

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

A01 PREPARADOS ESTOMATOLOGICOS

A01AB ANTIINFECCIOSOS DE USO ORAL LOCAL

CLORHEXIDINA

CLORHEXIDINA 0,12% 12ML ENJUAGUE	producto uso bucal topico	[3903101]	CARIAX GINGIVAL ENJUAGUE
----------------------------------	---------------------------	-----------	--------------------------

NISTATINA

NISTATINA 100.000UI/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902534]	MYCOSTATIN
----------------------------------	--------------------------	-----------	------------

SODIO PERBORATO

FM GARGARISMOS 250ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006106]	FM GARGARISMOS
-------------------------------	--------------------------	-----------	----------------

A01AD OTROS PREPARADOS DE USO ORAL LOCAL

VARIOS (TRATAMIENTO ORAL LOCAL)

FM SALIVA ARTIFICIAL 500ML ENJUAGUE	solucion/suspension oral	[4006188]	FM SALIVA ARTIFICIAL
-------------------------------------	--------------------------	-----------	----------------------

A02 MEDICAMENTOS PARA TRASTORNOS RELAC. CON LA ACIDEZ

A02AD ASOC.Y COMPLEJOS DE COMPUEST. DE ALUMINIO, CALCIO Y MAGNESIO

ALMAGATO

ALMAGATO 1,5G SOBRE	solucion/suspension oral	[3901488]	ALMAX FORTE
---------------------	--------------------------	-----------	-------------

A02AH ANTIACIDOS CON BICARBONATO SODICO

SODIO BICARBONATO

BICARBONATO SODICO 1G SOBRE	solucion/suspension oral	[3901065]	BICARBONATO SÓDICO
-----------------------------	--------------------------	-----------	--------------------

A02BA ANTAGONISTAS RECEPTORES H2 (ANTIULCERA PEPTICA)

FAMOTIDINA

FAMOTIDINA 20 MG COMP	comprimidos	[3908016]	FAMOTIDINA
FAMOTIDINA 20MG AMP	inyectables	(*) [3908961] SitEsp	FAMOTIDINA
FM FAMOTIDINA 8 MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006324]	FM FAMOTIDINA

A02BB PROSTAGLANDINAS (ANTIULCERA PEPTICA)

MISOPROSTOL

MISOPROSTOL 200MCG COMP	comprimidos	[3902945]	CYTOTEC
-------------------------	-------------	-----------	---------

A02BC INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)

OMEPRAZOL

OMEPRAZOL 20MG CAPS	capsulas	[3901234]	OMEPRAZOL
OMEPRAZOL 40MG VIAL	inyectables perfusion	[3901138] UH	OMEPRAZOL
FM OMEPRAZOL 2MG/ML 200ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006158]	FM OMEPRAZOL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A02BX OTROS ANTIULCERA PEPTICA Y REFLUJO GASTROESOFAGICO

SUCRALFATO

SUCRALFATO 1G SOBRE	solucion/suspension oral	[3902915]	SitEsp	KEAL
---------------------	--------------------------	-----------	--------	------

A03 MEDICAMENTOS PARA TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES

A03AB ANTICOLINERGICOS SINTETICOS, AMONIO CUATERNARIO

GLICOPIRRONIO

GLICOPIRRONIO BROMURO 0,2MG 1ML AMP	inyectables	[3902982]	SitEspInf	ROBINUL
-------------------------------------	-------------	-----------	-----------	---------

A03AD PAPAVERINA Y DERIVADOS

PAPAVERINA

PAPAVERINA 100MG 5ML AMP	inyectables	[3901064]		PAPAVERINA
--------------------------	-------------	-----------	--	------------

A03BA ALCALOIDES DE BELLADONA, AMINAS TERCIARIAS

ATROPINA

ATROPINA 1MG 1ML AMP	inyectables	[3901410]		ATROPINA
----------------------	-------------	-----------	--	----------

A03BB ALCALOIDES SEMISINTETICOS BELLADONA, AMINAS CUATERNARIAS

BUTILESCOPOLAMINA BROMURO

BUTILESCOPOLAMINA 10MG GRAG	comprimidos	[3901196]		BUSCAPINA
BUTILESCOPOLAMINA 20MG 1ML AMP	inyectables	[3901197]		BUSCAPINA

A03FA PROPULSIVOS

DOMPERIDONA

DOMPERIDONA 1MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902844]		MOTILIUM
------------------------------	--------------------------	-----------	--	----------

METOCLOPRAMIDA

METOCLOPRAMIDA 10MG COMP	comprimidos	[3902869]		METOCLOPRAMIDA
METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML AMP	inyectables	[3902356]		METOCLOPRAMIDA
METOCLOPRAMIDA 1MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902337]		PRIMPERAN

A04 ANTIEMETICOS Y ANTINAUSEANTES

A04AA ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA (ANTIEMETICOS)

ONDANSETRON

ONDANSETRON 4MG COMP	comprimidos	[3901186]	DH	ONDANSETRON
ONDANSETRON 8MG COMP	comprimidos	[3901187]	DH	ONDANSETRON
ONDANSETRON 4MG 2ML AMP	inyectables	[3901467]	UH	ONDANSETRON
ONDANSETRON 8MG 4ML AMP	inyectables	[3901468]	UH	ONDANSETRON
ONDANSETRON 8MG 50ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906646]		ONDANSETRON

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A04AD OTROS ANTIEMETICOS

APREPITANT

APREPITANT 125/80/80MG CAPS	capsulas	[3902518] UH	EMEND
-----------------------------	----------	--------------	-------

A05 TERAPIA BILIAR Y HEPATICA

A05AA PREPARADOS DE ACIDOS BILIARES

URSODESOXICOLICO ACIDO

URSODESOXICOLICO ACIDO 300MG CAPS	capsulas	[3902432]	ADISOCOL
URSODESOXICOLICO ACIDO 150MG COMP	comprimidos	[3902873]	ADISOCOL
FM ACIDO URSODEOXICÓLICO 25 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006011]	FM ACIDO URSODEOXICÓLICO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A05AX OTROS MEDICAMENTOS PARA LA TERAPIA BILIAR

ELAFIBRANOR

ELAFIBRANOR 80MG COMP	comprimidos	[3909384]	IQIRVO
-----------------------	-------------	-----------	--------

DICTAMEN 19/2025 POSICIONAMIENTO EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP)
MEDICAMENTO: ELAFIBRANOR (Iqirvo®) 80 mg comprimidos recubiertos con película.

INDICACIÓN: Tratamiento de la colangitis biliar primaria (CBP) en combinación con el ácido ursodesoxicólico (AUDC) en adultos que no responden adecuadamente al AUDC o como monoterapia en pacientes que no toleran AUDC.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Para pacientes adultos diagnosticados de CBP que no hayan respondido adecuadamente o presenten intolerancia al tratamiento con AUDC, y que además sean refractarios o intolerantes a otras terapias convencionales utilizadas para esta enfermedad.

Se consideran no respondedores al AUDC aquellos pacientes que, tras al menos 1 año de tratamiento, presenten las siguientes alteraciones en los parámetros bioquímicos:

- Fosfatasa alcalina (FA) $\geq 1,67$ veces el límite superior de la normalidad (LSN) y
- Bilirrubina total ≤ 2 veces el LSN.

No se consideran candidatos a elafibranor:

- Pacientes con enfermedad hepática descompensada (Child-Pugh C).
- Pacientes candidatos a trasplante hepático.
- Pacientes con síndrome de solapamiento (overlap) hepático.
- Mujeres con embarazo conocido o sospecha de embarazo y mujeres en edad fértil que no utilizan un método anticonceptivo.

Criterios de seguimiento clínico:

Antes del inicio del tratamiento, deben realizarse las siguientes evaluaciones:

- Pruebas de laboratorio: hemograma completo, bilirrubina total y conjugada, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), FA, gamma-glutamyl transferasa (GGT), albúmina, creatina fosfoquinasa (CPK), índice de protrombina, gammaglobulinas y perfil lipídico.
- Evaluación del prurito: valoración de la intensidad mediante una escala analógica visual (EVA).
- Pruebas de imagen: ecografía abdominal y elastografía hepática.

A los 3, 6 meses y posteriormente cada 6 meses tras el inicio del tratamiento, deben reevaluarse los mismos parámetros indicados inicialmente, con excepción de la ecografía abdominal y la elastografía hepática, que se realizarán con una periodicidad anual.

Criterios de retirada del tratamiento:

El tratamiento deberá suspenderse en los siguientes casos:

- Falta de respuesta a los 6 meses de tratamiento, definida como:
 - Niveles de FA $\geq 1,67$ veces el LSN,
 - Niveles de bilirrubina total $>$ LSN, o
 - No alcanzar una reducción de la FA $\geq 15\%$ respecto al valor basal.
- Presencia de signos bioquímicos de hepatitis tóxica grave.
- Aparición de manifestaciones de enfermedad hepática avanzada y descompensada, como:
 - Ascitis
 - Hemorragia por varices esofágicas
 - Encefalopatía hepática
- Necesidad de trasplante hepático.
- Aparición de efectos adversos graves relacionados con el tratamiento.
- Falta de adherencia al tratamiento.

