En CMP RH+/HER2-

Ver!

Hay decisiones
que pueden ser una oportunidad

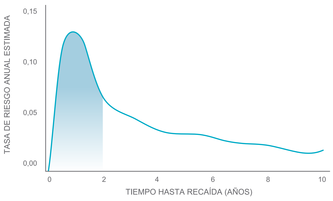
Verzenios
abemaciclib
A Lilly Medicine



Factores pronósticos y **riesgo de recaída** en cáncer de mama precoz

El **mayor riesgo de recaída** y las mayores diferencias en función de los **factores pronósticos** se concentran en los **dos primeros años** tras el diagnóstico.[1]

Riesgo de recaída en CMP
(estadios I-III, N=13.798) [1,2]



Factores asociados con alto riesgo de recaída[3]



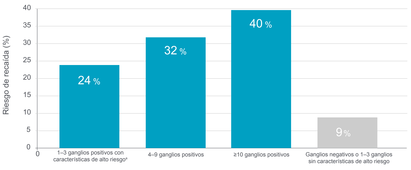
¿Es la **AFECTACIÓN GANGLIONAR** un factor pronóstico clave en la **evaluación del riesgo** en cáncer de mama precoz?

AFECTACIÓN GANGLIONAR

La **tasa de recaída a los 5 años** de las pacientes con los criterios de alto riesgo del monarchE* era de una **magnitud similar a las pacientes TN**[4]

Las pacientes con **1 a 3 ganglios positivos y características de alto riesgo*** presentan un **riesgo de recaída** casi tan **elevado** como aquellas con ≥4 ganglios positivos.[4]

Riesgo de recaída a los 5 años según afectación ganglionar (basado en RWE)



*El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[1] *Las características de alto riesgo para los pacientes con 1 a 3 ganglios positivos incluían ≥1 de las siguientes: tamaño tumoral ≥5 cm o grado 3.[1] Fuente: base de datos de CMP de Flatiron Health (EE. UU.) (período de estudio: 2011–2020). Este estudio en entorno clínico real (RWE) utilizó la base de datos estadounidense de Flatiron Health, derivada de historias clínicas electrónicas (EHR) anónimas. Los datos se originaron en aproximadamente 280 clínicas oncológicas (~800 centros de atención); la mayoría de las pacientes procedían de centros oncológicos comunitarios. El conjunto de datos incluyó a >15.00 pacientes adultas con CMP RH+/HER2- en estadios I–III diagnosticadas entre 2011 y 2020. Este análisis se basó en un modelo de regresión de Cox, ajustado mediante modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox. Los factores de ajuste incluyeron: edad, raza, estado menopáusico, estado de resección, histología, estado del receptor de progesterona, estado BRCA, ECOG PS y la puntuación Oncotype DX Breast Recurrence Score. El HR ajustado describe el incremento del riesgo de recaída en cada uno de los grupos con afectación ganglionar frente al grupo sin estas características de alto riesgo durante el seguimiento. El riesgo de recaída mostrado en el gráfico de barras representa la probabilidad de presentar un evento (recaída o muerte) y se expresa como 100% menos la tasa de IDFS a 5 años. Los resultados se basan en un análisis de subgrupos post hoc, siguiendo la metodología descrita por Sheffield et al. (2022), con una población de pacientes diagnosticadas entre 2011 y 2020. Este análisis fue exploratorio y no planeó una hipótesis a contrastar.[1,5]

¿Es el **GRADO HISTOLÓGICO** un factor clave en la **evaluación del riesgo** en cáncer de mama precoz?

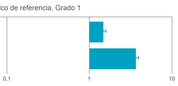
ALTO GRADO TUMORAL

El grado histológico contribuye a **estimar el riesgo de recaída** y a **identificar a las pacientes con mayor beneficio potencial** de la intensificación de la hormonoterapia adyuvante[3]

Entre los factores evaluados mediante un modelo de regresión, el **grado histológico 3** fue el de mayor influencia.[7*]

Factores de riesgo de mortalidad específica por cáncer de mama
en pacientes con CMP RH+/HER2– [7,a]

3,6x MAYOR RIESGO DE MUERTE EN LA ENFERMEDAD DE GRADO 3 vs ENFERMEDAD DE GRADO 1
HR=3,61 (IC 95%: 3,27-3,98); P<0,0001



Las pacientes con **CMP de mayor grado** tienen **más riesgo de recaída** que las de bajo grado.[3]

