientes en el Estudio F2301, cuyos niveles se recuperaron a la normalidad dentro de los 121 y 532 días, respectivamente, después de la interrupción de Kisqali™. No se informaron estos casos en el Estudio E2301.

Deben realizarse PFH antes de iniciar el tratamiento con Kisqali™, cada 2 semanas durante los 2 primeros ciclos, al comienzo de cada uno de los 4 ciclos siguientes, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica.

El grado de elevación de las transaminasas determinará si hay que interrumpir la administración, reducir la dosis o retirar el tratamiento con Kisqali™, según se describe en la Tabla 15 (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”). No se han establecido recomendaciones para las pacientes que presenten elevaciones de la AST o la ALT de grado ≥ 3 al inicio.

A continuación, se ofrecen las directrices relativas a las modificaciones posológicas y el tratamiento en caso de toxicidad hepatobiliar.

- Para pacientes con AST y/o ALT elevadas al inicio (previo al inicio del tratamiento), sin un incremento en la bilirrubina total (BT) superior a $2 \times$ LSN: No es preciso ajustar la dosis de Kisqali™ en las pacientes que presenten una elevación de Grado 1 (elevación de la AST o la ALT comprendida entre $>LSN$ y $3 \times$ LSN).
- En las pacientes con una elevación inicial de Grado <2 (elevación de la AST y/o la ALT comprendida entre $<LSN$ y $3 \times$ LSN), si aparece una elevación de Grado 2 (elevación de la AST y/o la ALT comprendida entre >3 y $5 \times$ LSN), se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que los valores sean de Grado igual o inferior al inicial y luego se reanudará en el mismo nivel de dosis. Si vuelve a aparecer una elevación de Grado 2, se reanudará la administración de Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior.
- En las pacientes con Grado 2 al inicio (elevación de la AST y/o la ALT comprendida entre >3 y $5 \times$ LSN), si se mantiene el Grado 2, no es preciso interrumpir la administración de Kisqali™.
- En las pacientes en las que aparezca una elevación de Grado 3 (elevación de la ALT y/o la AST comprendida entre >5 y $20 \times$ LSN) se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que los valores regresen a un Grado igual o inferior al inicial, y luego se reanudará en el nivel de dosis inmediatamente inferior. Si reaparece una elevación de Grado 3, se retirará el tratamiento con Kisqali™.
- En las pacientes en las que aparezca una elevación de Grado 4 (elevación de la ALT y/o la AST $>20 \times$ LSN) se retirará el tratamiento con Kisqali™.

A continuación, se ofrecen las directrices relativas a las modificaciones posológicas y el tratamiento en las pacientes con elevaciones de la AST o la ALT acompañadas de aumento de la bilirrubina total sin colestasis:

- Con independencia del Grado inicial, en todas las pacientes en las que se observe un aumento de la bilirrubina total $>2 \times$ LSN acompañado de una elevación de la ALT y/o la AST $>3 \times$ LSN se retirará el tratamiento con Kisqali™.

Prolongación del intervalo QT

En los ensayos clínicos de fase III, en pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico que recibieron Kisqali más cualquier combinación el examen de los registros electrocardiográficos reveló que 15 pacientes (1,4%) presentó un intervalo QTcF posterior al inicio >500 ms y en 61 pacientes (5,8%) el intervalo QTcF se prolongó >60 ms respecto al inicial. No se notificaron casos de taquicardia helicoidal (*torsade de pointes*).

En E2301 (MONALEESA-7), el aumento QTcF medio observado desde el inicio fue aproximadamente más de 10 mseg más alto en el subgrupo tamoxifeno más placebo en comparación con el subgrupo IANE más placebo, lo que sugiere que el tamoxifeno tuvo un efecto

de prolongación QTcF que puede contribuir al QTcF observado en el grupo de ribociclib más tamoxifeno (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”). En el grupo placebo, se produjo un aumento de > 60 mseg desde el inicio en 6/90 (6,7%) de los pacientes que recibieron tamoxifeno, y en ningún paciente que recibió un IANE. Se observó un aumento de > 60 mseg desde el inicio en el intervalo QTcF en 14/87 (16,1%) pacientes que recibieron ribociclib más tamoxifeno y en 18/245 (7,3%) de los pacientes que recibieron ribociclib más un IANE.

Antes de iniciar el tratamiento debe llevarse a cabo una evaluación electrocardiográfica. Solo se empezará a administrar Kisqali™ si la paciente tiene un intervalo QTcF inferior a 450 ms. Se repetirá el ECG en torno al día 14 del primer ciclo, al comienzo del segundo ciclo, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica.

Se vigilarán adecuadamente las concentraciones séricas de electrolitos (como potasio, calcio, fósforo y magnesio) antes de iniciar el tratamiento, al comienzo de los seis primeros ciclos, y en lo sucesivo cuando exista indicación clínica. Si hay anomalías, deberán corregirse antes y durante la terapia con Kisqali™.

No deben recibir Kisqali™ las pacientes que ya presenten una prolongación del intervalo QTc o estén muy expuestas a presentarla, como las pacientes aquejadas de:

- Síndrome del QT largo;
- una cardiopatía no controlada o importante, como infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho inestable o bradiarritmia;
- Anomalías electrolíticas.

Debe evitarse la administración de Kisqali™ con medicamentos que pueden prolongar el intervalo QTc o con inhibidores potentes de la CYP3A, pues ello puede conducir a una prolongación clínicamente trascendente del intervalo QTcF (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “PRECAUCIONES” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”). Según los hallazgos en MONALEESA-7 (E2301), no se recomienda el uso de Kisqali™ en combinación con tamoxifeno (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES, ENSAYOS CLÍNICOS”).

La prolongación del intervalo QT observada durante el tratamiento con Kisqali™ será la que determine si hay que interrumpir la administración, reducir la dosis o retirar el tratamiento con Kisqali™, según se describe en la Tabla 16 - Prolongación del intervalo QT: modificaciones posológicas y tratamiento (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “REACCIONES ADVERSAS” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Si los ECG muestran un intervalo QTcF >480 ms:

- Se interrumpirá la administración de Kisqali™.
- Si el intervalo QTcF se reduce a <481 ms, se reanudará la administración de Kisqali™ en el siguiente nivel de dosis más bajo.
- Si se vuelve a registrar un QTcF ≥481 ms, se interrumpirá la administración de Kisqali™ hasta que el intervalo vuelva a ser <481 ms y luego se reanudará en el nivel de dosis inmediatamente inferior.

Si el intervalo QTcF >500 ms, se deben realizar ECGs repetidas:

- Se interrumpirá la administración de Kisqali™.
- Si el intervalo QTcF se reduce a <481 ms, se reanudará la administración de Kisqali™ en el nivel de dosis inmediatamente inferior (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “REACCIONES ADVERSAS” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Si el intervalo QTcF es superior a 500 ms o se ha prolongado más de 60 ms respecto al inicial y también se observan taquicardia helicoidal (*torsade de pointes*) o taquicardia ventricular polimorfa o signos o síntomas de arritmia grave, se retirará definitivamente el tratamiento con Kisqali™.

Toxicidad para la función reproductora

Según lo observado en los estudios en animales y el mecanismo de acción del fármaco, Kisqali™ puede causar daños al feto si se administra durante el embarazo. Es preciso aconsejar a las mujeres con capacidad de procrear que utilicen un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Kisqali™ y hasta por lo menos 21 días después de la última dosis (ver “PRECAUCIONES” “Embarazo, lactancia, mujeres y varones con capacidad de procrear”).

Reacciones cutáneas severas

Se han informado casos de necrólisis epidérmica tóxica (NET) con el tratamiento con Kisqali™. Si aparecen signos y síntomas sugestivos de reacciones cutáneas graves (por ejemplo, erupción cutánea generalizada progresiva a menudo con ampollas o lesiones de la mucosa), Kisqali™ debe suspenderse de forma inmediata y permanente.

Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) / neumonitis

Se han informado casos de EPI / neumonitis con inhibidores de CDK4 / 6, incluido reportede casos fatales. En los tres estudios clínicos de fase III (MONALEESA-2 (A2301), MONALEESA-7 (E2301-NSAI) y MONALEESA-3 (F2301)), se informó EPI (cualquier Grado 0.3%, incluyendo al 0.1% correspondiente a Grado 3) en el grupo tratado con Kisqali™, sin casos en el grupo tratado con placebo. Se han observado casos adicionales de EPI/neumonitis con Kisqali en el entorno posterior a la comercialización (ver sección 7 Reacciones adversas al medicamento). Se notificó neumonitis (de cualquier grado, 0,6% frente al 0,4%) en los grupos tratados con Kisqali™ y placebo, respectivamente, sin eventos de grado 3 o 4 en ninguno de los grupos de tratamiento.

Según la gravedad de la EPI / neumonitis los pacientes pueden requerir la interrupción del tratamiento, reducción de la dosis o interrupción permanente como se describe en la Tabla 17 (ver “POSOLOGÍA”).

Se debe controlar a los pacientes para detectar síntomas pulmonares indicativos de EPI / neumonitis que pueden incluir hipoxia, tos y disnea. En pacientes que desarrollan EPI / neumonitis de Grado 1, no se requiere ajuste de dosis. Deben iniciarse una terapia médica adecuada y un monitoreo, según esté clínicamente indicado. En pacientes que desarrollaron EPI / neumonitis de Grado 2, el tratamiento con Kisqali™ debe interrumpirse hasta la recuperación a Grado ≤1, y luego Kisqali™ puede reanudarse al siguiente nivel de dosis más bajo. Para EPI / neumonitis de Grado 3 o 4, Kisqali™ debe suspenderse permanentemente (ver “POSOLOGÍA”).

PRECAUCIONES

Interacciones

Ribociclib se metaboliza principalmente a través de la CYP3A y es un inhibidor cronodependiente de la CYP3A *in vivo*. Por consiguiente, los medicamentos que afectan la actividad de la isoforma CYP3A pueden alterar la farmacocinética de ribociclib.

Medicamentos que pueden aumentar la concentración plasmática de ribociclib

La coadministración de ritonavir, un inhibidor potente de la CYP3A4, aumentó la exposición a ribociclib en una proporción de 3,21 en sujetos sanos. Debe evitarse el uso simultáneo de inhibidores potentes de la CYP3A tales como claritromicina, indinavir, itraconazol, ketoconazol, lopinavir, ritonavir, nefazodona, nelfinavir, posaconazol, saquinavir, telaprevir, telitromicina, verapamilo y voriconazol (ver “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES”). Se debe considerar la posibilidad de administrar medicamentos concomitantes alternativos con una baja capacidad de inhibición de la CYP3A y es necesario vigilar la aparición de reacciones adversas en las pacientes (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

En caso de que no pueda evitarse la administración conjunta de Kisqali™ con un inhibidor potente de la CYP3A, habrá que reducir la dosis de Kisqali™ a 200 mg (una vez al día). No obstante, no se dispone de datos clínicos sobre este ajuste de la dosis (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”). Si se retira el tratamiento con el inhibidor potente de la CYP3A, se debe reanudar la administración de Kisqali™ (una vez que hayan transcurrido al menos 5 vidas medias del inhibidor) a la dosis que se estaba utilizando antes de empezar a administrar el inhibidor. Por motivos de variabilidad interindividual, los ajustes posológicos recomendados podrían no ser óptimos para todas las pacientes, por lo que se recomienda una vigilancia estrecha de las reacciones adversas. En caso de toxicidad relacionada con Kisqali™, es necesario modificar la dosis (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”) o interrumpir el tratamiento hasta que hayan desaparecido las manifestaciones de toxicidad (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Se debe pedir a las pacientes que no consuman la fruta pomelo ni jugo de pomelo, pues es un inhibidor conocido de las enzimas CYP3A y pueden aumentar la exposición a ribociclib.

Medicamentos que pueden disminuir la concentración plasmática de ribociclib

La coadministración de rifampicina, un inductor potente de la CYP3A4, disminuyó en un 89% la exposición plasmática a ribociclib en sujetos sanos. Debe evitarse el uso simultáneo de inductores potentes de la CYP3A tales como fenitoína, rifampicina, carbamazepina y la hierba de san Juan (*Hypericum perforatum*). Se debe considerar la posibilidad de administrar un medicamento concomitante alternativo con capacidad mínima o nula para inducir la CYP3A (ver “ADVERTENCIAS”, “PRECAUCIONES” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Medicamentos cuya concentración plasmática puede alterarse con ribociclib

La administración conjunta de midazolam (un sustrato de la CYP3A4) con dosis múltiples de Kisqali™ (400 mg) aumentó la exposición al midazolam en un 280% (la multiplicó por 3,8) en sujetos sanos, en comparación con la administración de midazolam solo. Simulaciones realizadas con un modelo farmacocinético fisiológico indican que la administración de Kisqali™ a la dosis clínicamente pertinente de 600 mg probablemente aumentará el AUC del midazolam en una proporción de 5,2. Por lo tanto, se recomienda precaución cuando Kisqali™ se administre con sustratos de la CYP3A de índice terapéutico estrecho. Es posible que deba reducirse la dosis de los sustratos sensibles de la CYP3A que tengan un índice terapéutico estrecho tales como alfentanilo, ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, everolimus, fentanilo, pimozida, quinidina, sirolimús y tacrolimús, dado que ribociclib puede aumentar la exposición a estas sustancias (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

La administración conjunta de cafeína (un sustrato de la CYP1A2) con dosis múltiples de Kisqali™ (400 mg) aumentó la exposición a la cafeína en un 20% (1,20 veces) en sujetos sanos, en comparación con la administración de cafeína sola. Con la dosis clínicamente pertinente de 600 mg, simulaciones realizadas con modelos farmacocinéticos fisiológicos predijeron solo un débil efecto inhibitor por parte de ribociclib en los sustratos de la CYP1A2 (aumento del AUC inferior al doble) (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Medicamentos que son sustratos de transportadores

Evaluaciones *in vitro* indican que, en concentraciones de interés clínico, Kisqali™ tiene poca capacidad para inhibir la actividad de los transportadores de sustancias gp-P, OAT1/3, OATP1B1/B3, MATE2K y OCT1, pero puede inhibir la actividad de BCRP, OCT2, MATE1 y del BSEP humano a esas concentraciones (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Interacciones del fármaco con alimentos

Kisqali™ puede administrarse con o sin alimentos (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”).

En comparación con el estado de ayuno, la administración oral de una sola dosis de 600 mg de ribociclib en comprimidos recubiertos con una comida rica en grasas y calorías no afecta la velocidad ni el grado de absorción de ribociclib (cociente de medias geométricas [CMG] de la $C_{máx}$: 1,00; IC del 90%: 0,898-1,11; CMG del $AUC_{0-∞}$: 1,06; IC del 90%: 1,01-1,12 (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Medicamentos que elevan el pH gástrico

Ribociclib es muy soluble a pH 4,5 o inferior y en medios de interés biológico (a pH 5,0 y 6,5). Aunque no se ha evaluado la administración conjunta de Kisqali™ con medicamentos que pueden elevar el pH gástrico en un ensayo clínico, no se ha observado una alteración de la absorción de ribociclib en el análisis farmacocinético poblacional ni en las simulaciones con modelos farmacocinéticos fisiológicos (ver “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Interacciones previstas

Antiarrítmicos y otros medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT

Debe evitarse la administración simultánea de Kisqali™ con medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT tales como los antiarrítmicos (amiodarona, disopiramida, procainamida, quinidina, sotalol, etcétera), cloroquina, halofantrina, claritromicina, ciprofloxacina, levofloxacina, azitromicina, haloperidol, metadona, moxifloxacina, bepridil, pimozida y ondansetrón intravenoso, entre otros. No se recomienda el uso de Kisqali™ en combinación con tamoxifeno. (ver “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES”).