A05BA TERAPIA DEL HIGADO

ARGININA

FM ARGININA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006042]	FM ARGININA
-----------------------------------	----------------------	-----------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A06 MEDICAMENTOS CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

A06AA LAXANTES LUBRICANTES Y EMOLIENTES

PARAFINA FLUIDA EN ASOCIACION

PARAFINA/PICOSULFATO 15ML SOBRE	efectos y accesorios	[3901171]	EMULIQUEN LAXANTE
---------------------------------	----------------------	-----------	-------------------

PARAFINA LIQUIDA

PARAFINA 15ML SOBRE	solucion/suspension oral	[3906207]	EMULIQUEN SIMPLE
---------------------	--------------------------	-----------	------------------

A06AB LAXANTES DE CONTACTO

BISACODILO

BISACODILO 10MG SUP	supositorios	[3902411]	DULCO LAXO
---------------------	--------------	-----------	------------

PICOSULFATO SODICO EN ASOCIACION

PICOSULFATO/CITRICO AC/MAGNESIO SOBRES	solucion/suspension oral	[3901829]	CITRAFLEET
Picosulfato sódico 10 mg Ácido cítrico 10,97 mg Magnesio óxido 3,5 g Potasio (sales) 125 mg			

A06AC LAXANTES FORMADORES DE BOLO INTESTINAL

ISPAGHULA

PLANTAGO OVATA 3,5G SOBRE	solucion/suspension oral	[3901162]	PLANTAGO OVATA
---------------------------	--------------------------	-----------	----------------

A06AD LAXANTES OSMOTICOS

LACTULOSA

LACTULOSA 1,11G/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902412]	LACTULOSA
LACTULOSA 10G 15ML SOBRE	solucion/suspension oral	[3901167]	LACTULOSA

MACROGOL EN ASOCIACION

MACROGOL/ELECTROLITOS 25ML SOB	solucion/suspension oral	[3908766]	MOVICOL
Macrogol 13,125 g Potasio cloruro 50,2 mg Sodio Bicarbonato 178,6 mg Sodio Cloruro 350,8 mg			
MACROGOL/ASCORBICO AC/ELECTROLITOS SOBRE	solucion/suspension oral	[3901705]	MOVIPREP/PLEINVUE
Macrogol-3350 100 g Ascórbico Ácido 10,6 g Sodio Sulafo anhidra 2,4 g Sodio Cloruro 2,7 g Potasio Cloruro 1,01 g			
MACROGOL/ELECTROLITOS 6,9G SOBRE PEDIAT	solucion/suspension oral	[3901656]	MOVICOL PEDIATRICO
Macrogol 6,563 g Potasio cloruro 25,10 mg Sodio Bicarbonato 89,30 mg Sodio Cloruro 175,40 mg			

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A06AG ENEMAS

GLICEROL

GLICEROL 4ML ENEMA INF	liquido rectal	[3902692]	PAIDOLAX
GLICEROL 7,5ML ENEMA ADULTOS	liquido rectal	[3902431]	ADULAX

LAURILSULFATO, INCLUIDO ASOCIACIONES

LAURILSULFATO/CITRATO SODICO 5ML ENEMA	liquido rectal	[3901994]	MICRALAX
--	----------------	-----------	----------

SODIO FOSFATO

FOSFATO SODICO 250ML ENEMA	liquido rectal	[3902186]	ENEMA CASEN ADULTOS
FOSFATO SODICO 80ML ENEMA	liquido rectal	[3902187]	ENEMA CASEN INFANTIL

A07 ANTIDIARREICOS, ANTIINFECCIOSOS/ANTINFLAMAT.INTESTINALES

A07AA ANTIBIOTICOS (ANTIINFECCIOSOS INTESTINALES)

FIDAXOMICINA

FIDAXOMICINA 200 MG COMP	comprimidos	[3904007] Restr	DIFICILIR
--------------------------	-------------	-----------------	-----------

DICTAMEN CURMP 12/2022. PROTOCOLO DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN POBLACIÓN ADULTA

PRIMERA RECIDIVA

Ambos episodios no graves:

- Vancomicina tapering(5)
- Valorar asociar bezlotoxumab si alto riesgo de nuevas recurrencias (siempre que además cumpla criterios de financiación) (6)

Al menos un episodio grave:

- Si se utilizó vancomicina en 1er episodio: Fidaxomicina 200mg/12h 10 días.
- Si se utilizó fidaxomicina en 1er episodio: Vancomicina tapering + bezlotoxumab (siempre que cumpla criterios de financiación)

SEGUNDA RECIDIVA y siguientes

- Fidaxomicina (si no se ha utilizado previamente): 200 mg / 12 h / 10 días.
- Vancomicina tapering + bezlotoxumab (si no se ha usado previamente y siempre que cumpla criterios de financiación)
- Valorar TMF si está disponible.

NEOMICINA

NEOMICINA 500MG COMP	comprimidos	[3901710]	NEOMICINA
----------------------	-------------	-----------	-----------

PAROMOMICINA

PAROMOMICINA 250MG CAPS	capsulas	[3906208]	HUMATIN
-------------------------	----------	-----------	---------

RIFAXIMINA

RIFAXIMINA 200MG COMP	comprimidos	[3901712]	SPIRAXIN
-----------------------	-------------	-----------	----------

VANCOMICINA

VANCOMICINA 125MG CAP	capsulas	[3908842]	VANCOMICINA
-----------------------	----------	-----------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A07BA PREPARADOS DE CARBON

CARBON ACTIVADO MEDICINAL

CARBON ADSORBENTE 50G POLVO	polvo/granulado oral	[3901147]	CARBON ULTRA ADSORBENTE
-----------------------------	----------------------	-----------	-------------------------

A07CA FORMULACIONES DE SALES PARA REHIDRATACION ORAL

SALES PARA REHIDRATACION ORAL

SALES REHIDRATACION SOL ORAL 200ML	solucion/suspension oral	[3901087]	ORALSUERO
Hidratos de carbono 145 g/100 mL Sodio 13 7 mg/100 mL mg Cloro 134 mg/100 mL Potasio 79 mg/100 mL Osmolaridad 212 mOsmol/l			

A07DA ANTIPROPULSIVOS

LOPERAMIDA

LOPERAMIDA 2MG CAPS	capsulas	[3902561]	FORTASEC
LOPERAMIDA 0,2MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902294]	SALVACOLINA

A07EA CORTICOSTEROIDES ACCION LOCAL (ANTIINFLAMAT. INTESTINALES)

BUDESONIDA

BUDESONIDA 3MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3902026]	ENTOCORD
----------------------------	---------------------------	-----------	----------

TRIAMCINOLONA

TRIAMCINOLONA 10MG/DOSIS ESPUMA RECTAL	semisolido rectal	[3901603]	PROCTOSTEROID
--	-------------------	-----------	---------------

A07EC ACIDO AMINOSALICILICO Y DERIVADOS (ANTIINFLAMAT. INTEST.)

MESALAZINA

MESALAZINA 500MG COMP	comprimidos	[3902932]	CLAVERSAL
MESALAZINA 1G/APLICACION ESPUMA RECTAL	semisolido rectal	[3902123]	CLAVERSAL

SULFASALAZINA

SULFASALAZINA 500MG COMP	comprimidos	[3901654]	SALAZOPYRINA
--------------------------	-------------	-----------	--------------

A07FA MICROORGANISMOS ANTIDIARREICOS

MICROORGANISMOS PRODUCT. ACIDO LACTICO

LACTOBACILUS REUTERI 100MUFC COMP MAST	comprimidos masticables	[3901067]	CASENBIOTIC
LACTOBACILUS REUTERI 20MUFC/GT GOTAS	gotas orales	[3901068]	REUTERI

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A09 DIGESTIVOS, INCLUIDOS ENZIMAS

A09AA ENZIMAS DIGESTIVOS

MULTIENZIMAS (LIPASA,PROTEASA,AMILASA)

LIPASA/PROTEASA/AMILASA 10.000 CAPS	capsulas	[3901729] DH	KREON
Amilasa alfa 8.000 U Lipasa 10.000 U Proteasa 600 U			
LIPASA/PROTEASA/AMILASA 25.000 CAPS	capsulas	[3902092] DH	KREON
Amilasa alfa 18.000 U Lipasa 25.000 U Proteasa 1,000 U			
LIPASA/PROTEASA/AMILASA 5000 GRANULADO	polvo/granulado oral	[3904417] DH	KREON
Composición por 100 mg (1 cuchara dosificadora) Amilasa alfa 3.600 U Lipasa 5.000 U Proteasa 200 U			

A10 ANTIDIABETICOS

A10AB INSULINAS Y ANALOGOS ACCION RAPIDA PARA INYECCION

INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA

INSULINA SOLUBLE 100UI/ML VIAL	inyectables	(*) [3902483]	ACTRAPID
--------------------------------	-------------	---------------	----------

INSULINA LISPRO ACCION RAPIDA

INSULINA LISPRO 100U/ML PLUMA	inyectables	(*) [3901862]	HUMALOG KWIKPEN
-------------------------------	-------------	---------------	-----------------

A10AD INSULINAS Y ANALOGOS ACCION INTERMEDIA+RAPIDA PARA INYECCION

INSULINA LISPRO ACCION INTERMEDIA+RAPIDA

INSUL LISPRO:LISPRO PROT 25:75U/ML PLUMA	inyectables	(*) [3901863]	HUMALOG MIX 25
INSUL LISPRO:LISPRO PROT 50:50U/ML PLUMA	inyectables	(*) [3901864]	HUMALOG MIX 50

A10AE INSULINAS Y ANALOGOS ACCION LENTA PARA INYECCION

INSULINA GLARGINA ACCION LENTA

INSULINA GLARGINA 100U/ML PLUMA	inyectables	(*) [3901701]	ABASAGLAR
---------------------------------	-------------	---------------	-----------

A10BA BIGUANIDAS (ANTIDIABETICOS ORALES)

METFORMINA

METFORMINA 850MG COMP	comprimidos	[3902051]	METFORMINA
METFORMINA HCL 1000 MG COMP	comprimidos	[3901086]	METFORMINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A10BB SULFONILUREAS (ANTIDIABETICOS ORALES)

GLICLAZIDA

GLICLAZIDA 30MG COMP RETARD	comprimidos liberacion modif	[3902197]	GLICLAZIDA
-----------------------------	------------------------------	-----------	------------

GLIMEPIRIDA

GLIMEPIRIDA 2MG COMP	comprimidos	[3901572]	GLIMEPIRIDA
----------------------	-------------	-----------	-------------

A10BH INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4 (DDP-4)

SITAGLIPTINA

SITAGLIPTINA 50MG COMP	comprimidos	[3902236]	JANUVIA
------------------------	-------------	-----------	---------

A10BK INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2

DAPAGLIFLOZINA

DAPAGLIFLOZINA 10MG COMP	comprimidos	[3908878]	FORXIGA
--------------------------	-------------	-----------	---------

DICTAMEN 2/2023. POSICIONAMIENTO DE LA TERAPIA CON GLIFLOZINAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.

INDICACIÓN: Tratamiento en adultos de la insuficiencia cardíaca crónica sintomática.

DECISIÓN ADOPTADA: Dapagliflozina se incluye en la GFT para el tratamiento en adultos de la insuficiencia cardíaca crónica sintomática con fracción de eyección reducida:

- Pacientes no controlados con las terapias de primera (IECA o ARA II con betabloqueantes) y segunda línea (antagonistas de los receptores de mineralocorticoides).

Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de ambos medicamentos cambie.