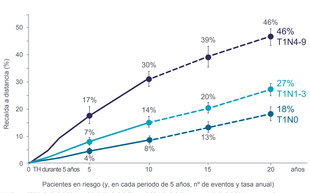
*Otros factores evaluados fueron la edad, la raza, el sexo y la histología.[7]
†p < 0,0001 frente a enfermedad de grado 1.[7]
‡En relación con otros factores de riesgo, como la edad, la raza/etnia, el estado, la afectación ganglionar, el tamaño tumoral, el sexo y la histología.[7]

¿Es el **TAMAÑO TUMORAL** un factor pronóstico clave en la **evaluación del riesgo** en cáncer de mama precoz?

GRAN TAMAÑO TUMORAL

El riesgo de recaída a distancia está **estrechamente relacionado** con el tamaño del tumor inicial[8]

Riesgo acumulado de recaída a distancia a 20 años en tumores T1[8]



Pacientes en riesgo (y, en cada periodo de 5 años, nº de eventos y tasa anual)

T1N4-9	5033 (816; 3,7 %)	3517 (340; 3,2 %)	958 (47; 2,6 %)	115 (7; 2,9 %)	18
T1N1-3	17171 (1203; 1,5 %)	13305 (852; 1,5 %)	4282 (130; 1,6 %)	552 (20; 1,5 %)	102
T1N0	19062 (744; 0,6 %)	16107 (425; 0,8 %)	5701 (153; 1,1 %)	1323 (39; 1,3 %)	203

Adaptado de Pan et al.

Riesgo acumulado de recaída a distancia a 20 años en tumores T2[8]

Pacientes en riesgo (y, en cada periodo de 5 años, nº de eventos y tasa anual)

T2N4-9	7300 (1750; 5,7%)	4599 (629; 4,6%)	1209 (74; 3,5%)	144 (6; 1,7%)	34
T2N1-3	14755 (1523; 3,0%)	10271 (709; 2,5%)	2968 (111; 1,9%)	397 (18; 2,1%)	81
T2N0	10243 (902; 1,9%)	7974 (410; 1,6%)	2870 (119; 1,6%)	659 (29; 1,7%)	151

Adaptado de Pan et al.

El tamaño tumoral, junto con la afectación ganglionar y el grado histológico, es uno de los **principales factores clínico-patológicos para la valoración del riesgo en cáncer de mama precoz**[3]

El **alto riesgo de recaída de la cohorte 1 del estudio monarchE** se define por los siguientes criterios anatomopatológicos[5,9,10]

1-3 ganglios positivos y al menos uno de los siguientes:



Grado 3



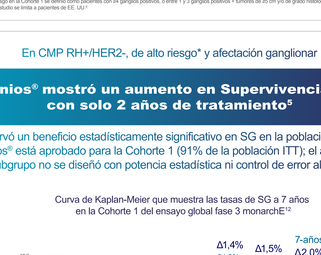
Tamaño tumoral ≥5 cm

o

4 o más ganglios positivos



La **afectación ganglionar** es uno de los **factores pronósticos adversos más relevantes** y conocidos en todos los subtipos de CM, incluido el RH+/HER2-.[9]



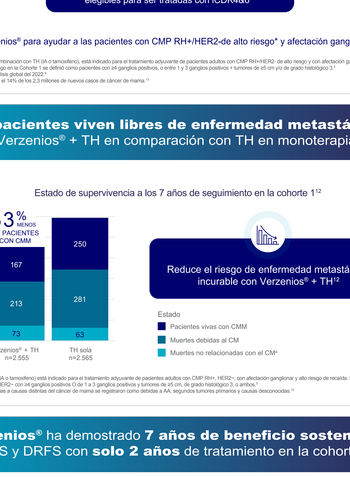
ªEl CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[5]
*La población del estudio se limita a pacientes de EE. UU.[5]

En CMP RH+/HER2-, de alto riesgo* y afectación ganglionar

Verzenios® mostró un aumento en Supervivencia Global con solo 2 años de tratamiento[5]

- Se observó un beneficio estadísticamente significativo en SG en la población ITT.[5]
- Verzenios® está aprobado para la Cohorte 1 (91% de la población ITT); el análisis de SG en este subgrupo no se diseñó con potencia estadística ni control de error alfa.[2,11]