Embarazo, lactancia, mujeres y varones con capacidad de procrear

Embarazo

Resumen de los riesgos

Según los datos en animales y el modo de acción del fármaco, es posible que Kisqali™ cause daño al feto si se administra a una embarazada.

Se debe avisar a la paciente que existe un riesgo para el feto si Kisqali™ se usa durante la gestación o si la paciente queda embarazada mientras está tomando Kisqali™.

No se han realizado estudios apropiados con grupos comparativos en embarazadas. Los estudios de la función reproductora en ratas y conejas han mostrado que ribociclib es embriotóxico, fetotóxico y teratógeno. Tras la exposición prenatal se observó una mayor incidencia de pérdidas postimplantacionales y una disminución de los pesos fetales en las ratas, y ribociclib resultó teratógeno en las conejas, como evidenció la mayor incidencia de anomalías fetales (malformaciones y variantes externas, viscerales y esqueléticas) a exposiciones menores o 1,5 veces mayores que la exposición humana obtenida con la mayor dosis recomendada de 600 mg/d basada en el AUC. No se dispone de datos sobre el riesgo asociado al fármaco en seres humanos.

Datos

Datos en animales

En los estudios de desarrollo embrionario en ratas y conejas, se administraron a hembras preñadas dosis orales de ribociclib de hasta 1000 mg/Kg/d y 60 mg/Kg/d, respectivamente, durante el período de la organogénesis.

En las ratas, la dosis de 1000 mg/Kg/d resultó letal para las progenitoras. Con la dosis de 300 mg/kg/d, tanto la ligera tendencia, no perjudicial, a un menor aumento de peso en las progenitoras

como la toxicidad fetal, que se hizo patente en la disminución del peso de los fetos acompañada de alteraciones óseas, se consideraron pasajeras o relacionadas con el menor peso de los fetos. Con las dosis de 50 o 300 mg/Kg/d no se apreciaron efectos en la mortalidad embriofetal ni efectos adversos en la morfología fetal. Se consideró que la dosis (máxima) que no produce toxicidad materna (NOAEL) era de 300 mg/Kg/d y que la dosis (máxima) que no produce efectos (NOEL) en el desarrollo embriofetal era de 50 mg/Kg/d.

En las conejas, las dosis ≥ 30 mg/Kg/d produjeron efectos adversos en el desarrollo embriofetal, a juzgar por la mayor incidencia de anomalías fetales (malformaciones y variantes externas, viscerales y esqueléticas) y el menoscabo del crecimiento fetal (disminución del peso fetal). Entre dichas anomalías figuraban lóbulos pulmonares reducidos o pequeños, presencia de un vaso sanguíneo adicional en el arco aórtico y hernia diafragmática; lóbulo pulmonar accesorio ausente o lóbulos pulmonares (parcialmente) fusionados y lóbulo pulmonar accesorio reducido o pequeño (con las dosis de 30 y 60 mg/Kg); costillas decimoterceras supernumerarias o rudimentarias, hioides deforme e hipofalangia en el pulgar. No hubo indicios de mortalidad embriofetal. Se consideró que la dosis (máxima) que no produce toxicidad materna era de al menos 30 mg/Kg/d y que la dosis (máxima) que no afecta el desarrollo embriofetal era de 10 mg/Kg/d.

Con la dosis de 300 mg/Kg/d en las ratas y de 30 mg/kg/d en las conejas se obtiene una exposición sistémica materna (AUC) de 13 800 ng·h/ml y 36 700 ng·h/ml, respectivamente, que es menor o 1,5 veces mayor que la exposición de las pacientes tratadas con la mayor dosis recomendada de 600 mg/d.

Lactancia

Resumen de los riesgos

Se desconoce si ribociclib está presente en leche materna humana. No existen datos acerca de los efectos de ribociclib sobre el lactante o la producción de leche. Ribociclib y sus metabolitos pasan fácilmente a la leche de las ratas lactantes. Debido a la posibilidad de que se produzcan reacciones adversas graves a Kisqali™ en los lactantes, se debe decidir entre dejar de amamantar o retirar el tratamiento con Kisqali™ tomando en consideración la importancia del medicamento para la madre. Se recomienda que las mujeres que tomen Kisqali™ se abstengan de amamantar hasta por lo menos 21 días después de la última dosis.

Datos

Datos en animales

En ratas lactantes a las que se administró una sola dosis de 50 mg/kg, la exposición a ribociclib era 3,56 veces mayor en la leche que en el plasma materno.

Mujeres y varones con capacidad de procrear

Según estudios en animales, Kisqali™ puede causar daño fetal cuando se administra a una mujer embarazada (ver “*Datos sobre toxicidad preclínica*”).

Prueba del embarazo

En las mujeres con capacidad de procrear es necesario verificar que no estén embarazadas antes de comenzar el tratamiento con Kisqali™.

Anticoncepción

Se debe informar a las mujeres con capacidad de procrear de que los estudios en animales han revelado que ribociclib puede perjudicar al feto en desarrollo. Las mujeres sexualmente activas con capacidad de procrear deben usar métodos anticonceptivos eficaces (que den por resultado tasas de embarazo inferiores al 1%) durante el tratamiento con Kisqali™ y hasta 21 días después de haber retirado el tratamiento con Kisqali™.

Esterilidad

En un estudio de fertilidad en ratas hembra, ribociclib no afectó la función reproductiva, la

fertilidad o el desarrollo embrionario temprano a ninguna dosis de hasta 300 mg/kg/día (probablemente a una exposición inferior o igual a la exposición clínica de los pacientes, al más alto recomendado dosis de 600 mg / día según el AUC).

Pese a que no se han realizado estudios de fecundidad en ratas macho, se han registrado alteraciones atróficas en testículos en los estudios de toxicidad con dosis repetidas en ratas y perros con exposiciones que eran inferiores o iguales a la exposición humana que se obtiene con la mayor dosis diaria recomendada de 600 mg/d basada en el AUC (ver “*Datos sobre toxicidad preclínica*”). No se dispone de datos clínicos acerca de los efectos de Kisqali™ sobre la fecundidad. Los estudios en animales indican que Kisqali™ puede menoscabar la fecundidad en los varones con capacidad de procrear.

REACCIONES ADVERSAS

Resumen del perfil de seguridad

El perfil de seguridad general de Kisqali™ que se informa a continuación se basa en el conjunto de datos combinados de 1065 pacientes que recibieron Kisqali™ en combinación con terapia endócrina (N = 582 en combinación con inhibidor de aromatasas y N = 483 en combinación con fulvestrant), en estudios clínicos de fase III, doble ciego, controlados con placebo (MONALEESA-2, MONALEESA-7-NSAI, MONALEESA-3) en cáncer de mama avanzado o metastásico con HER2-negativo y HR-positivo. La mediana de duración de la exposición al tratamiento en estudio en el conjunto de los estudios de fase III fue de 19,2 meses, y en el 61,7% de las pacientes la exposición duró >12 meses.

Las reducciones en la dosis debido a Reacciones Adversas (RA) se produjeron en el 39,5% de las pacientes que recibieron Kisqali™ en estudios clínicos de fase III, independientemente de la combinación y en el 4,3% de las pacientes que recibieron placebo. Se informaron discontinuaciones de pacientes debido a RA en el 8,7% de las pacientes que recibieron Kisqali™ más cualquier combinación y en el 3,1% de las pacientes que recibieron placebo más cualquier combinación.