A10BX OTROS ANTIDIABETICOS ORALES EXCLUIDOS INSULINAS

REPAGLINIDA

REPAGLINIDA 0,5MG COMP	comprimidos	[3902334]	NOVONORM
------------------------	-------------	-----------	----------

REPAGLINIDA 1MG COMP	comprimidos	[3902335]	NOVONORM
----------------------	-------------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A11 VITAMINAS

A11AA MULTIVITAMINAS CON MINERALES

MULTIVITAMINAS CON MINERALES

POLIVITAMINICO CON MINERALES COMP	comprimidos	[3901594]	ELEVIT
Vitamina A (Retinol) 3.600 UI Vitamina B1 (Tiamina nitrato) 1,55 mg Vitamina B2 (Riboflavina) 1,8 mg Vitamina B6 (Piridoxina) 2,6 mg Vitamina B12 (Cianocobalamina) 4 mcg Vitamina C (Ácido ascórbico) 100 mg Vitamina D3 (Colecalciferol) 500 UI Vitamina E 15 U Pantotenato calcio 10 mg Biotina 0,2 mg Nicotinamida 19 mg Ácido fólico 0,8 mg Calcio 125 mg Hierro 60 mg Magnesio 100 mg Manganeseo 1 mg Cobre 1 mg Fósforo 125 mg Zinc 7,5 mg			

A11BA MULTIVITAMINAS SOLAS

POLIVITAMINICO

POLIVITAMINICO VIAL	inyectables	[3902329] UH	CERNEVIT
Biotina 69 mcg Retinol (Vit A) 3.500 UI Tiamina (Vit B1) 3,51 mg Riboflabina (Vit B2) 5,67 mg Nicotinamida (Vit B3) 46 mg Dexpantenol 16,15 mg Piridoxina (Vit B6) CLH 5,5 mg Cianocobalamina (Vit B12) 6 mcg Ascórbico ácido (Vit C) 125 mg Colecalciferol (Vit D3) 220 UI Tocoferol (Vit E) 10,2 mg Fólico ácido 414 mcg			

VITAMINAS HIDROSOLUBLES 10ML VIAL	inyectables perfusion	[3902130] UH	SOLUVIT
-----------------------------------	-----------------------	--------------	---------

VITAMINA A + E

RETINOL/TOCOFEROL 50.000UI/100MG CAPS	capsulas	[3902324]	AUXINA A+E FUERTE
---------------------------------------	----------	-----------	-------------------

A11CA VITAMINA A SOLA

RETINOL (VITAMINA A)

RETINOL 50.000UI CAPS	capsulas	[3902522]	AUXINA A MASIVA
FM VITAMINA A 2.500 UI/0,1ML 10 ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006221]	FM VITAMINA A

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A11CC VITAMINA D y ANALOGOS

CALCIFEDIOL

CALCIFEDIOL 100MCG 6000UI/ML GOTAS	gotas orales	[3902815]	HIDROFEROL
CALCIFEDIOL 266MCG 1,5ML AMP ORAL	solucion/suspension oral	[3902467]	HIDROFEROL

CALCITRIOL

CALCITRIOL 0,25MCG CAPS	capsulas	[3902867] DH	ROCALTROL
CALCITRIOL 1MCG 1ML AMP	inyectables	[3901786] UH	CALCITRIOL

COLECALCIFEROL

COLECALCIFEROL 2.000UI/ML GOTAS	gotas orales	[3901679]	VITAMINA D3
---------------------------------	--------------	-----------	-------------

A11DA VITAMINA B1

TIAMINA

TIAMINA 300MG COMP	comprimidos	[3901680]	BENERVA
TIAMINA 100MG 1ML AMP	inyectables	[3901681]	BENERVA

A11DB VITAMINA B1 ASOCIADA CON B6 y/o B12

VITAMINA B1+B6+B12

TIAMINA/PIRIDOXINA/HIDROXOCOBALAMINA COM	comprimidos	[3901992]	HIDROXIL B
--	-------------	-----------	------------

A11GA VITAMINA C SOLA

ASCORBICO ACIDO

ASCORBICO ACIDO 1G 5ML AMP	inyectables	[3901684]	ACIDO ASCÓRBICO
----------------------------	-------------	-----------	-----------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A11HA OTRAS VITAMINAS SOLAS

BIOTINA

BIOTINA 5MG COMP	comprimidos	[3901620] Restr	MEDEBIOTIN FUERTE
BIOTINA 5MG 1ML AMP	inyectables	[3901661] Restr	MEDEBIOTÍN FUERTE

NICOTINAMIDA

NICOTINAMIDA 100 MG/ML 5 ML VIAL	inyectables	[3903408]	NICOTINAMIDA
FM NICOTINAMIDA 100MG/ML 100ML JARABE	solucion/suspension oral	(*) [4006155]	FM NICOTINAMIDA

PIRIDOXINA

PIRIDOXINA 300MG COMP	comprimidos	[3901724]	BENADON
PIRIDOXINA 300MG 2ML AMP	inyectables	[3901682]	BENADÓN
FM PIRIDOXAL FOSFATO POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006171]	FM PIRIDOXAL FOSFATO

RIBOFLAVINA (VITAMINA B2)

FM RIBOFLAVINA 10 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[4006186]	FM RIBOFLAVINA
-----------------------------------	--------------------------	-----------	----------------

TOCOFEROL

TOCOFEROL 50MG CAPS	capsulas	[3902473]	AUXINA E-50
FM VITAMINA E 20MG/ML 30ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006222]	FM VITAMINA E

A11JA ASOCIACIONES DE VITAMINAS

COMPLEJOS MULTIVITAMINICOS

POLIVITAMINICO GRAG	comprimidos	[3902326]	BECOZYME C FORTE
Tiamina mononitrato 15 mg Riboflavina 15 mg Nicotinamida 50 mg Pantotenato cálcico 25 mg Cianocobalamina 10 mcg Piridoxina CLH 10 mg Biotina 0,15 mg Ascórbico ácido 200 mg			
POLIVITAMINICO GOTAS	gotas orales	[3903099]	PROTOVIT
Biotina 0,2 mg/mL Retinol (Vit A) 3000 UI/mL Tiamina CLH (Vit B1) 2 mg/mL Riboflabina Fosfato (Vit B2) 1,5 mg/mL Nicotinamida (Vit B3) 15 mg/mL Dexpantenol 10 mg/mL Piridoxina CLH (Vit B6) 2 mg/mL Ergocalciferol 900 UI/mL Ascórbico ácido (Vit C) 80 mg/mL Tocoferol acetato (Vit E) 15 mg/mL			

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A12 SUPLEMENTOS MINERALES

A12AA CALCIO

CALCIO CARBONATO

CALCIO CARBONATO (500MG CA) COMP MASTIC	comprimidos masticables	[3902264]	MASTICAL
Un comprimido contiene 500 mg de calcio elemento.			

CALCIO FOSFATO

FOSFATO TRICALCICO 8,3MGCA/ML EMUL ORAL	solucion/suspension oral	[3902425]	CALCIO 20 EMULSION
---	--------------------------	-----------	--------------------

CALCIO GLUCONATO

CALCIO (GLUCON/SACAR) 4,6MEQ 10ML AMP	inyectables	[3901823] UH	SUPLECAL
Cada ampolla de 10 mL contiene 92,2 mg de calcio elemento (2,3 mmol calcio/10 mL equivalente a 4, 6 mEq calcio/10 mL).			
CALCIO GLUCONATO 94 MG/ML INYE 50ML VIAL	inyectables	[3904299]	CALCIO GLUCONATO

A12AX CALCIO ASOCIADO A OTRAS SUSTANCIAS

CALCIO CARBONATO+COLECALCIFEROL

CALCIO/COLECALCI 500MG/400UI COMP MASTIC	comprimidos masticables	[3901652]	MASTICAL D
Un comp contiene 500 mg de calcio elemento y 400 UI de Vit D3.			

A12BA POTASIO

POTASIO CLORURO

CLORURO POTASICO 600MG (8MEQ K) CAPS	capsulas	[3902400]	POTASION
Una cáps contiene 313 mg de potasio (8 mEq).			

POTASIO HIDROGENOCARBONATO

POTASIO BICARB/ASCORB 10MEQK COMP EFERV	comprimidos efervescentes	[3904958]	BOI-K
---	---------------------------	-----------	-------

A12CC MAGNESIO (SUPLEMENTOS MINERALES)

MAGNESIO PIDOLATO

MAGNESIO PIDOLATO 400MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902882]	ACTIMAG
-------------------------------------	--------------------------	-----------	---------

MAGNESIO, SALES EN ASOCIACION

MAGNESIO COMBINADO 53MG COMP	comprimidos	[3902345]	MAGNOGENE
------------------------------	-------------	-----------	-----------

A12CX OTROS SUPLEMENTOS MINERALES

FOSFATO SÓDICO

FM FOSFATOS 13,9 MG-FÓSFORO/ML JARABE PEDIATRÍA	solucion/suspension oral	[4006101]	FM FOSFATOS
---	--------------------------	-----------	-------------

FOSFORO

FOSFATO SODICO MONOBAS. 800MG P SOBRE	solucion/suspension oral	[3901076]	FOSFATO SODICO MONOBASICO
---------------------------------------	--------------------------	-----------	---------------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A13 TONICOS

A13AZ OTROS TONICOS

ARGININA ASPARTATO

ARGININA 5G 10ML AMP	inyectables	(*) [3902988] SitEspInf	AMARGINE
ARGININA 7G SOBRE	solucion/suspension oral	[3901099]	ARGININA NM

A16 OTROS PREPARADOS APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

A16AA AMINOACIDOS Y DERIVADOS

BETAINA

BETAINA POLVO PARA SOL ORAL	polvo/granulado oral	[3903708]	CYSTADANE
-----------------------------	----------------------	-----------	-----------

CARGLUTAMICO ACIDO

CARGLUMICO ACIDO 200MG COMP	comprimidos	(*) [3901548] UH	CARBAGLU
-----------------------------	-------------	------------------	----------

CARNITINA

CARNITINA 1G 5ML AMP	inyectables	[3902872]	CARNICOR
CARNITINA 1G 10ML VIAL BEBIBLE	solucion/suspension oral	[3902871]	CARNICOR

CITRULINA

FM CITRULINA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006070]	FM CITRULINA
------------------------------------	----------------------	-----------	--------------

ISOLEUCINA

FM ISOLEUCINA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006121]	FM ISOLEUCINA
-------------------------------------	----------------------	-----------	---------------