Curva de Kaplan-Meier que muestra las tasas de SG a 7 años en la Cohorte 1 del ensayo global fase 3 monarchE[12]



PACIENTE EN RIESGO

Verzenios® + TH	2555	2381	2290	2186	2123	2030	1798	423	0
TH sola	2565	2416	2305	2211	2117	2005	1753	431	0

*Verzenios®, en combinación con TH (IA o tamoxifeno), está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con CMP RH+/HER2- de alto riesgo y con afectación ganglionar. El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[5]

Verzenios® ha ayudado a las pacientes a **vivir más tiempo**[13]

El aumento en la **supervivencia global** puede marcar una **diferencia significativa en la vida de las pacientes.**[6,14]

Cada año se diagnostican ~2,3 millones de nuevos casos de cáncer de mama[6,14§]

~317.000‖

PACIENTES EN TODO EL MUNDO

con CMP RH+, HER2-, de alto riesgo* elegibles para ser tratadas con iCDK4&6

Elige Verzenios® para ayudar a las pacientes con CMP RH+/HER2-de alto riesgo* y afectación ganglionar[12,14]

*Verzenios®, en combinación con TH (IA o tamoxifeno), está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con CMP RH+/HER2- de alto riesgo y con afectación ganglionar. El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[5]
§Basado en un análisis global del 2022.[6]
‖Aproximadamente el 14% de los 2,3 millones de nuevos casos de cáncer de mama.[14]

Más pacientes viven libres de enfermedad metastásica con Verzenios® + TH en comparación con TH en monoterapia[12,*]

Estado de supervivencia a los 7 años de seguimiento en la cohorte 1[12]

*Verzenios®, en combinación con TH (IA o tamoxifeno) está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con CMP RH+, HER2-, con afectación ganglionar y alto riesgo de recaída. El alto riesgo se definió como CMP RH+, HER2- con ≥4 ganglios positivos O de 1 a 3 ganglios positivos y tumores de ≥5 cm, de grado histológico 3 o ambos.[5]
ªLas muertes debidas a causas distintas del cáncer de mama se registraron como debidas a AA, segundos tumores primarios y causas desconocidas.[12]

Verzenios® ha demostrado **7 años de beneficio sostenido†** en IDFS y DRFS con **solo 2 años** de tratamiento en la cohorte 1[12*]

27,4% REDUCCIÓN DEL RIESGO DE RECAÍDA

26,4% REDUCCIÓN DEL RIESGO DE RECAÍDA A DISTANCIA

Δ6,9% Diferencia absoluta en IDFS: Verzenios® + TH *vs* TH sola

Δ5,5% Diferencia absoluta en DRFS: Verzenios® + TH *vs* TH sola

*Verzenios®, en combinación con TH (IA o tamoxifeno), está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con CMP RH+/HER2- de alto riesgo y con afectación ganglionar. El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[5]
†Reducción del riesgo de recaída a lo largo del tiempo.[12]

Razones para elegir Verzenios® para ayudar a las pacientes con CMP RH+/HER2- de alto riesgo* y afectación ganglionar

Un avance en supervivencia global con Verzenios® + IA o tamoxifeno con solo 2 años de tratamiento[5,11,12]

PROTECCIÓN SOSTENIDA‡, CLINICAMENTE PROBADA[5,12]

- Verzenios® es el PRIMER iCDK4/6 aprobado y financiado en España con solo 2 AÑOS de tratamiento continuo en ADYUVANCIA[5]
- Verzenios® mostró un aumento en SUPERVIVENCIA GLOBAL[5]
  - Se observó un beneficio estadísticamente significativo en SG en la población ITT.[5]
  - Verzenios® está aprobado para la Cohorte 1 (91% de la población ITT); el análisis de SG en este subgrupo no se diseñó con potencia estadística ni control de error alfa.[2,11]

PERFIL DE SEGURIDAD CONOCIDO

- Los acontecimientos adversos observados fueron generalmente leves, predecibles, reversibles y manejables, pudiendo reducirse la dosis sin comprometer la eficacia[5,12]