Las RA más frecuentes que llevaron a la discontinuación permanente con Kisqali™ en pacientes que recibían Kisqali™ más cualquier combinación fueron aumentos en la ALT (4,5%), aumentos en la AST (2,5%) y vómitos (1,1%).

En el análisis agrupado de tres estudios de fase III, sobre las muertes por tratamiento, se informaron 22 casos (2,1%) de pacientes tratados con Kisqali™ más cualquier combinación frente a 16 casos (2,0%) de pacientes tratados con placebo más cualquier tratamiento combinado. Excluyendo la causa más frecuente de muerte, la progresión de la enfermedad, se informaron tres causas relacionadas con el tratamiento de muertes en pacientes tratados con Kisqali™ más cualquier tratamiento de combinación. Las causas de muerte fueron: síndrome de dificultad respiratoria aguda en 2 casos (0,2%), insuficiencia respiratoria aguda en 1 caso (0,1%) y muerte súbita (en una paciente que presentaba hipopotasemia de grado 3 y prolongación del QT de grado 2 con mejoría a grado 1 el mismo día, ambas notificadas 10 días antes del evento) en 1 caso (0,1%).

Las reacciones adversas más frecuentes en el conjunto de los estudios de fase III (notificadas con una frecuencia de >20% y mayor que la frecuencia obtenida con el placebo) fueron neutropenia, infecciones, náuseas, fatiga (cansancio), diarrea, leucopenia, vómitos, cefalea, estreñimiento, alopecia, tos, erupción, dolor de espalda, anemia y pruebas de la función hepática anormales.

Las reacciones adversas de grado 3 o 4 más frecuentes en los datos agrupados (notificadas con una frecuencia de >2% y mayor en las pacientes tratadas con Kisqali™ que en las que recibieron el

placebo) fueron neutropenia, leucopenia, pruebas de la función hepática anormales, linfopenia, infecciones, dolor de espalda, anemia, fatiga (cansancio), hipofosfatemia y vómitos.

Además, se evaluó la seguridad de Kisqali™ en combinación con letrozol en varones ($n = 39$) en un estudio clínico multicéntrico y sin enmascaramiento (COMPLEEMENT-1) para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado con positividad de receptores hormonales (RH+) y negatividad de HER2 que no habían recibido hormonoterapia previa para la enfermedad avanzada. La mediana de duración de la exposición a Kisqali fue de 20,8 meses (intervalo: de 0,5 a 30,6 meses).

Las reacciones adversas observadas en varones tratados con Kisqali™ + letrozol y goserelina o leuprolide fueron similares a las observadas en mujeres tratadas con Kisqali™ + tratamiento endocrino.

Resumen tabulado de las reacciones adversas a los medicamentos en base al conjunto de datos combinados de 3 estudios clínicos de fase III.

Las reacciones adversas de los estudios clínicos de fase III (Tabla 19) se enumeran por clase de órganos del sistema MedDRA. Dentro de cada clase de órgano del sistema, las reacciones adversas a los medicamentos se clasifican por frecuencia, con las reacciones más frecuentes primero. Dentro de cada agrupación de frecuencias, las reacciones adversas a los medicamentos se presentan en orden decreciente de gravedad. Además, la categoría de frecuencia correspondiente para cada reacción adversa al fármaco se basa en la siguiente convención (CIOMS III): Muy frecuente ($\geq 1 / 10$); Frecuente ($\geq 1 / 100$ a $< 1/10$); Poco frecuente ($\geq 1 / 1,000$ a $< 1/100$); raro ($\geq 1 / 10,000$ a $< 1 / 1,000$); muy raro ($< 1 / 10,000$).

Tabla 19 - Reacciones adversas a medicamentos basadas en conjuntos de datos combinados de 3 estudios clínicos de fase III

Reacciones adversas a medicamentos	Kisqali™ N=1065 n (%) Todos los Grados	Placebo N=818 n (%) Todos los Grados	Kisqali™ N=1065 n (%) Grados 3/4	Placebo N=818 n (%) Grados 3/4	Categoría de Frecuencia Todos los Grados
Infecciones e Infestaciones					
Infecciones ¹	502 (47,1)	282 (34,5)	49 (4,6)	12 (1,5)	Muy frecuente
Trastornos de la sangre y del sistema linfático					
Neutropenia	803 (75,4)	54 (6,6)	662 (62,2)	18 (2,2)	Muy frecuente
Leucopenia	350 (32,9)	27 (3,3)	184 (17,3)	5 (0,6)	Muy frecuente
Anemia	228 (21,4)	69 (8,4)	41 (3,8)	18 (2,2)	Muy frecuente
Linfopenia	124 (11,6)	21 (2,6)	67 (6,3)	8 (1,0)	Muy frecuente
Trombocitopenia	105 (9,9)	15 (1,8)	9 (0,8)	2 (0,2)	Frecuente
Neutropenia Febril	18 (1,7)	2 (0,2)	17 (1,6)	2 (0,2)	Frecuente
Trastornos Oculares					

Reacciones adversas a medicamentos	Kisqali™ N=1065 n (%) Todos los Grados	Placebo N=818 n (%) Todos los Grados	Kisqali™ N=1065 n (%) Grados 3/4	Placebo N=818 n (%) Grados 3/4	Categoría de Frecuencia Todos los Grados
Lagrimo Aumentado	77 (7,2)	11 (1,3)	0	0	Frecuente
Ojo Seco	64 (6,0)	24 (2,9)	0	0	Frecuente
Trastornos metabólicos y nutricionales					
Disminución del Apetito	182 (17,1)	110 (13,4)	6 (0,6)	1 (0,1)	Muy frecuente
Hipocalcemia	50 (4,7)	14 (1,7)	12 (1,1)	0	Frecuente
Hipopotasemia	44 (4,1)	23 (2,8)	16 (1,5)	6 (0,7)	Frecuente
Hipofosfatemia	35 (3,3)	12 (1,5)	22 (2,1)	7 (0,9)	Frecuente
Trastornos del sistema nervioso					
Dolor de cabeza	290 (27,2)	191 (23,3)	7 (0,7)	5 (0,6)	Muy frecuente
Mareo	149 (14,0)	93 (11,4)	2 (0,2)	1 (0,1)	Muy frecuente
Vértigo	64 (6,0)	14 (1,7)	2 (0,2)	0	Frecuente
Desórdenes Cardíacos					
Síncope	25 (2,3)	13 (1,6)	18 (1,7)	8 (1,0)	Frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos					
Enfermedad pulmonar intersticial (EPI)/neumonitis					
Tos	258 (24,2)	152 (18,6)	0	0	Muy frecuente
Disnea	155 (14,6)	95 (11,6)	20 (1,9)	8 (1,0)	Muy frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo					
Dolor de espalda	256 (24,0)	180 (22,0)	23,0 (2,2)	11 (1,3)	Muy frecuente
Desórdenes Gastrointestinales					
Nauseas	496 (46,6)	242 (29,6)	18 (1,7)	5 (0,6)	Muy frecuente
Diarrea	354 (33,2)	191 (23,3)	20 (1,9)	6 (0,7)	Muy frecuente
Vómitos	307 (28,8)	143 (17,5)	23 (2,2)	3 (0,4)	Muy frecuente
Constipación	271 (25,4)	140 (17,1)	9 (0,8)	0	Muy frecuente
Dolor Abdominal ²	208 (19,5)	121 (14,8)	16 (1,5)	5 (0,6)	Muy frecuente
Estomatitis	147 (13,8)	59 (7,2)	4 (0,4)	1 (0,1)	Muy frecuente