MERCAPTAMINA

CISTEAMINA 150MG CAPS	capsulas	[3901878] UH	CYSTAGON
-----------------------	----------	--------------	----------

ORNITINA

FM ORNITINA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006159]	FM ORNITINA
-----------------------------------	----------------------	-----------	-------------

SERINA

FM SERINA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006190]	FM SERINA
---------------------------------	----------------------	-----------	-----------

VALINA

FM VALINA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006211]	FM VALINA
---------------------------------	----------------------	-----------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

A16AB ENZIMAS (APARAT. DIGESTIVO Y METABOLISMO)

AGALSIDASA ALFA

AGALSIDASA ALFA 3,5MG 3,5ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902755] UH	REPLAGAL
----------------------------------	-----------------------	-----	--------------	----------

ALGLUCOSIDASA ALFA

ALGLUCOSIDASA ALFA 50MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3901648] UH,Restr	MYOZYME
------------------------------	-----------------------	-----	--------------------	---------

LARONIDASA

LARONIDASE 500UI 5ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902696] UH	ALDURAZYME
---------------------------	-----------------------	-----	--------------	------------

VELAGLUCERASA ALFA

VELAGLUCERASA ALFA 400U VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902010] UH	VPRIV
------------------------------	-----------------------	-----	--------------	-------

A16AX OTROS PREPARADOS APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

FENILBUTIRATO SODICO

FENILBUTIRATO SODICO 2 G 10 ML AMP	inyectables		[3903709] SitEspInf	AMBUTYRATE
------------------------------------	-------------	--	---------------------	------------

SAPROPTERINA

SAPROPTERINA 100MG COMP	comprimidos		[3901894] UH,Restr	KUVAN
-------------------------	-------------	--	--------------------	-------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

B01 ANTITROMBOTICOS

B01AA ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

ACENOCUMAROL

ACENOCUMAROL 4MG COMP	comprimidos	[3901219]	SINTROM
-----------------------	-------------	-----------	---------

WARFARINA

WARFARINA 1MG COMP	comprimidos	[3901326]	ALDOCUMAR
WARFARINA 3MG COMP	comprimidos	[3901325]	ALDOCUMAR
WARFARINA 5MG COMP	comprimidos	[3901321]	ALDOCUMAR

B01AB HEPARINAS

ANTITROMBINA III

ANTITROMBINA III 500UI VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901460] UH	ATENATIV
-----------------------------	-----------------------	------------------	----------

ENOXAPARINA

ENOXAPARINA 20MG 2.000UI 0,2ML JER PREC	inyectables	[3901433]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 40MG 4.000UI 0,4ML JER PREC	inyectables	[3901434]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 60MG 6.000UI 0,6ML JER PREC	inyectables	[3902065]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 80MG 8.000UI 0,8ML JER PREC	inyectables	[3902066]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 100MG 10.000UI 1ML JER PREC	inyectables	[3902067]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 120MG 120.000UI 0,8ML JER PR	inyectables	[3902060]	ENOXAPARINA
ENOXAPARINA 150MG 15.000UI 1ML JER PREC	inyectables	[3902061]	ENOXAPARINA

HEPARINA

HEPARINA SODICA 1% 5.000UI 5ML VIAL	inyectables	[3901390]	HEPARINA
HEPARINA SODICA 5% 25.000UI 5ML VIAL	inyectables	[3901391]	HEPARINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B01AC INHIBIDORES DE LA AGREGACION PLAQUETARIA

ACETILSALICILICO ACIDO

FM ACETILSALICÍLICO ÁCIDO CAPSULAS PEDIATRÍA	capsulas	[4006230]	FM ACETILSALICÍLICO ÁCIDO
ACETILSALICILICO ACIDO 100MG COMP	comprimidos	[3901223]	ADIRO

CLOPIDOGREL

CLOPIDOGREL 300MG COMP	comprimidos	[3901170] UH	PLAVIX
CLOPIDOGREL 75MG COMP	comprimidos	[3901969]	PLAVIX
FM CLOPIDOGREL 5 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006073]	FM CLOPIDOGREL

EPOPROSTENOL

EPOPROSTENOL 1500MCG VIAL (VELETRI)	inyectables perfusion	[3904512]	EPOPROSTENOL
-------------------------------------	-----------------------	-----------	--------------

ILOPROST

ILOPROST 10MCG 1ML AMP INH	inhalacon pulmonar	[3901756] UH	VENTAVIS
----------------------------	--------------------	--------------	----------

PRASUGREL

PRASUGREL 10MG COMP RECUB	comprimidos	[3901195] DH	PRASUGREL
---------------------------	-------------	--------------	-----------

DICTAMEN CURMP 1/2014.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: se incluyen en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas.

Prasugrel se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas, exclusivamente de acuerdo a las siguientes condiciones de utilización:

- 1.- Trombosis del stent, en pacientes:
 - <75 años, y
 - >60 kg de peso, y
 - sin antecedentes de ictus/TIA, y
 - sin IR.

SELEXIPAG

SELEXIPAG 200 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905352]	UPTRAVI
SELEXIPAG 400 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905353]	UPTRAVI
SELEXIPAG 800 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905355]	UPTRAVI
SELEXIPAG 1000 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905356]	UPTRAVI
SELEXIPAG 1200 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905357]	UPTRAVI
SELEXIPAG 1400 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905358]	UPTRAVI
SELEXIPAG 1600 MCG COMP RECUB	comprimidos	[3905359]	UPTRAVI

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TICAGRELOR				
TICAGRELOR 90MG COMP RECUB	comprimidos		[3902015]	BRILIQUE
DICTAMEN CURMP 1/2014. DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: se incluyen en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas. Ticagrelor se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas, exclusivamente de acuerdo a las siguientes condiciones de utilización: 1.- Trombosis del stent, en pacientes: - >75 años, o - <60 kg de peso, o - con antecedentes de ictus/TIA, o - con IR moderada. 2.- Pacientes con SCACEST sometidos a ICP sin alto riesgo de sangrado e IR moderada. 3.- Pacientes con SCASEST de riesgo medio-alto sin alto riesgo de sangrado si, - intervencionismo previsto, o - IR moderada. Estos requisitos de utilización estarán condicionados a las actualizaciones que se puedan establecer para el “Código Corazón” de Asturias.				
TIROFIBAN				
TIROFIBAN 12,5MG 250ML SOL IV	inyectables perfusion		[3902121] UH	AGRASTAT

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TREPROSTINIL				
TREPROSTINILO 2,5MG/ML 10ML VIAL	inyectables		[3908277]	TREPROSTINILO
TREPROSTINILO 5MG/ML 10ML VIAL	inyectables		[3908278]	TREPROSTINILO
TREPROSTINIL 1,74MG 2,9ML AMP INH	inyectables perfusion		[3906186]	TREPROSTINILO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 01/2024

POSICIONAMIENTO EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

A. Riesgo bajo-intermedio: se recomienda comenzar con biterapia oral de entrada, quedando en un segundo plano la monoterapia, cuyos posibles usos vienen recogidos más adelante ("Situaciones en las que es planteable la monoterapia de inicio").

B. Riesgo alto: se comenzará con biterapia, pero que incluya en este caso un prostanoide de entrada + tadalafilo, con seguimiento estrecho y reevaluación temprana para escalonamiento rápido a triple terapia en caso de mala evolución.

En aquellos pacientes en clase funcional IV con criterios hemodinámicos de alto riesgo signos de insuficiencia cardiaca derecha y/o rápida progresión de síntomas, es planteable la triple terapia de inicio que incluya tadalafilo + PGI2 + ambrisentán.

FRACASO: siempre que el paciente persista en riesgo intermedio o alto, se considera que el tratamiento no es suficiente y debe escalarse.

(1) Vía PGI2

La elección del prostanoide dependerá de diversos factores que incluyen: edad, tolerancia, nivel sociocultural y soporte familiar, clase funcional y datos hemodinámicos:

A. Treprostinil SC*/epoprostenol IV: paciente < 70-75 años, en mala clase funcional (III-IV) y con deterioro hemodinámico grave (índice cardiaco (IC) < 2-2,5 L/min/m2), siempre que sea capaz de manejar el dispositivo correspondiente para su administración.

* Indicaciones específicas para el empleo de la vía subcutánea:

- Pacientes con vida activa.
- Pacientes con shunt sistémico-pulmonar para evitar embolias paradójicas.
- Pacientes con especial susceptibilidad a infecciones (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y VIH).
- Pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) por el elevado riesgo de trombosis del catéter venoso central.

B. Selexipag:

- Paciente de cualquier edad que a pesar de biterapia oral persiste en situación de riesgo intermedio, sin deterioro hemodinámico grave
- Como alternativa a prostanoide parenterales en pacientes con mala clase funcional (III-IV) y deterioro hemodinámico grave (IC < 2-2,5 L/min/m2), que no son capaces de manejar dispositivos.
- Pacientes en tratamiento con prostanoide inhalado: considerar cambio de inhalado a selexipag.

C. Iloprost inhalado: preferencia de uso en pacientes con enfermedad respiratoria, especialmente si presentan mala clase funcional y deterioro hemodinámico, siempre que sean capaces de manejar el dispositivo necesario.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Macitentan: uso restringido para pacientes con elevación significativa de transaminasas al diagnóstico o a lo largo del tratamiento con otros antagonistas de los receptores de la endotelina o que desarrollen edemas intratables y atribuibles a ambrisentán.
- Riociguat: uso restringido para aquellos pacientes con HPTEC, HPTEC inoperable, HPTEC persistente o recurrente después de tratamiento quirúrgico, para mejorar la capacidad para realizar ejercicio.
- Sildenafil: uso para el tratamiento de pacientes pediátricos con hipertensión arterial pulmonar (HAP).
- Bosentan: uso para la HAP asociada a cortocircuitos sistémico-pulmonares congénitos y fisiología de Eisenmenger

SITUACIONES EN LAS QUE ES PLANTEABLE LA MONOTERAPIA DE INICIO:

- HAP con respuesta vasodilatadora y normalización de síntomas, capacidad de esfuerzo, presión arterial pulmonar (PAP) y resistencias vasculares pulmonares (RVP) en dosis máxima tolerada de antagonistas del calcio.
- HAP en tratamiento con monoterapia durante años (> 5-10 años) y bajo perfil de riesgo.
- HAP en mayores de 75 años con factores de riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria, fibrilación auricular, obesidad).
- HAP con alta sospecha de enfermedad venooclusiva o hemangiomatosis capilar pulmonar.
- HAP asociada a VIH o hipertensión portal o cardiopatía congénita no corregida (al no haber sido incluidos en ensayos clínicos aleatorizados en los que se instauró tratamiento combinado desde el inicio).