RECOMENDADO POR GUÍAS INTERNACIONALES

- American Society of Clinical Oncology (ASCO)[15]
  - Entre los iCDK4/6, el Panel de Expertos recomienda abemaciclib frente a ribociclib en pacientes elegibles para ambas opciones terapéuticas, dado su menor tiempo de tratamiento y la demostración de un beneficio en supervivencia global (SG).[5,12]
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)[11]
- European Society of Medical Oncology (ESMO)[16]
- Fuertemente recomendado por el Panel de Consenso St. Gallen[19]

*Verzenios®, en combinación con TH (IA o tamoxifeno), está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con CMP RH+/HER2- de alto riesgo y con afectación ganglionar. El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes con ≥4 ganglios positivos, o entre 1 y 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm y/o de grado histológico.[5]
‡Reducción del riesgo de recaída a lo largo del tiempo.[12]

Abreviaturas

BRCA: gen del cáncer de mama; **CMP:** cáncer de mama precoz; **DRFS:** supervivencia libre de recaída a distancia; **EHR:** historia clínica electrónica; **HER2:** receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano; **HR:** hazard ratio; **IA:** inhibidor de la aromatasa; **IC:** intervalo de confianza; **iCDK4/6:** inhibidor de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6; **IDFS:** supervivencia libre de enfermedad invasiva; **ITT:** intención de tratar; **PS ECOG:** estado funcional según el Eastern Cooperative Oncology Group; **RH:** receptor hormonal; **RWE:** evidencia en vida real (del inglés, real-world evidence); **SG:** supervivencia global; **TH:** terapia hormonal; **TN:** triple negativo.

Referencias

1. Cheng L, et al. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(5):800-809.
2. Johnston SRD, et al. J Clin Oncol. 2020;38(34):3987-3998.
3. Rakha EA, et al. Breast Cancer Research 2010, 12:207.
4. Ferlay J, et al. Int J Cancer Open. 2026;1:(2):100021.
5. Ficha técnica de Verzenios®.
6. Sheffield KM, et al. Future Oncol. 2022;18(21):2667-82.
7. Nelson DR, Brown J, Morikawa A, Mehrotra M. PLoS One. 2022;17(2):e0264637.
8. Pan H, et al. N Engl J Med. 2017 November 09; 377(19): 1836–1846.
9. Thill M, et al. The Breast 67 (2026) 104763.
10. Johnston SRD, et al. Lancet Oncol.2023;24(1):77-90.
11. Rastogi P, et al. J Clin Oncol. 2024-42(9)(Intl Suppl Mat):987-993.
12. Johnston S, et al. Ann Oncol. 2026;37(2):155-165.
13. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Lancet. 2015;386(10001):1341-1352
14. Freihat O, et al. Front Public Health. 2025;13:1622954.
15. Gretz MP, et al. J Pharm Pract. 2025;38(1):34.
16. Gennari A, et al. Ann Oncol. 2024;35(12):1070-2235.
17. Cardoso F, et al. J Clin Oncol. Published online August 26, 2026.
18. Lobl S, et al. Ann Oncol. 2024;35(2):159-167.
19. Curigliano G, et al. Ann Oncol. 2023;34(11):970-986.

Haga clic aquí para acceder a la ficha técnica de Verzenios®

CMAT-624061

© 2026 Eli Lilly and Company

En CMM RH+/HER2-

Ver!

Hay decisiones
que pueden ser una oportunidad



Verzenios® abemaciclib
A Lilly Medicine

Las pacientes con **enfermedad visceral*** tienen un **mayor riesgo de progresión**[1†]

Tasas de supervivencia a 5 años en CMM RH+, HER2–[1]



~33%
Metástasis óseas solamente



~27%
Metástasis pulmonares



~22%
Metástasis hepáticas

*"Enfermedad visceral: lesión ≥1 en un órgano interno o en el tercer espacio (incluyendo afectación metastásica pulmonar, hepática, pleural o peritoneal).[1]

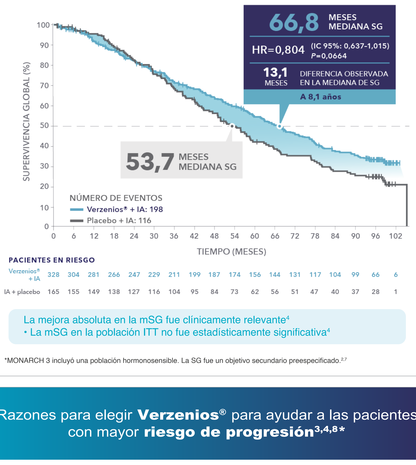
†En comparación con las pacientes con metástasis óseas solamente.