Reacciones adversas a medicamentos	Kisqali™ N=1065 n (%) Todos los Grados	Placebo N=818 n (%) Todos los Grados	Kisqali™ N=1065 n (%) Grados 3/4	Placebo N=818 n (%) Grados 3/4	Categoría de Frecuencia Todos los Grados
Dispepsia	108 (10,1)	48 (5,9)	1 (0,1)	0	Muy frecuente
Disgeusia	75 (7,0)	39 (4,8)	1 (0,1)	0	Frecuente
Trastornos hepatobiliares					
Hepatotoxicidad ³	20 (1,9)	7 (0,9)	16 (1,5)	4 (0,5)	Frecuente
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo					
Alopecia	268 (25,2)	102 (12,5)	0	0	Muy frecuente
Erupción ⁴	253 (23,8)	81 (9,9)	10 (0,9)	1 (0,1)	Muy frecuente
Prurito	197 (18,5)	57 (7,0)	5 (0,5)	0	Muy frecuente
Piel seca	96 (9,0)	23 (2,8)	0	0	Frecuente
Eritema	55 (5,2)	13 (1,6)	2 (0,2)	1 (0,1)	Frecuente
Vitíligo	30 (2,8)	0	1 (0,1)	0	Frecuente
Desordenes generales y condiciones administrativas del sitio					
Fatiga	373 (35,0)	263 (32,2)	23 (2,2)	5 (0,6)	Muy frecuente
Edema periférico	171 (16,1)	83 (10,1)	2 (0,2)	0	Muy frecuente
Pirexia	168 (15,8)	60 (7,3)	5 (0,5)	1 (0,1)	Muy frecuente
Astenia	161 (15,1)	108 (13,2)	10 (0,9)	3 (0,4)	Muy frecuente
Dolor orofaríngeo	87 (8,2)	46 (5,6)	0	0	Frecuente
Boca seca	83 (7,8)	51 (6,2)	1 (0,1)	0	Frecuente
Investigaciones					
Pruebas anormales de función hepática ⁵	216 (20,3)	89 (10,9)	105 (9,9)	17 (2,1)	Muy frecuente
Aumento de la creatinina en sangre	84 (7,9)	20 (2,4)	7 (0,7)	0	Frecuente
Electrocardiograma QT prolongado	73 (6,9)	14 (1,7)	14 (1,3)	2 (0,2)	Frecuente
¹ Infecciones: infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto respiratorio, gastroenteritis, sepsis (<1%). ² Dolor abdominal: dolor abdominal, dolor abdominal superior. ³ hepatotoxicidad: citólisis hepática, lesión hepatocelular, lesión hepática inducida por fármacos, hepatotoxicidad, insuficiencia hepática, hepatitis autoinmune (solo un caso). ⁴ Sarpullido: sarpullido, erupción maculopapular, erupción pruriginosa, ⁵ Pruebas anormales de función hepática: ALT, AST y bilirrubina en sangre aumentada.					

Anormalidades de laboratorio

Las anomalías clínicamente relevantes de los valores de laboratorio hematológicos o bioquímicos de rutina del conjunto de datos de 3 estudios de fase III combinados se presentan en la Tabla 20.

Tabla 20 - Anormalidades de laboratorio basadas en conjuntos de datos agrupados de estudios clínicos de fase III

Reacciones adversas a medicamentos	Kisqali™ N=1065 n (%) Todos los Grados	Placebo N=818 n (%) Todos los Grados	Kisqali™ N= 1065 n (%) Grados 3/4	Placebo N=818 n (%) Grados 3/4	Categoría de Frecuencia (Todos los Grados)
Parámetros hematológicos					
Disminución del recuento de leucocitos	1009 (94,7)	268 (32,8)	380 (35,7)	10 (1,2)	Muy frecuente
Disminución del recuento de neutrófilos	994 (93,3)	227 (27,8)	660 (62,0)	20 (2,4)	Muy frecuente
Hemoglobina disminuida	728 (68,4)	339 (41,4)	54 (5,1)	19 (2,3)	Muy frecuente
Disminución el recuento de linfocitos	703 (66,0)	228 (27,9)	209 (19,6)	37 (4,5)	Muy frecuente
Disminución el recuento de plaquetas	366 (34,4)	86 (10,5)	16 (1,5)	5 (0,6)	Muy frecuente
Parámetros bioquímicos					
AST elevada	580 (54,5)	343 (41,9)	83 (7,8)	17 (2,1)	Muy frecuente
γ-glutamyl-transferasa elevada	390 (53,4)	229 (46,9)	67 (9,2)	51 (10,5)	Muy frecuente
ALT elevada	548 (51,5)	315 (38,5)	119 (11,2)	14 (1,7)	Muy frecuente
Creatinina elevada	447 (42,0)	121 (14,8)	14 (1,3)	2 (0,2)	Muy frecuente
Glucosa en suero disminuida	216 (20,3)	113 (13,8)	3 (0,3)	2 (0,2)	Muy frecuente
Fósforo disminuido	190 (17,8)	79 (9,7)	46 (4,3)	8 (1,0)	Muy frecuente
Albúmina disminuida	122 (11,5)	53 (6,5)	1 (0,1)	1 (0,1)	Muy frecuente
Potasio disminuido	118 (11,1)	76 (9,3)	22 (2,1)	10 (1,2)	Muy frecuente
Bilirrubina elevada	64 (6,0)	46 (5,6)	12 (1,1)	9 (1,1)	Frecuente
¹ Datos recogidos de los estudios MONALEESA-3 y MONALEESA-7. Datos basados en un tamaño muestral de N = 731 en el grupo del ribociclib y de N = 488 en el grupo del placebo.					

Datos posteriores a la comercialización

La siguiente RA se deriva de la experiencia posterior a la comercialización con Kisqali a través de informes de casos espontáneos y casos de literatura. Como esta reacción se informa voluntariamente de una población de tamaño incierto, no es posible estimar de manera confiable su frecuencia, que por lo tanto se clasifica como desconocida.

Tabla 21 - Reacciones adversas a medicamentos derivadas de informes espontáneos y literatura (frecuencia no conocida)

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.
Necrólisis epidérmica tóxica (NET)

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Neutropenia

La neutropenia fue informada con mayor frecuencia por los hallazgos de laboratorio en los estudios de fase III. En función de su gravedad, la neutropenia se controló mediante monitorización de laboratorio, interrupción y/o modificación de la dosis. La interrupción del tratamiento debido a la neutropenia fue baja (0,8%) en los pacientes que recibieron Kisqali™ más cualquier combinación (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES”).

Toxicidad hepatobiliar

En los estudios clínicos de fase III, ocurrieron eventos de toxicidad hepatobiliar en una mayor proporción de pacientes en Kisqali™ más cualquier combinación versus placebo más cualquier combinación (27,3% vs 19,6%, respectivamente), con más eventos adversos de Grado 3/4 informados en los pacientes tratados con Kisqali™ más cualquier tratamiento combinado (13,2% vs 6,1%, respectivamente). Se informaron interrupciones de dosis y / o ajustes debido a eventos de toxicidad hepatobiliar en el 12,3% de los pacientes tratados con Kisqali™, principalmente debido a un aumento de ALT (7,9%) y/o AST (7,3%). La interrupción del tratamiento con Kisqali™ debido a pruebas de función hepática anormales y hepatotoxicidad fueron del 2,4% y 0,3%, respectivamente (ver “ADVERTENCIAS” y “PRECAUCIONES”).

Prolongación de QT

En los estudios clínicos de fase III, el 9,3% de los pacientes en el brazo de Kisqali™ y el 3,5% en el brazo de placebo tuvieron al menos un evento de prolongación del intervalo QT (incluido ECG QT prolongado, síncope). Las interrupciones de dosis-ajustes se informaron en el 2,9% de los pacientes tratados con Kisqali™ debido al QT prolongado en el electrocardiograma y el síncope.