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRIFLUSAL				
TRIFLUSAL 300MG CAPS	capsulas	[3902864]		TRIFLUSAL

B01AD ENZIMAS (ANTITROMBOTICOS)

ALTEPLASA				
ALTEPLASA 20MG VIAL	inyectables	[3902936]	UH	ACTILYSE
ALTEPLASA 50MG VIAL	inyectables	[3902937]	UH	ACTILYSE
TENECTEPLASA				
TENECTEPLASA 5.000U (25MG) VIAL	inyectables	[3909406]		METALYSE
TENECTEPLASA 10.000U VIAL	inyectables	[3902849]	UH	METALYSE
UROQUINASA				
UROQUINASA 100.000UI VIAL	inyectables perfusion	[3901389]	UH	UROKINASE
UROQUINASA 250.000UI VIAL	inyectables perfusion	[3901388]	UH	UROKINASE

B01AE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA

DABIGATRAN ETEXILATO				
DABIGATRAN 110MG CAPS	capsulas	[3901587]		PRADAXA
DABIGATRAN 150MG CAPS	capsulas	[3902185]		PRADAXA

DICTAMEN 22/2025 POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD)

- APIXABÁN 2,5 mg y 5 mg comprimidos recubiertos con película.
- DABIGATRÁN 75 mg, 110 mg y 150 mg cápsulas duras.
- EDOXABÁN 15 mg, 30 mg y 60 mg comprimidos recubiertos con película.
- RIVAROXABÁN 2,5 mg, 10 mg, 15 mg y 20 mg comprimidos recubiertos con película.

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas:

- Para garantizar la continuidad de los tratamientos en aquellos pacientes que estuviesen siendo tratados con alguno de los anticoagulantes de acción directa previamente al ingreso, que cumplan por tanto los requisitos establecidos para el visado por parte de la inspección.
- Para los inicios de tratamiento de pacientes con fibrilación auricular que cumplan con los requisitos del protocolo de visado vigente. En caso de duda, podrá consultarse con el Servicio de Inspección de Servicios Centrales.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 03/2022: “Posicionamiento en la terapia con anticoagulantes de acción directa (ACOD)”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B01AF INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA

APIXABAN

APIXABAN 5MG COMP RECUB	comprimidos	[3907690]	ELIQUIS
APIXABAN 2,5MG COMP RECUB	comprimidos	[3901216]	ELIQUIS

EDOXABAN

EDOXABAN 30MG COMP RECUB	comprimidos	[3907731]	LIXIANA
EDOXABAN 60MG COMP RECUB	comprimidos	[3907732]	LIXIANA

RIVAROXABAN

RIVAROXABAN 15MG COMP RECUB	comprimidos	[3907677]	XARELTO
RIVAROXABAN 20MG COMP RECUB	comprimidos	[3907686]	XARELTO

DICTAMEN 22/2025 POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD)

- APIXABÁN 2,5 mg y 5 mg comprimidos recubiertos con película.
- DABIGATRÁN 75 mg, 110 mg y 150 mg cápsulas duras.
- EDOXABÁN 15 mg, 30 mg y 60 mg comprimidos recubiertos con película.
- RIVAROXABÁN 2,5 mg, 10 mg, 15 mg y 20 mg comprimidos recubiertos con película.

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas:

- Para garantizar la continuidad de los tratamientos en aquellos pacientes que estuviesen siendo tratados con alguno de los anticoagulantes de acción directa previamente al ingreso, que cumplan por tanto los requisitos establecidos para el visado por parte de la inspección.

- Para los inicios de tratamiento de pacientes con fibrilación auricular que cumplan con los requisitos del protocolo de visado vigente. En caso de duda, podrá consultarse con el Servicio de Inspección de Servicios Centrales.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 03/2022: “Posicionamiento en la terapia con anticoagulantes de acción directa (ACOD)”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B01AX OTROS ANTITROMBOTICOS

CAPLACIZUMAB

CAPLACIZUMAB 10MG VIAL Y JER PREC	inyectables	(*) [3907747]	CABLIVI
-----------------------------------	-------------	---------------	---------

DICTAMEN 17/2025. CAPLACIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA (PTTa)

INDICACIÓN: Tratamiento de adultos y adolescentes a partir de 12 años que pesan al menos 40 kg y que presentan un episodio de púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (PTTa), junto con intercambio plasmático e inmunosupresión.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas: El tratamiento con caplacizumab se iniciará únicamente en pacientes con diagnóstico confirmado de PTTa, basado en una actividad de ADAMTS13 inferior al 10%, que además presenten alguna de las siguientes condiciones clínicas:

- Reacciones alérgicas severas o contraindicación al uso de plasma fresco congelado que limiten la realización de recambios plasmáticos.
- Presentación clínica crítica del cuadro.
- Imposibilidad de iniciar recambio plasmático en las primeras 24 horas tras el diagnóstico.
- Persistencia de clínica neurológica en las primeras 24 horas tras el inicio del recambio plasmático.
- Aparición o progresión de clínica neurológica en cualquier momento tras el inicio de los recambios plasmáticos.
- Aparición o progresión de daño miocárdico en cualquier momento tras el inicio del recambio plasmático, evidenciado por: elevación de troponina I > 25 ng/L y/o NT-proBNP > 1,5 veces el valor normal.
- Persistencia de cifra de plaquetas < 50.000/mm3 tras 2 recambios plasmáticos.
- Descenso de la cifra de plaquetas (> 10%) y/o elevación de LDH en ausencia de otras causas que justifiquen dichos cambios durante el tratamiento con recambios plasmáticos.

No se debe iniciar tratamiento con caplacizumab en casos de microangiopatías trombóticas de otra etiología.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: La duración del tratamiento con caplacizumab estará limitada a un máximo de 30 días tras la finalización del tratamiento diario con recambios plasmáticos.

DEFIBROTIDE

DEFIBROTIDE 200MG 2,5ML VIAL	inyectables	[3902967] SitEspInf	DEFIBROTIDE
------------------------------	-------------	---------------------	-------------

FONDAPARINUX

FONDAPARINUX 1,5MG/0,3ML JER PREC	inyectables	[3901693]	ARIXTRA
FONDAPARINUX 2,5MG 0,5ML JER PREC	inyectables	[3902775] Restr	ARIXTRA
FONDAPARINUX 5MG 0,4ML JER PREC	inyectables	[3901532] Restr	ARIXTRA
FONDAPARINUX 7,5MG 0,6ML JER PREC	inyectables	[3901533] Restr	ARIXTRA

Se reserva para casos de intolerancia a Heparinas de Bajo Peso Molecular debidamente justificados.

B02 ANTIHEMORRAGICOS

B02AA AMINOACIDOS (ANTIHEMORRAGICOS)

TRANEXAMICO ACIDO

TRANEXAMICO ACIDO 500MG 5ML AMP	inyectables	[3901344]	AMCHAFIBRIN
---------------------------------	-------------	-----------	-------------

B02AB INHIBIDORES DE LA PROTEINASA (ANTIHEMORRAGICOS)

ALFA-1 ANTITRIPSINA

ALFA1 ANTITRIPSINA 1G VIAL		[3909148]	ALFA1 ANTITRIPSINA
ALFA1 ANTITRIPSINA 4.000 MG VIAL	inyectables perfusion	[3909363]	ALFA1 ANTITRIPSINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B02BA VITAMINA K

FITOMENADIONA

FITOMENADIONA 10MG 1ML AMP	inyectables	[3901385]	KONAKION
----------------------------	-------------	-----------	----------

B02BB FIBRINOGENO

FIBRINOGENO HUMANO

FIBRINOGENO 1000MG VIAL	inyectables perfusion	[3902120] UH,Restr	RIASTAP
-------------------------	-----------------------	--------------------	---------

B02BC HEMOSTATICOS LOCALES

HEMOSTATICOS LOCALES EN ASOCIACION

TROMBINA/FIBRINOGENO 9,5X4,8CM ESPONJA	apósitos	[3901521] UH	TACHOSIL
FIBRINA TOPICA 10ML JER PREC	inyectables	(**) [3904248]	TISSEEL
FIBRINA TOPICA 4ML JER PREC	inyectables	(**) [3904247]	TISSEEL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
B02BD FACTORES DE COAGULACION SANGUINEA				
EPTACOG ALFA (ACTIVADO)				
FACTOR VII 1MG VIAL NOVOSEVEN	inyectables	(*) [3901857] UH		NOVOSEVEN
FACTOR VII 2MG VIAL NOVOSEVEN	inyectables	(*) [3901858] UH		NOVOSEVEN
FACTOR VII 5MG VIAL NOVOSEVEN	inyectables	(*) [3901859] UH		NOVOSEVEN
FACTOR IX DE COAGULACION				
FIX EFTRENONACOG ALFA 2000UI VIAL ALPROL	inyectables	(*) [3909057]		ALPROLIX
FIX EFTRENONACOG ALFA 3000UI VIAL ALPROL	inyectables	(*) [3909058]		ALPROLIX
FACTOR IX RECOMBINANTE (NONACOG ALFA)				
FACTOR IX 1.000UI VIAL BENEFIX	inyectables perfusion	(*) [3901782] UH		BENEFIX
FACTOR IX 3.000UI VIAL BENEFIX	inyectables perfusion	(*) [3904302]		BENEFIX
FACTOR VIII DE COAGULACION				
FVIII EFMOROCTOCOG 1.000UI VIAL ELOCTA	inyectables	(*) [3905810]		ELOCTA
FVIII EFMOROCTOCOG 2.000UI VIAL ELOCTA	inyectables	(*) [3905811]		ELOCTA
FVIII SIMOCTOCOG 1.000UI VIAL NUWIQ	inyectables	(*) [3905807]		NUWIQ
FVIII SIMOCTOCOG 500UI VIAL NUWIQ	inyectables	(*) [3905806]		NUWIQ
FACTOR VON WILLEBRAND + FACTOR VIII				
FACTOR VIII/VW 1000/1000UI VIAL WILATE	inyectables	(*) [3909346]	FACTOR VIII/VW 1000/1000UI VIA	
FACTOR VIII/VW 1000/1200UI VIAL FANHDI	inyectables	[3902044] UH		FANHDI
FACTOR VIII/VW 1000/2.400UI VIAL HAEMATE	inyectables	(*) [3902897] UH		HAEMATE P
FACTOR XIII				
FACTOR XIII 250UI VIAL FIBROGAMMIN	inyectables	(*) [3903019] UH		FIBROGAMMIN
FACTORES DE COAGULACION IX, II, VII Y X EN ASOCIACION				
COMPL PROTROMB 500UI VIAL BERIPLEX	inyectables	[3901861] UH		BERIPLEX