En CMM RH+/HER2-

MONARCH 2

Tras 6,5 años de seguimiento, **Verzenios® + fulvestrant alcanzó una mSG de 45,8 meses en pacientes hormonorresistentes**[3]

Supervivencia global: en combinación con fulvestrant[3]
mSG en población ITT tras 6,5 años de seguimiento[3]



PACIENTES EN RIESGO

Verzenios® + fulvestrant	446	422	410	398	385	365	339	321	302	284	265	246	231	214	206	196	188	183	171	161	154	144	134	129	126	112	88	54	32	14	0
Placebo + fulvestrant	223	214	201	195	191	178	170	158	148	135	122	115	100	93	85	78	73	69	64	58	53	48	47	45	43	36	28	15	6	0	0

Efecto **sostenido** durante el seguimiento a **largo plazo**[3]

MONARCH 3

Verzenios® presentó la mSG más prolongada reportada para un **iCDK4/6 en combinación con IA en CMM**[4-6]

Supervivencia global - en combinación con IA[4]
mSG en población ITT tras 8,1 años de seguimiento[4]



PACIENTES EN RIESGO

Verzenios® + IA	328	304	281	266	247	229	211	199	187	174	156	144	131	117	104	99	66	6
IA + placebo	165	155	149	138	127	116	104	95	84	73	62	56	51	47	40	37	28	1

La mejora absoluta en la mSG fue clínicamente relevante[4]
- La mSG en la población ITT no fue estadísticamente significativa[4]

*MONARCH 3 incluyó una población hormonosensible. La SG fue un objetivo secundario preespecificado.[2,7]

Razones para elegir **Verzenios®** para ayudar a las pacientes con mayor **riesgo de progresión**[3,4,8*]

mSLP y mSG en la población ITT y con enfermedad visceral:
MONARCH 3 y MONARCH 2[3,4,7-9]

MONARCH 3 8,1 AÑOS DE MEDIANA DE SEGUIMIENTO	MONARCH 2 6,5 AÑOS DE MEDIANA DE SEGUIMIENTO
POBLACIÓN ITT	
mSLP: 29,0 meses vs 14,8 meses con placebo + IA[4] +14,3 meses de mSLP[a]	**mSLP: 16,9 meses** vs 9,3 meses con placebo + fulvestrant[3] +7,6 meses de mSLP
mSG: 66,8 meses[b] vs 53,7 meses con placebo + IA[4] +13,1 meses de mSG	**mSG: 45,8 meses** vs 37,3 meses con placebo + fulvestrant[3] +8,5 meses de mSG
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VISCERAL	
mSG: 63,7 meses[b] vs 48,8 meses con placebo + IA[4] +14,9 meses de mSG	**mSG: 40,3 meses[c]** vs 32,2 meses con placebo + fulvestrant[8] +8,1 meses de mSG

*El CMM de mayor riesgo se definió como la presencia de características de la enfermedad que podrían conferir un peor pronóstico, como metástasis hepáticas, estado de RPg- y alto grado del tumor primario.[10]

[a]La diferencia en la mediana de la supervivencia libre de progresión puede variar debido al redondeo.

[b]La adición de Verzenios® a IA no dio lugar a una mSG estadísticamente significativa; sin embargo, se observó una mejora clínicamente relevante.

[c]Los análisis no se ajustaron por multiplicidad y el estudio no tuvo el poder estadístico para probar el efecto de Verzenios® + TH entre los subgrupos.

Abreviaturas

CMM: cáncer de mama metastásico; **HER2:** receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano; **HR:** hazard ratio; **IA:** inhibidor de la aromatasa; **IC:** intervalo de confianza; **iCDK4/6:** inhibidor de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6; **ITT:** población por intención de tratar; **mSG:** mediana de supervivencia global; **mSLP:** mediana de supervivencia libre de progresión; **RH:** receptores hormonales; **SG:** supervivencia global; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **TH:** tratamiento hormonal.