Un análisis central de datos de ECG (promedio de triplicado) mostró 55 pacientes (5,2%) y 12 pacientes (1,5%) con al menos un QTcF post-basal > 480 msec para el tratamiento con Kisqali™ y placebo, respectivamente. Entre los pacientes con prolongación de QTcF > 480 msec, la mediana de tiempo hasta el inicio es de 15 días, independientemente de la combinación, y estos cambios fueron reversibles con la interrupción y / o la reducción de la dosis (ver “POSOLOGÍA / DOSIFICACIÓN - MODO DE ADMINISTRACIÓN”, “ADVERTENCIAS”, “PRECAUCIONES” y “CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS / PROPIEDADES”).

Información para profesionales médicos

El producto Kisqali™ cuenta con un Plan de Gestión de Riesgos cuya finalidad es garantizar la seguridad y protección de los pacientes, promoviendo el uso del producto de acuerdo a las recomendaciones de Novartis.

SOBREDOSIFICACIÓN

Existe experiencia limitada con casos reportados de sobredosis de Kisqali™ en humanos. En todos los casos de sobredosis se han de tomar medidas sintomáticas y de apoyo generales cuando sea necesario.

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

Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777

PRESENTACIONES

Envases conteniendo 21, 42 y 63 comprimidos recubiertos.

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Conservar a menos de 30°C.

Mantener fuera del alcance y la vista de los niños.

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud - Certificado N° 58.397.

Elaborado en: Novartis Singapore Pharmaceutical Manufacturing Pte. Ltd. – Singapur. Industria Singapur.

Acondicionado en: Novartis Pharma Produktions GmbH – Wehr, Alemania.

o

Acondicionado en: Novartis Pharma Stein AG - Stein, Suiza.

Novartis Argentina S.A.

Ramallo 1851 - C1429DUC - Buenos Aires, Argentina.

Director Técnico: Dr. Lucio Jeroncic - Químico, Farmacéutico.

Centro de Atención de Consultas Individuales (CACI): 0800-777-1111

www.novartis.com.ar

Este Medicamento es Libre de Gluten.



CDS: 10/Ene/2022 + 09/May/-2022

Tracking number: 2021-PSB/GLC-1257-s + 2022-PSB/GLC-1273-s



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2022-24684871- NOVARTIS - Prospectos - Certificado N°58.397

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 54 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.09.07 21:14:01 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.09.07 21:14:02 -03:00

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE
Novartis

KISQALI™
RIBOCICLIB

Comprimidos recubiertos
Venta bajo receta archivada

Lea este prospecto detenidamente antes de tomar este medicamento.

Conserve este prospecto. Puede que necesite leerlo de nuevo.

Si tiene dudas consulte a su médico que la atiende.

Este medicamento ha sido prescrito sólo para usted. No se lo dé a nadie ni lo utilice para tratar otras enfermedades; su uso en otras personas puede dañarlas, aún cuando sus signos y síntomas sean iguales a los que Ud tiene.

Si alguno de los efectos secundarios lo afecta gravemente, o si usted nota algún efecto secundario no mencionado en este prospecto, por favor, dígaselo al médico que la atiende.

Fórmula

Cada comprimido recubierto de Kisqali™ 200 mg contiene:

Ribociclib (como succinato de ribociclib 254,40 mg).....200 mg

Excipientes:

Núcleo: celulosa microcristalina 67,44 mg; hidroxipropilcelulosa 48,12 mg; crospovidona (tipo A) 42,04 mg; estearato de magnesio 14,82 mg; sílice coloidal anhidra 3,18 mg.

Cubierta: alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado 7,828 mg; dióxido de titanio (E171) 5,377 mg; óxido de hierro negro (E172) 0,080 mg; óxido de hierro rojo (E172) 0,047 mg; talco 3,44 mg; lecitina de soja (E322) 0,344 mg; goma xanthan 0,083 mg.

En este prospecto

¿Qué es Kisqali™ y para qué se utiliza?

¿Qué debe saber usted antes y durante el tratamiento con Kisqali™?

¿Cómo tomar Kisqali™?

Posibles efectos adversos

¿Cómo conservar Kisqali™?

Presentaciones

¿Qué es Kisqali™ y para qué se utiliza?

¿Qué es Kisqali™?

Los comprimidos recubiertos de Kisqali™ de 200 mg contienen la sustancia activa ribociclib, que pertenece al grupo de medicamentos denominados inhibidores de cinasas ciclinodependientes (CDK) y se utiliza para tratar determinados tipos de cáncer de mama.



¿Para qué se utiliza Kisqali™?

KISQALI está indicado en combinación con:

- Un inhibidor de aromatasa para el tratamiento de mujeres pre/perimenopáusicas o postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado o metastásico con positividad a receptores hormonales (HR) y negatividad al receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), como terapia endócrina inicial; o
- Fulvestrant para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas o de varones con cáncer de mama avanzado o metastásico HR-positivo y HER2-negativo, como terapia endócrina inicial o después de la progresión de la enfermedad con terapia.

¿Cómo actúa Kisqali™?

Kisqali™ actúa bloqueando los efectos de unas enzimas llamadas «quinasas ciclinodependientes» (CDK) que transmiten a las células cancerosas las señales para que estas crezcan, se dividan y generen nuevas células. Al inhibir esas enzimas, Kisqali™ puede reducir el crecimiento de las células cancerosas y su capacidad de multiplicarse, y puede matar dichas células.

Kisqali™ debe utilizarse junto con otro medicamento que sea inhibidor de la aromatasa o con fulvestrant

En mujeres pre o peri-menopáusicas, cuando se usa Kisqali en combinación con inhibidores de la aromatasa, se debe usar junto con otro medicamento del grupo de agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH), que controla la función de los ovarios, reduciendo la cantidad de 'estrógeno' (una hormona) producida por su cuerpo.

Si tiene alguna duda acerca de cómo actúa Kisqali™ o por qué se le ha recetado este medicamento, consulte al médico que la atiende.

¿Qué debe saber usted antes y durante el tratamiento con Kisqali™?

Siga al pie de la letra todas las instrucciones del médico, que pueden diferir de la información general contenida en este prospecto.

No tome Kisqali™

Si es alérgica (hipersensible) al ribociclib o a cualquiera de los otros componentes de Kisqali™.

Si sospecha que es alérgica, pida consejo al médico.

Advertencias y precauciones

Si usted está en alguno de los casos siguientes, dígaselo al médico antes de tomar Kisqali™.

- Tiene fiebre, dolor de garganta o úlceras bucales debido a infecciones (signos de cifras bajas de glóbulos blancos).
- Tiene problemas de hígado o ha padecido algún tipo de enfermedad de este órgano.
- Padece o ha padecido trastornos del corazón o trastornos del ritmo cardíaco, como latidos irregulares, incluido un trastorno denominado síndrome del intervalo QT prolongado (prolongación del intervalo QT), o concentraciones bajas de potasio, magnesio, calcio o fósforo en la sangre.
- Está embarazada, sospecha que lo está o tiene previsto quedar embarazada (ver “Embarazo y lactancia”).
- Está amamantando o tiene previsto hacerlo (ver “Embarazo y lactancia”).
- Está tomando algún medicamento o complemento (ver “Tratamiento con otros fármacos (interacciones con otros medicamentos, incluidos los biofármacos y las vacunas)”) (interacción farmacológica).