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B02BX OTROS HEMOSTATICOS SISTEMICOS

AVATROMBOPAG

AVATROMBOPAG 20MG COMP	comprimidos	[3908247]	DOPTLET
------------------------	-------------	-----------	---------

DICTAMEN 23/2025 POSICIONAMIENTO DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA

MEDICAMENTOS:

- AVATROMBOPAG (Doptelet®) 20 mg comprimidos recubiertos con película.
- ELTROMBOPAG (Revolade®) 25 y 50 mg comprimidos recubiertos con película.
- ELTROMBOPAG EFG 25 y 50 mg comprimidos recubiertos con película.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYEN en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

ELTROMBOPAG EFG

- Para el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria (TPI) en pacientes adultos que no responden a otros tratamientos (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulinas).
- Pacientes pediátricos de 1 año o más de edad para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) de 6 meses o más de duración desde el diagnóstico y que son refractarios a otros tratamientos (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulinas).
- Tratamiento de la trombocitopenia en pacientes adultos con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), cuando el grado de trombocitopenia es el principal factor que impide el inicio o limita la capacidad de mantener un tratamiento óptimo basado en interferón.

ELTROMBOPAG (REVOLADE®)

- Tratamiento de pacientes adultos con anemia aplásica grave (AAG) adquirida que han sido refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados y que no son candidatos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos.

AVATROMBOPAG (DOPTLET®)

- Para el tratamiento de la trombocitopenia grave en pacientes adultos con enfermedades hepáticas crónicas que tengan programada una intervención invasiva siempre que se cumplan los siguientes criterios:
 - Pacientes que no puedan recibir el tratamiento habitual de elección con transfusión de plaquetas, al cumplir criterios de refractariedad a la misma o que hayan tenido un efecto adverso previo con la misma.
 - Pacientes con trombocitopenia severa que, aun pudiendo recibir el tratamiento habitual con transfusión de plaquetas, vayan a ser sometidos a más de un procedimiento invasivo a corto plazo (ligadura de varices, tratamiento ablativo de hepatocarcinoma).
 - Quedan excluidos los pacientes que vayan a ser sometidos a intervenciones de mayor riesgo (ej.: laparotomía, toracotomía, craneotomía, cirugía a corazón abierto, resección parcial de órganos) debido a que los pacientes sometidos a estos tratamientos no fueron incluidos en los ensayos clínicos pivotaes.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 02/2017 “Eltrombopag en púrpura trombocitopénica inmune (PTI)” y al Dictamen 09/2023 “Avatrombopag en el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria primaria crónica y trombocitopenia grave en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
ELTROMBOPAG				
ELTROMBOPAG 25MG COMP	comprimidos	[3909398]		ELTROMBOPAG
ELTROMBOPAG 50MG COMP	comprimidos	[3909399]		ELTROMBOPAG
ELTROMBOPAG 25MG COMP	comprimidos	[3902001] UH,Restr		REVOLADE
ELTROMBOPAG 50MG COMP	comprimidos	[3902002] UH,Restr		REVOLADE
ELTROMBOPAG 25MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3908756]		REVOLADE

DICTAMEN 23/2025 POSICIONAMIENTO DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA

MEDICAMENTOS:

- AVATROMBOPAG (Doptelet®) 20 mg comprimidos recubiertos con película.
- ELTROMBOPAG (Revolade®) 25 y 50 mg comprimidos recubiertos con película.
- ELTROMBOPAG EFG 25 y 50 mg comprimidos recubiertos con película.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYEN en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

ELTROMBOPAG EFG

- Para el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria (TPI) en pacientes adultos que no responden a otros tratamientos (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulinas).
- Pacientes pediátricos de 1 año o más de edad para el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) de 6 meses o más de duración desde el diagnóstico y que son refractarios a otros tratamientos (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulinas).
- Tratamiento de la trombocitopenia en pacientes adultos con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), cuando el grado de trombocitopenia es el principal factor que impide el inicio o limita la capacidad de mantener un tratamiento óptimo basado en interferón.

ELTROMBOPAG (REVOLADE®)

- Tratamiento de pacientes adultos con anemia aplásica grave (AAG) adquirida que han sido refractarios a un tratamiento inmunosupresor previo o muy pretratados y que no son candidatos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos.

AVATROMBOPAG (DOPTelet®)

- Para el tratamiento de la trombocitopenia grave en pacientes adultos con enfermedades hepáticas crónicas que tengan programada una intervención invasiva siempre que se cumplan los siguientes criterios:
 - Pacientes que no puedan recibir el tratamiento habitual de elección con transfusión de plaquetas, al cumplir criterios de refractariedad a la misma o que hayan tenido un efecto adverso previo con la misma.
 - Pacientes con trombocitopenia severa que, aun pudiendo recibir el tratamiento habitual con transfusión de plaquetas, vayan a ser sometidos a más de un procedimiento invasivo a corto plazo (ligadura de varices, tratamiento ablativo de hepatocarcinoma).
 - Quedan excluidos los pacientes que vayan a ser sometidos a intervenciones de mayor riesgo (ej.: laparotomía, toracotomía, craneotomía, cirugía a corazón abierto, resección parcial de órganos) debido a que los pacientes sometidos a estos tratamientos no fueron incluidos en los ensayos clínicos pivotaes.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 02/2017 “Eltrombopag en púrpura trombocitopénica inmune (PTI)” y al Dictamen 09/2023 “Avatrombopag en el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria primaria crónica y trombocitopenia grave en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
EMICIZUMAB				
EMICIZUMAB 30MG 1ML VIAL	inyectables	(*) [3905908]		HEMLIBRA
EMICIZUMAB 150MG 0,7ML VIAL	inyectables	(*) [3907966]		HEMLIBRA
EMICIZUMAB 150MG 1ML VIAL	inyectables	(*) [3905916]		HEMLIBRA

DICTAMEN 07/2024

EMICIZUMAB PARA LA PROFILAXIS DE RUTINA DE LOS EPISODIOS DE SANGRADO EN PACIENTES CON HEMOFILIA A
INDICACIÓN: Profilaxis de rutina de los episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A (deficiencia congénita del factor VIII):

- con inhibidores del factor VIII
- sin inhibidores del factor VIII que tengan:
 - enfermedad grave (FVIII < 1%)

Emicizumab puede usarse en todos los grupos de edad.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Para la profilaxis de los episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A con inhibidores del factor VIII, o bien, sin inhibidores de dicho factor VIII cuando haya enfermedad grave, en pacientes de todos los grupos de edad:

- Profilaxis en pacientes con hemofilia A que desarrollen anticuerpos inhibidores frente al factor VIII.
- En pacientes pediátricos diagnosticados de hemofilia A grave como inicio del tratamiento profiláctico.
- Tratamiento profiláctico en pacientes con dificultades para el acceso venoso requerido para la administración regular de concentrados de factor VIII.
- Profilaxis en aquellos pacientes que, por su forma de vida, hábitos, actividades físicas (laboral, escolar, deportiva) precisen de niveles superiores al 3-5%, estables y mantenidos de profilaxis antihemorrágica, sin los picos y valles que se derivan del uso de concentrados de factor VIII.
- No está indicado para la profilaxis de otras patologías hemorrágicas distintas de la hemofilia A.
- No se recomienda en pacientes con hemofilia A con inhibidores que estén en régimen de inducción a la inmunotolerancia (ITI).

B03 ANTIANEMICOS

B03AA HIERRO BIVALENTE ORAL (ANTIANEMICOS)

HIERRO GLICINA SULFATO

FERROGLICINA SULFATO 30MG FE/ML SOL ORAL	gotas orales	[3901662]	GLUTAFERRO
1 mL contiene 30 mg de hierro II.			

HIERRO SULFATO

HIERRO II 80 MG COMP	comprimidos	[3906923]	TARDYFERON
----------------------	-------------	-----------	------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B03AC HIERRO TRIVALENTE PARENTERAL (ANTIANEMICOS)**HIERRO CARBOXIMALTOSA**

HIERRO CARBOXIMALTOSA 500MG 10ML VIAL	inyectables	[3901063]	FERINJECT
---------------------------------------	-------------	-----------	-----------

DICTAMEN 16/2025. HIERRO III CARBOXIMALTOSA.

INDICACIÓN: Tratamiento de la deficiencia de hierro cuando los preparados de hierro orales son ineficaces o no pueden utilizarse. Cuando exista una necesidad clínica de suministro rápido de hierro. El diagnóstico del déficit de hierro debe fundamentarse en pruebas analíticas.

POSOLOGÍA: Una única administración de carboximaltosa férrica no debe superar 15 mg de hierro/kg de peso corporal (para administración mediante inyección intravenosa) o 20 mg de hierro/kg de peso corporal (para administración mediante perfusión intravenosa), sin superar nunca los 1.000 mg de hierro. La dosis máxima acumulada recomendada a la semana de carboximaltosa férrica es 1.000 mg de hierro (20 mL). Si el hierro total necesario es superior, la administración de una dosis adicional debe hacerse al menos 7 días después de la primera dosis.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Pacientes en tratamiento ambulatorio que precisen dosis altas de hierro y que la administración de la totalidad de la dosis en un solo acto consiga un único desplazamiento del paciente al hospital. En pacientes que tengan que acudir varias veces al hospital para otras administraciones no se conseguiría el beneficio de reducir desplazamientos por lo que no estaría justificado el uso de esta forma farmacéutica.
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FEVI) reducida (< 45%).
- Optimización preoperatoria, por ahorro de hemocomponentes.
- Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y/o diálisis (dosis máxima 200 mg) siempre que se acompañe de:
 - Ineficacia de los preparados de hierro orales o cuando no puedan utilizarse.
 - Requerimiento de altas dosis de hierro intravenoso (> 500 mg) y rápida respuesta.
- Pacientes con malos accesos venosos.
- Alta próxima.