Referencias

1. Wang R, et al. BMC Cancer 2019;19(1):1091.
2. Goetz MP, et al. J Clin Oncol. 2017;35(32):3638-3646.
3. Neven P. JCO Oncology Advances 2025;2.
4. Goetz MP, et al. Annals of Oncology. 2024;35(8):718-727.
5. Ficha técnica de Kisqali®.
6. Ficha técnica de Ibrance®.
7. Johnston S, et al. NPJ Breast Cancer 2019;5:5.
8. Sledge GW Jr, et al. JAMA Oncology. 2020;6(1):116-124.
9. Sledge GW, et al. J Clin Oncol. 2017;35(25):2875-2884.
10. Di Leo A, et al. NPJ Breast Cancer. 2018;4:41.

Haga clic **aquí** para acceder a la ficha técnica de Verzenios®

CMAT-62406

© 2026 Eli Lilly and Company.

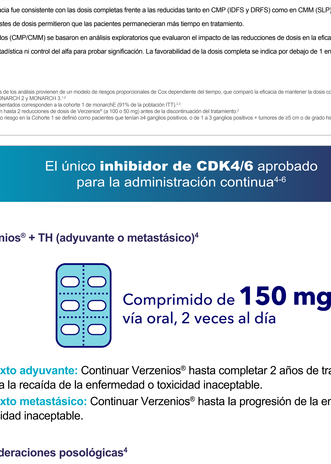
Lilly A MEDICINE COMPANY



En pacientes con **CMP RH+/HER2- de alto riesgo*** y con afectación ganglionar y **CMM RH+/HER2-**

El ajuste temprano de la dosis, cuando sea necesario, puede ayudar a que las pacientes reciban los **2 años completos de tratamiento sin comprometer la eficacia**[1,2]

En los distintos análisis, la eficacia de Verzenios® no se vio comprometida por las reducciones de dosis.[1,2a]



Las dosis reducidas mantuvieron el beneficio en eficacia tanto en CMP como CMM.[1,2]

- La eficacia fue consistente con las dosis completas frente a las reducidas tanto en CMP (IDFS y DRFS) como en CMM (SLP).
- Los ajustes de dosis permitieron que las pacientes permanecieran más tiempo en tratamiento.

Los resultados (CMP/CMM) se basaron en análisis exploratorios que evaluaron el impacto de las reducciones de dosis en la eficacia. Estos análisis no tuvieron potencia estadística ni control del alfa para probar significación. La favorabilidad de la dosis completa se indica por debajo de 1 en CMP y por encima de 1 en CMM.[1,2]

[a]Los resultados de los análisis provienen de un modelo de riesgos proporcionales de Cox dependiente del tiempo, que comparó la eficacia de mantener la dosis completa frente a la dosis reducida en monarchE, MONARCH 2 y MONARCH 3.[1]
[b]Los datos presentados corresponden a la cohorte 1 de monarchE (91% de la población ITT).[2,3]
[c]Se permitieron hasta 2 reducciones de dosis de Verzenios® (a 100 o 50 mg) antes de la discontinuación del tratamiento.[1]
*El CMP de alto riesgo se la Cohorte 1 se definió como pacientes que tenían ≥4 ganglios positivos, o de 1 a 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm o de grado histológico 3, o ambos.[4]

El único **inhibidor de CDK4/6** aprobado para la administración continua[4-6]

Verzenios® + TH (adyuvante o metastásico)[4]

Comprimido de **150 mg** vía oral, 2 veces al día

Contexto adyuvante: Continuar Verzenios® hasta completar 2 años de tratamiento o hasta la recaída de la enfermedad o toxicidad inaceptable.
Contexto metastásico: Continuar Verzenios® hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Consideraciones posológicas[4]

Verzenios® debe tomarse aproximadamente a la misma hora todos los días.[4]
Si la paciente vomita o se salta una dosis, deberá tomar la siguiente dosis de Verzenios® a la hora prevista.

Los comprimidos de Verzenios® deben tragarse enteros.[4]
Las pacientes no deben masticar, triturar ni modificar de otro modo los comprimidos.

Verzenios® puede tomarse con o sin alimentos.[4]
Las pacientes deben evitar tomar productos como pomelo al mismo tiempo que tomen Verzenios®.