Si presenta alguno de estos síntomas durante el tratamiento con Kisqali™, dígaselo de inmediato al médico:

- Fiebre, escalofríos, debilidad e infecciones frecuentes con signos como dolor de garganta o úlceras bucales (porque pueden ser signos de cifras bajas de glóbulos blancos). **Si presenta síntomas nuevos o los que tiene empeoran, dígaselo al médico de inmediato.**
- Cansancio, coloración amarillenta de la piel con picazón o coloración amarillenta del blanco del ojo, náuseas o vómitos, disminución del apetito, dolor en la parte superior derecha del vientre (abdomen), coloración oscura o marrón de la orina, aparición de hemorragias o moretones con más facilidad de lo normal (porque pueden ser signos de un problema del hígado). **Si presenta síntomas nuevos o los que tiene empeoran, dígaselo al médico de inmediato.**
- Dolor o molestias en el pecho, cambios de los latidos del corazón (rápidos o lentos), palpitaciones, sensación de vahído, desvanecimiento (desmayo), mareo, coloración azulada de los labios, falta de aliento, hinchazón de la parte baja de las piernas (edema) o de la piel (ya que pueden ser signos de un problema cardíaco). **Si presenta síntomas nuevos o los que tiene empeoran, dígaselo al médico de inmediato.**
- Una combinación de cualquiera de los siguientes síntomas: erupción cutánea, piel roja, ampollas en los labios, ojos o boca, descamación de la piel, fiebre alta, síntomas parecidos a la gripe y ganglios linfáticos agrandados (signos de reacción cutánea grave). **Informe a su médico de inmediato si experimenta síntomas nuevos o que empeoran.**
- Problemas para respirar, tos y falta de aliento (porque pueden ser signos de una reacción pulmonar grave). **Informe a su médico de inmediato si experimenta síntomas nuevos o que empeoran.**

Puede que el médico tenga que interrumpir temporalmente la administración, reducir la dosis o retirar del todo el tratamiento con Kisqali™.

Seguimiento durante el tratamiento con Kisqali™

Se le realizarán análisis de sangre antes del tratamiento con Kisqali™ y durante este a intervalos regulares para vigilar la función hepática (se medirán las concentraciones de transaminasas y de bilirrubina), las cifras de células de la sangre (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas) y las concentraciones de electrolitos (sales presentes en la sangre, como el potasio, el calcio, el magnesio y los fosfatos) en el organismo. También se examinará la actividad eléctrica del corazón antes y durante el tratamiento (mediante una prueba llamada electrocardiograma o ECG). Kisqali™ puede afectar a los resultados de estas pruebas. En caso necesario, el médico puede decidir que se interrumpa temporalmente la administración o se reduzca la dosis de Kisqali™ para dejar que la función hepática, las células de la sangre, los electrolitos (sales de la sangre) o la actividad del corazón se recuperen. Puede también decidir la retirada definitiva del tratamiento.

Niños y adolescentes (menores de 18 años)

Kisqali™ no debe utilizarse en niños y adolescentes menores de 18 años.

Personas de edad avanzada (65 años o más)

Si tiene 65 años o más, puede utilizar Kisqali™ en las mismas dosis que los demás adultos.



Tratamiento con otros fármacos (interacciones con otros medicamentos, incluidos los biofármacos y las vacunas)

Antes de tomar KISQALI™, dígaselo a su médico si está utilizando, ha utilizado recientemente o podría utilizar otros medicamentos, incluidos los fármacos o complementos adquiridos sin receta, porque podrían interactuar con KISQALI™. Considere en particular los siguientes:

- Algunos medicamentos utilizados para tratar infecciones. Comprenden medicamentos que tratan las infecciones por hongos, como el ketoconazol, el itraconazol, el voriconazol y el posaconazol, y medicamentos que tratan ciertos tipos de infecciones por bacterias, como telitromicina, claritromicina, ciprofloxacina, levofloxacina y azitromicina.
- Algunos medicamentos utilizados para tratar la infección por el VIH o el sida, como el ritonavir, el saquinavir, el indinavir, el lopinavir, el nelfinavir, el telaprevir y el efavirenz.
- Algunos medicamentos utilizados para tratar las convulsiones (antiepilépticos), como la carbamazepina, la fenitoína, la rifampicina y el midazolam.
- La hierba de san Juan, que es un producto herbario utilizado para tratar la depresión y otros trastornos (también se conoce como hipérico o *Hypericum Perforatum*)
- Algunos medicamentos para tratar los problemas del ritmo cardíaco, como la amiodarona, la disopiramida, la procainamida, la quinidina, el sotalol y el verapamilo.
- Algunos medicamentos utilizados como antipsicóticos, como el haloperidol.
- Antimalariales como la cloroquina.
- Medicamentos como el ondansetrón intravenoso, que se usa para prevenir las náuseas y los vómitos causados por la quimioterapia (tratamiento con medicamentos contra el cáncer).

KISQALI™ puede elevar o reducir las concentraciones sanguíneas de algunos medicamentos, incluidos fármacos o complementos adquiridos sin receta y medicamentos herbarios. Antes de tomar KISQALI™, no olvide informar al médico acerca de todos los fármacos y complementos que está usando, incluidos los medicamentos herbarios.

También deberá informar al médico si usted está tomando KISQALI™ y le recetan un medicamento que no había recibido antes durante el tratamiento con KISQALI™.

Si no sabe con seguridad si su medicamento es uno de los mencionados en esta lista, consulte al médico.

Toma de KISQALI™ con alimentos y bebidas (interacción con alimentos y bebidas)

Debe tomar KISQALI™ todos los días a la misma hora, preferiblemente por la mañana. Puede tomarlo con o sin alimentos.

No coma pomelos ni tome su jugo mientras esté en tratamiento con KISQALI™, porque este alimento puede modificar la forma en que se procesa KISQALI™ en el organismo y reducir la cantidad de este medicamento presente en el torrente sanguíneo, por lo que KISQALI™ será menos eficaz.

Embarazo y lactancia

Si está embarazada o en período de lactancia, sospecha que está embarazada o planea tener un hijo, pida consejo al médico antes de tomar este medicamento.

El médico discutirá con usted los riesgos potenciales de tomar KISQALI™ durante el embarazo o la lactancia.



Pacientes mujeres con posibilidad de quedar embarazadas y pacientes varones

Kisqali™ puede ser nocivo para el feto. Si usted tiene posibilidad de quedar embarazada, el médico verificará que no lo está antes de comenzar el tratamiento. Utilice un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento y, como mínimo, hasta 21 días después de haber dejado de tomar Kisqali™. Pregunte al médico acerca de los métodos anticonceptivos que usted podría utilizar. Kisqali™ puede reducir la fecundidad en los pacientes varones.

¿Cómo tomar Kisqali™?

Tome siempre Kisqali™ siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico; él le dirá el número exacto de comprimidos que debe tomar y qué días debe tomarlos. Si tiene dudas, consulte al médico. No modifique la dosis o el momento en el que toma Kisqali™ sin consultar al médico. No sobrepase la dosis recomendada que le recetó el médico.

¿Qué cantidad de Kisqali™ hay que tomar?

Por lo general, la dosis inicial de Kisqali™ es de 600 mg (3 comprimidos de 200 mg) una vez al día. El médico le dirá el número exacto de comprimidos de Kisqali™ que debe tomar.

Tome Kisqali™ una vez al día, siempre a la misma hora (preferiblemente por la mañana) entre los días 1 y 21 de un ciclo de 28 días.

El médico le dirá qué dosis del medicamento inhibidor de la aromatasas, fulvestrant o agonista de LHRH que debe tomar y cuándo debe tomarla.

Es muy importante que siga las recomendaciones del médico. Si usted presenta determinados efectos secundarios, puede que el médico le pida que reduzca la dosis, que la omita o que deje de hacer el tratamiento definitivamente.

¿Cuándo tomar Kisqali™?

Tomar Kisqali™ a la misma hora cada día le ayudará a recordar el momento en que debe tomarlo, preferiblemente por la mañana.

¿Cómo tomar Kisqali™?

Los comprimidos de Kisqali™ deben ingerirse enteros (sin masticarlos, triturarlos ni partirlos antes de tragarlos). No tome ningún comprimido que se vea roto, agrietado o con otros signos de no estar intacto.