El presente dictamen sustituye y anula al Dictamen 03/2020 “Hierro intravenoso en altas dosis”.

HIERRO SACAROSA

HIERRO HIDROX-SACAROSA 100MG FE 5ML VIAL	inyectables perfusion	[3901974] UH	FERIV
1 ampolla equivale a 100 mg de hierro III.			

B03BA VITAMINA B12 Y DERIVADOS**CIANOCOBALAMINA**

CIANOCOBALAMINA 1MG 2ML AMP IM	inyectables	[3902554]	OPTOVITE B
--------------------------------	-------------	-----------	------------

B03BB ACIDO FOLICO**FOLICO ACIDO**

FM ACIDO FOLÍNICO CAPS NEONATOS	capsulas	[4006097]	FM ACIDO FOLÍNICO
FOLICO ACIDO 5MG COMP	comprimidos	[3902829]	ACFOL
FM FOLÍNICO ÁCIDO 5MG/ML 30ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006096]	FM FOLÍNICO ACIDO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B03XA OTROS ANTIANEMICOS

ERITROPOYETINA

EPOETINA ALFA 1.000UI 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3902233] UH	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 2.000UI 1ML JER PREC	inyectables	(*) [3905867]	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 3.000UI 0,3ML JER PREC	inyectables	(*) [3905866]	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 4.000UI 0,4ML JER PREC	inyectables	(*) [3902231] UH	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 5.000UI 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3905842]	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 6.000UI 0,6ML JER PREC	inyectables	(*) [3901658] UH	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 8.000UI 0,8ML JER PREC	inyectables	(*) [3901659] UH	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 10.000UI 1ML JER PREC	inyectables	(*) [3902230] UH	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 30.000UI 0,75ML JER PREC	inyectables	(*) [3906588]	EPOETINA ALFA
EPOETINA ALFA 40.000UI 1ML JER PREC	inyectables	(*) [3901657] UH	EPOETINA ALFA

B05 SUSTITUTOS DE LA SANGRE Y SOLUCIONES PARA PERFUSION

B05AA SUSTITUTOS DE SANGRE Y FRACCIONES PROTEINAS PLASMA

ALBUMINA

ALBUMINA 20% 10G 50ML VIAL	inyectables perfusion	[3902048] UH	ALBUMINA 20%
ALBUMINA 5% 12,5G 250ML VIAL	inyectables perfusion	[3902049] UH	ALBUMINA 5%
FM ALBÚMINA 5% SOL PARA PLASMAFÉRESIS	inyectables perfusion	(*) [4006021]	FM ALBÚMINA
FM ALBÚMINA 20% SISTEMA RECIRCULACIÓN MARS	inyectables perfusion	(*) [4006020]	FM ALBÚMINA

PREPARADOS CON GELATINA

GELATINA 40MG/ML CON ELECTR 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3905887]	GELASPAN
--	-----------------------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B05BA SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL

AMINOACIDOS SOLUCION PARENTERAL

AMINOACIDOS INF 25G 250ML SOL IV	inyectables	[3901601] UH	PRIMENE
AMINOACIDOS 56G 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3905486]	VAMIN 18
AMINOACIDOS 112,5G 1000ML SOL IV	inyectables perfusion	[3902377] UH	VAMIN 18
AMINOACIDOS 84,3G 1000ML SOL IV	inyectables perfusion	[3902378] UH	VAMIN 14

CARBOHIDRATOS SOLUCION PARENTERAL

GLUCOSA 50% 20ML AMP	inyectables perfusion	[3902195] UH	GLUCOSA 50%
GLUCOSA 5% 100ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901293]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 5% 500ML SOL IV PLASTICO	inyectables perfusion	[3901346]	GLUCOSA 5%

EMULSIONES GRASAS PARENTERALES

EMULSION LIPIDICA 20% 500ML IV	inyectables perfusion	[3901550] UH	LIPOPLUS
EMULSION LIPIDICA SMOF 20% 100ML IV	inyectables perfusion	[3901132] UH	SMOFLIPID
EMULSION LIPIDICA SMOF 20% 500ML IV	inyectables perfusion	[3901134] UH	SMOFLIPID

NUTRIENTES SOLUCION PARENTERAL EN ASOCIACION

NP PERIFERICA SIN LIPIDOS 1000ML SOL IV	inyectables	[3901980] UH	ISOPLASMAL G
NUTRICION PARENTERAL G13%E NEO EMUL IV	inyectables perfusion	[3905346]	NUMETA G13%E
NUTRICION PARENTERAL CENTRAL EMUL IV	inyectables perfusion	[3902109] UH	SMOFKABIBEN CENTRAL
NUTRICION PARENTERAL PERIFERICA EMUL IV	inyectables perfusion	[3902723] UH	SMOFKABIVEN PERIFERICO

SUERO GLUCOSADO

GLUCOSA 5% 50ML SOL IV	inyectables perfusion	[3902820]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 5% 250ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901297]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 5% 250ML SOL IV PLASTICO	inyectables perfusion	[3901351]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 5% 500ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901298]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 5% 1000ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3902824]	GLUCOSA 5%
GLUCOSA 10% 500ML SOL IV PLASTICO	inyectables perfusion	[3901347]	GLUCOSADO 10%
GLUCOSA 50% 100ML SOL IV VIDRIO	inyectables perfusion	[3901466]	GLUCOSADO 50%
GLUCOSA 70% 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901268]	GLUCOSADO 70%

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B05BB SOLUCIONES RESTAURADORAS EQUILIBRIO ELECTROLITICO

ELECTROLITOS CON CARBOHIDRATOS SOLUCION PARENTERAL

CLK 10 MEQ / GLUCOSALINO 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906868]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSALINO
CLK 20 MEQ / GLUCOSA 5% 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906698]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSADO
CLK 20 MEQ / GLUCOSALINO 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906867]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSALINO
CLK 20 MEQ / GLUCOSALINO 3,6/0,3% 1 L	inyectables perfusion	[3903081]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSALINO
CLK 40 MEQ / GLUCOSALINO 3,6/0,3% 1 L	inyectables perfusion	[3903082]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSALINO

ELECTROLITOS SOLUCION PARENTERAL

CLORURO POTASICO 2M 100MEQ 50ML VIAL	inyectables	[3904297]	CLORURO POTASICO 2M
SOLUCION ELECTROLITOS 75ML IV Potasio acetato 7,851 g/100 mL Sodio acetato trihidrato 2,722 g/100 mL Sodio lactato Cl 4,675 g/100 mL Calcio Cl dihidrato 1,47 g/100 mL Magnesio Cl hexahidrato 2,003 g/100 mL	inyectables	[3902365]	HYPERLITE
CLORURO POTASICO 2M 20MEQ 10ML AMP	inyectables perfusion	[3901482] UH	CLORURO POTASICO 2M
CLK 10 MEQ / FISILOG 0,9% 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906866]	CLK PREDILUIDO EN FISIOLÓGICO
CLK 20 MEQ / FISILOG 0,9% 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906697]	CLK PREDILUIDO EN FISIOLÓGICO
RINGER LACTATO 500ML SOL IV P Potasio Cl 40 mg/100 mL Sodio Cl 600 mg/100 mL Sodio lactato 312 mg/100 mL Calcio Cl dihidrato 27 mg/100 mL	inyectables perfusion	[3901348]	RINGER LACTATO
SOLUCION ELECTROLITOS 500ML IV Magnesio Cl hexahidrato 30 mg/100 mL Potasio Cl 37 mg/100 mL Sodio acetato trihidrato 368 mg/100 mL Sodio Cl 526 mg/100 mL Sodio Gluconato 502 mg/100 mL	inyectables perfusion	[3901655]	PLASMALYTE
SOLUCION ELECTROLITOS 500ML IV ISOFUNDIN Cloruro sódico 6,80 g/1000 mL Cloruro potásico 0,30 g/1000 mL Cloruro magnésico hexahidratado 0,20 g/1000 mL Cloruro cálcico dihidratado 0,37 g/1000 mL Acetato sódico trihidratado 3,27 g/1000 mL L-Ácido málico 0,67 g/1000 mL	inyectables perfusion	[3908889]	ISOFUNDIN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

SUERO FISIOLÓGICO SOLUCIÓN PARENTERAL

CLORURO SODICO 0,45% 500ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901492]	CLORURO SODICO 0,45%
FISIOLÓGICO 0,9% 50ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901316]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3902349]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SOL IV VIDRIO	inyectables perfusion	[3901259]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 250ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901322]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 250ML SOL IV PLÁSTICO	inyectables perfusion	[3901358]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901324]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SOL IV PLÁSTICO	inyectables perfusion	[3901290]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML SOL IV BOLSA	inyectables perfusion	[3901400]	FISIOLÓGICO 0,9%
FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML SOL IV PLÁSTICO	inyectables perfusion	[3901350]	FISIOLÓGICO 0,9%

SUERO GLUCOSALINO SOLUCIÓN PARENTERAL

GLUCOSALINO N (5%/0,9%) 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901349]	GLUCOSALINO N (5%/0,9%)
CLK 10 MEQ / GLUCOSA 5% 500 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3903077]	CLK PREDILUIDO EN GLUCOSADO
GLUCOSALINO 1/3 (5%/0,33%) 1000ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901484]	GLUCOSALINO 1/3 (5%/0,33%)
GLUCOSALINO ISOT(3,6%/0,3%) 250ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901355]	GLUCOSALINO ISOT(3,6%/0,3%)
GLUCOSALINO ISOT(3,6%/0,3%) 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901356]	GLUCOSALINO ISOT(3,6%/0,3%)

B05BC SOLUCIONES PARA DIURESIS OSMÓTICA

MANITOL SOLUCIÓN PARENTERAL

MANITOL 10% 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901352]	OSMOFUNDINA
MANITOL 20% 500ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901353]	OSMOFUNDINA CONCENTRADA
MANITOL1%/CLNA/CLK (154/2 MMOL (NA/K)/L)	inyectables perfusion	[3901836] UH	HIDROFUNDIN FISIOLÓGICO

B05CB SOLUCIONES SALINAS (SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN)

SODIO CLORURO SOLUCIÓN IRRIGACIÓN

CLORURO SODICO 0,9% 3000ML SOL IRR BOLSA	preparados uretrales	[3902840]	UROMATIC CLORURO SODICO
CLORURO SODICO 0,9% 500ML SOL IRR BOLSA	preparados uretrales	[3901080]	FISIOLÓGICO IRRIGACIÓN