- La dosis recomendada de Verzenios® es de 150 mg por vía oral dos veces al día cuando se utiliza en combinación con fulvestrant, tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasa.[4]
- Verzenios® ofrece opciones de dosificación flexibles con 3 concentraciones (50, 100 y 150 mg) para ayudar a manejar los acontecimientos adversos.[4]
- Verzenios® se asocia a un número generalmente menor de interacciones farmacológicas en comparación con otros inhibidores de CDK4/6.[7]
- Se recomienda la modificación de la dosis en función de la seguridad y tolerabilidad individuales. Si es necesario, reducir la dosis de Verzenios® de 50 mg en 50 mg. Suspender Verzenios® en las pacientes que no toleren 50 mg dos veces al día.[4]
- Consultar ficha técnica para obtener información adicional.

Verzenios® presenta el **menor número de interacciones farmacológicas** entre los iCDK4/6[7]

Número de interacciones conocidas entre fármacos por inhibidor de CDK4/6

Verzenios® ofrece una **ventaja relevante** para las pacientes con **comorbilidades y polimedicadas*†7**

*Esta comparación se limita al número y al tipo de interacciones farmacológicas descritas para los tres inhibidores de CDK4/6 aprobados en cáncer de mama metastásico RH+/HER2−, y no representa una comparación directa de eficacia o de seguridad. Para información completa sobre indicaciones, contraindicaciones e interacciones, consulte la ficha técnica de Verzenios®, palbociclo y ribociclo.

Razones para elegir Verzenios® para ayudar a las pacientes con CM RH+/HER2- de **mayor riesgo de recaída* y progresión**[1-4,8-14†]

EFICACIA DEMOSTRADA EN 3 ENSAYOS CLÍNICOS FASE III

MONARCH E[8,11,13]
CMP de alto riesgo* y afectación ganglionar

MONARCH 3[8,10]
CMM hormonosensible

MONARCH 2[8,9]
CMM hormonorresistente

POSIBILIDAD DE COMBINAR CON DIFERENTE TH

Tamoxifeno o IA (CMP)[8,12,13]

IA (CMM)[8,10]

Fulvestrant (CMM)[8,11]

RESULTADOS DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO

Los acontecimientos adversos observados fueron generalmente predecibles, reversibles y manejables, pudiendo reducirse la dosis, cuando fue necesario, sin comprometer la eficacia.[1,2]

* El CMP de alto riesgo en la Cohorte 1 se definió como pacientes que tenían ≥4 ganglios positivos, o de 1 a 3 ganglios positivos + tumores de ≥5 cm o de grado histológico 3, o ambos.[4]
† El CMM de mayor riesgo se definió como la presencia de características de la enfermedad que podrían conferir un peor pronóstico, como metástasis hepáticas, estado de RPg- y alto grado del tumor primario.[14]

Abreviaturas

CDK4/6: quinasas dependientes de ciclina 4 y 6; **CMP:** cáncer de mama precoz; **CMM:** cáncer de mama metastásico; **DRFS:** supervivencia libre de recaída a distancia; **HER2:** receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano; **HR:** hazard ratio; **IA:** inhibidor de la aromatasa; **IC:** intervalo de confianza; **iCDK4/6:** inhibidor de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6; **mDLP:** mediana de supervivencia libre de progresión; **RH:** receptores hormonales; **RPg:** receptor de progesterona; **SLP:** supervivencia libre de progresión; **TH:** tratamiento hormonal.

Referencias

1. Rugo HS, et al. Oncologist. 2021;26(1):e53-e65.
2. Goetz MP, et al. NPJ Breast Cancer. 2024;10(1):34.
3. Rastogi P, et al. J Clin Oncol. 2024;42(5):987-993.
4. Ficha técnica de Verzenios®.
5. Ficha técnica de Kisqali®.
6. Ficha técnica de Ibrance®.
7. Martorana F, et al. Ther Adv Drug Saf. 2024;15:1-12.
8. Sledge GW Jr, et al. JAMA Oncol. 2020;6(1):116-124.
9. Goetz MP, et al. Ann Oncol. 2024;35(8):718-727.
10. Johnston S, et al. NPJ Breast Cancer. 2019;5:5.
11. Sledge GW Jr, et al. J Clin Oncol. 2017;35(25):2875- 2884.
12. Johnston SRD, et al. Lancet Oncol. 2020;21(1):77-90.
13. Johnston S, et al. Ann Oncol. 2026;37(2)(Incl suppl mat):155- 165.
14. Di Leo A, et al. NPJ Breast Cancer. 2018;4:41.

Haga clic **aquí** para acceder a la ficha técnica de Verzenios®

CMAT-62406

© 2026 Eli Lilly and Company.