Duración del tratamiento con Kisqali™

Tome Kisqali™ una vez al día entre los días 1 y 21 de un ciclo de 28 días. Siga tomando Kisqali™ durante el tiempo que le indique el médico.

Es un tratamiento prolongado que posiblemente dure meses o años. El médico vigilará regularmente su estado de salud para verificar que el tratamiento está teniendo el efecto deseado. Si tiene dudas acerca de la duración del tratamiento con Kisqali™, hable con el médico.

Si toma más Kisqali™ de lo debido

Si de manera accidental toma usted demasiados comprimidos o bien otra persona toma el medicamento que se le recetó a usted, consulte de inmediato con un médico. Muéstrelas el envase de Kisqali™. Puede que haya que instaurar un tratamiento médico.



*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
Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777*

Si olvida tomar Kisqali™

Si olvidó una dosis, no la tome más tarde ese día; tome la siguiente a la hora habitual. No tome una dosis doble para compensar la que ha olvidado u omitido. Espere a que llegue la hora de tomar la siguiente y en ese momento tome la dosis habitual que le recetaron.

Si deja de tomar Kisqali™

Si deja de hacer el tratamiento con Kisqali™, su enfermedad puede empeorar. No deje de tomar Kisqali™ salvo que se lo indique el médico.
Si tiene dudas sobre el uso de Kisqali™, pregunte al médico.

Posibles efectos adversos

Como todos los medicamentos, Kisqali™ puede causar efectos secundarios, aunque no todos los pacientes los presentan.

Algunos efectos secundarios pueden ser graves

Si presenta algún efecto secundario grave, **deje de utilizar este medicamento y dígaselo al médico de inmediato.**

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

- Fiebre, sudores o escalofríos, tos, síntomas gripales, pérdida de peso, dificultad para respirar, sangre en la flema, llagas en su cuerpo, áreas calientes o dolorosas en su cuerpo, diarrea o dolor de estómago, o si se siente muy cansado (signos o síntomas de infecciones)
- Fiebre, dolor de garganta o úlceras bucales debido a infecciones (signos de cifras bajas de leucocitos o linfocitos, que son unos tipos de glóbulos blancos).
- Resultados anormales de la prueba en sangre, que informa sobre el estado de salud del hígado (pruebas de función hepática anormales).

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

- Aparición espontánea de hemorragias o moretones (signos de cifras bajas de trombocitos, también llamados plaquetas).
- Dolor de garganta o úlceras bucales con un único episodio de fiebre de al menos 38,3 °C (o) superior a 38 °C durante más de una hora y/o con una infección (neutropenia febril).
- Baja concentración de potasio en la sangre, que puede causar alteraciones del ritmo cardíaco.
- Desvanecimiento (síncope).
- Latidos cardíacos irregulares (alteración de la actividad eléctrica del corazón).
- Afectación del hígado (hepatotoxicidad).

Poco frecuentes: pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas



- Infección grave, ritmo cardíaco elevado/incrementado, dificultad para respirar o respiración acelerada, fiebre y escalofríos (la sepsis, los signos de infección en la sangre, pueden ser potencialmente mortales)

Frecuencia no conocida: la frecuencia no puede estimarse a partir de los datos disponibles

- Reacción cutánea severa que puede incluir una combinación de: erupción cutánea, piel roja, ampollas en los labios, ojos o boca, descamación de la piel, fiebre alta, síntomas parecidos a la gripe y ganglios linfáticos agrandados (necrólisis epidérmica tóxica (NET)).

Otros posibles efectos secundarios

A continuación, se enumeran otros efectos secundarios. Si la afectan mucho, dígaselo al médico que la atiende.

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

- Cansancio, fatiga, piel pálida (posibles signos de una cifra baja de glóbulos rojos en la sangre)
- Dolor de garganta, secreción nasal, obstrucción de la nariz, estornudos, sensación de presión o dolor en las mejillas o la frente con o sin fiebre, tos, ronquera, voz débil o pérdida de la voz (síntomas de infecciones del tracto respiratorio)
- Dolor y necesidad de orinar con frecuencia (infección urinaria)
- Disminución del apetito
- Dolor de cabeza
- Mareos o aturdimiento
- Tos
- Falta de aliento, respiración fatigosa
- Dolor de espalda
- Náuseas
- Diarrea
- Vómitos
- Estreñimiento
- Dolor abdominal
- Llagas o úlceras bucales con inflamación de las encías (estomatitis)
- Malestar de estómago, indigestión (dispepsia)
- Caída o debilitamiento del cabello (alopecia)
- Erupción
- Picazón (prurito)
- Cansancio (fatiga)
- Hinchazón de las manos, los tobillos o los pies (edema periférico)
- Fiebre (pirexia)
- Debilidad (astenia)

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



- Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, hinchazón o hinchazón del abdomen y sensación de malestar (signos de inflamación del revestimiento del estómago-gastroenteritis).
- Ojos llorosos o lagrimeo
- Sequedad ocular
- Descenso de la concentración de calcio en la sangre, que a veces causa calambres (hipocalcemia)
- Descenso de la concentración de fosfato en la sangre (cifras bajas de fosfato en la sangre)
- Sensación de pérdida de equilibrio (vértigo)
- Gusto extraño en la boca (disgeusia)
- Piel seca
- Enrojecimiento de la piel (eritema)
- Pérdida del color de la piel en parches (vitíligo)
- Dolor de garganta (dolor orofaríngeo)
- Boca seca
- Resultado anormal de la prueba en sangre para valorar el funcionamiento de los riñones (indicado por unas altas concentraciones de creatinina en la sangre)

Es posible que durante el tratamiento con Kisqali™ usted presente también, como efectos secundarios, unos resultados anómalos en los análisis de sangre, los cuales pueden aportarle al médico información sobre el funcionamiento de algunas partes de su organismo:

Muy frecuentes:

- Concentraciones altas de las enzimas siguientes:
 - Alanina-transaminasa (ALT) o aspartato-transaminasa (AST) (función hepática), gamma glutamil transferasa.
- Niveles altos de creatinina.
- Cifras bajas de las células de la sangre que se indican a continuación:
 - Leucocitos, neutrófilos, linfocitos, plaquetas.
- Concentración baja de hemoglobina, glucosa (azúcar) en la sangre, fósforo, albúmina y potasio.

Frecuentes:

- Concentración alta de bilirrubina en la sangre.

¿Cómo conservar Kisqali™?

Conservar a menos de 30°C.

Mantener fuera del alcance y la vista de los niños

Presentaciones: Envases conteniendo 21, 42 y 63 comprimidos recubiertos.

**Ante cualquier inconveniente con el producto
el paciente puede llenar la ficha que está en la Página Web de la ANMAT:
<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/Notificar.asp>
o llamar a ANMAT responde 0800-333-1234**

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud - Certificado N° 58.397.

Elaborado en: Novartis Singapore Pharmaceutical Manufacturing Pte. Ltd. – Singapur. Industria Singapur.

Acondicionado en: Novartis Pharma Produktions GmbH – Wehr, Alemania.

o

Acondicionado en: Novartis Pharma Stein AG - Stein, Suiza

Novartis Argentina S.A.

Ramallo 1851 - C1429DUC - Buenos Aires, Argentina.

Director Técnico: Dr. Lucio Jeroncic - Químico, Farmacéutico.

Centro de Atención de Consultas Individuales (CACI): 0800-777-1111

www.novartis.com.ar

Este Medicamento es Libre de Gluten.



BPL: 10/Ene/2022

Tracking number: 2021-PSB/GLC-1257-s





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2022-24684871- NOVARTIS - Inf pacientes - Certificado N°58.397

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.09.07 21:14:17 -03:00

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.09.07 21:14:17 -03:00