B05CX OTRAS SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN

GLICINA SOLUCIÓN IRRIGACIÓN

GLICINA 1,5% 3000ML SOL IRRIG	preparados uretrales	[3902839]	UROMATIC GLICINA
-------------------------------	----------------------	-----------	------------------

B05DA SOLUCIONES DIALISIS PERITONEAL ISOTÓNICAS

ICODEXTRINA CON ELECTROLITOS DIALISIS ISOTÓNICA

SOL DP ICODEXTRINA 7,5% 2L EXTRANEAL	hemofiltración	[3909244]	EXTRANEAL
--------------------------------------	----------------	-----------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B05DB SOLUCIONES DIALISIS PERITONEAL HIPERTONICAS

GLUCOSA CON ELECTROLITOS DIALISIS PERITONEAL HIPERTONICA

SOL DP GLUCOSA 1,36% 2L PHYSIONEAL 35	hemofiltracion	[3909241]	PHYSIONEAL
SOL DP GLUCOSA 2,27% 2L PHYSIONEAL 35	hemofiltracion	[3909242]	PHYSIONEAL
SOL DP GLUCOSA 3,86% 2L PHYSIONEAL 35	hemofiltracion	[3909243]	PHYSIONEAL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

B05XA SOLUCIONES ELECTROLITOS (SOLUCIONES IV ADITIVAS)

CALCIO CLORURO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

CLORURO CALCICO 10% 9,13 MEQ CA 10ML AMP	inyectables	[3901411]	CLORURO CALCICO
Una ampolla contiene 183 mg de calcio elemento (9,13 mEq calcio/10 mL).			

ELECTROLITOS EN ASOCIACION (SOLUCION ELECTROLIT. IV ADITIVA)

OLIGOELEMENTOS 10ML SOL IV	inyectables	[3901340] UH	ADDAMEL
Cobre 1,2 mg Cromo 10,4 mcg Fluor 0,9 mg Hierro 1,1 mg Manganeso 0,3 mg Molibdeno 19 mcg Selenio 32 mcg Yodo 0,1 mg Zinc 6,5 mg			
OLIGOELEMENTOS INF 10ML SOL IV	inyectables	[3903104] SitEsp	PEDITRACE
Cobre 0,2 mg Fluor 0,57 mg Hierro 1,1 mg Manganeso 10 mcg Selenio 20 mcg Yodo 10 mcg Zinc 6,5 mg			

MAGNESIO SULFATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

SULFATO DE MAGNESIO 1,5G 10ML AMP	inyectables	[3903098]	SULFATO DE MAGNESIO 15%
SULFATO DE MAGNESIO 15% 7,5G 50 ML VIAL	inyectables	[3904298]	SULFATO DE MAGNESIO 15%

POTASIO ACETATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

POTASIO ACETATO 1M 10ML AMP	inyectables perfusion	[3902731] UH	ACETATO POTASICO 1M
POTASIO ACETATO 1M 50ML VIAL	inyectables perfusion	[3904938]	ACETATO POTASICO 1M

POTASIO FOSFATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

FOSFATO DIPOTASICO 1M 10ML AMP	inyectables	[3903090]	FOSFATO DIPOTÁSICO 1M
Cada ampolla de 10 mL contiene 20 mEq de potasio (2 mEq/mL) y 10 mmol de fosfato (1 mmol/mL).			

SODIO ACETATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

ACETATO SODICO 1M 10 ML AMP	inyectables	[3903089]	ACETATO SÓDICO 1M
-----------------------------	-------------	-----------	-------------------

SODIO BICARBONATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

BICARBONATO SODICO 8,4% (1M) 10ML AMP	inyectables	[3903097]	BICARBONATO SODICO 1M
BICARBONATO SOD 1/6M 1,4% 250ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901345]	BICARBONATO SODICO 1/6M
BICARBONATO SOD 1M 8,4% 250ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901403]	VENOFUSIN 1M

SODIO CLORURO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)

CLORURO SODICO 20% 170MEQ 50ML VIAL	inyectables	[3904300]	CLORURO SODICO 20%
CLORURO SODICO 20% 34MEQ 10ML AMP	inyectables	[3901335] UH	CLORURO SODICO 20%
Cada ampolla de 10 mL contiene 34 mEq de sodio (3,4 mEq/mL).			

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
SODIO FOSFATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)				
FOSFATO SODICO 10/10MMOL P/NA 10ML AMP	inyectables		[3903091]	FOSFATO MONOSODICO 1M
Cada ampolla de 10 mL contiene 10 mEq de sodio (1 mEq/mL) y 10 mmol de fosfato (1 mmol/mL).				
FOSFATO SODICO 10/10MMOL P/NA 50ML AMP	inyectables		[3904296]	FOSFATO MONOSODICO 1M
SODIO GLICEROFOSFATO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)				
GLICEROFOSF SOD 20/40MMOL P/NA 20ML AMP	inyectables		[3902888] UH	GLYCOPHOS
ZINC CLORURO (SOLUCION ELECTROLITICA IV ADITIVA)				
SULFATO DE ZINC 10MG ZN 10ML SOL IV	inyectables		[3902972]	OLIGOZINC

B05XB AMINOACIOS (SOLUCIONES IV ADITIVAS)

ALANILGLUTAMINA				
ALANINA/GLUTAMINA 100ML VIAL	inyectables perfusion		[3902013] UH	DIPEPTIVEN

B05XC VITAMINAS (SOLUCIONES IV ADITIVAS)

MULTIVITAMINAS NUTRICION ENTERAL (SOLUC. IV ADITIVAS)				
VITAMINAS LIPOSOLUBLES INF 10ML AMP IV	inyectables perfusion	(*)	[3902164] UH	VITALIPID INFANTIL

B05ZB HEMOFILTRADOS

HEMOFILTRADOS				
SOL HF ANTICOAGULAC CITRATO 5L REGIOCIT	hemofiltracion		[3909245]	REGIOCIT
SOL HF/HD ELECTROL POTASIO 5L PRISMASOL	hemofiltracion		[3909246]	PRISMASOL
SOL HF/HD ELECTROL SIN CA 5L BIPHOZYL	hemofiltracion		[3909247]	BIPHOZYL
SOL HF/HD ELECTROL SIN K 5L HEMOSOL B0	hemofiltracion		[3909248]	HEMOSOL B0

B06 OTROS PREPARADOS HEMATOLOGICOS

B06AA ENZIMAS (OTROS PREPARADOS HEMATOLOGICOS)

HIALURONIDASA				
FM HIALURONIDASA 40U 0,25ML JER PREC	inyectables	(**)	[4006108]	FM HIALURONIDASA
HIALURONIDASA 1500UI AMP	inyectables		[3902978] SitEsp	HYALASE

B06AC MEDICAMENTOS USADOS EN ANGIOEDEMA HEREDITARIO

C1 INHIBIDOR, DERIVADO DEL PLASMA				
INHIBIDOR C1 500U PARA SOL INYEC CINRYZE	inyectables		[3904186] Restr	CINRYZE
ICATIBANT				
ICATIBANT 30MG 3ML JER PREC	inyectables	(*)	[3901879] UH,Restr	FIRAZYR
Solicitud individualizada para cada caso.				

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C APARATO CARDIOVASCULAR

C01 TERAPIA DEL MIOCARDIO

C01AA GLICOSIDOS DE DIGITALIS (CARDIOTERAPIA)

DIGOXINA

DIGOXINA 0,25MG COMP	comprimidos	[3901190]	DIGOXINA
DIGOXINA 0,5MG 2ML AMP	inyectables	[3902488]	DIGOXINA
DIGOXINA 0,05MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902058]	LANACORDIN PEDIATRICO

C01BA ANTIARRITMICOS CLASE IA

PROCAINAMIDA

PROCAINAMIDA 1G 10ML VIAL	inyectables	[3902338] UH	BIOCORYL
---------------------------	-------------	--------------	----------

C01BC ANTIARRITMICOS CLASE IC

FLECAINIDA

FLECAINIDA 100MG COMP	comprimidos	[3902722]	APOCARD
FLECAINIDA 150MG 15ML AMP	inyectables	[3902916] UH	APOCARD
FM FLECAINIDA 5 MG/ML 100 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006093]	FM FLECAINIDA

PROPAFENONA

PROPAFENONA 150MG COMP	comprimidos	[3902938]	RYTMONORM
------------------------	-------------	-----------	-----------

C01BD ANTIARRITMICOS CLASE III

AMIODARONA

AMIODARONA 200MG COMP	comprimidos	[3901306]	TRANGOREX
AMIODARONA 150MG 3ML AMP	inyectables	[3901218] UH	TRANGOREX
FM AMIODARONA 5 MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006033]	FM AMIODARONA

DRONEDARONA

DRONEDARONA 400MG COMP	comprimidos	[3901970] DH	MULTAQ
------------------------	-------------	--------------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
C01CA ADRENERGICOS Y DOPAMINERGICOS (ESTIMULANTES CARDIACOS)				
DOBUTAMINA				
DOBUTAMINA 250MG 20ML AMP	inyectables perfusion		[3902465] UH	DOBUTAMINA
DOPAMINA				
DOPAMINA 200MG 5ML AMP	inyectables		[3902846] UH	DOPAMINA
EFEDRINA				
EFEDRINA 50MG 5ML AMP	inyectables		[3901901] UH	EFEDRINA
EPINEFRINA				
ADRENALINA 1MG 1ML AMP	inyectables		[3901163]	ADRENALINA
ADRENALINA 1MG 1ML JER PREC	inyectables		[3901449]	ADRENALINA
FENILEFRINA				
FENILEFRINA 10MG 1ML AMP	inyectables		[3901913] UH	FENILEFRINA
ISOPRENALINA				
ISOPRENALINA 0,2MG 1ML AMP	inyectables	(*)	[3901665]	ALEUDRINA
NOREPINEFRINA				
NORADRENALINA BASE 4MG/4ML INY	inyectables		[3901571] UH	NORAGES
C01CE INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (ESTIMULANTES CARDIACOS)				
MILRINONA				
MILRINONA 10MG 10ML AMP	inyectables		[3902966] UH	COROTROPE
C01CX OTROS ESTIMULANTES CARDIACOS				
LEVOSIMENDAN				
LEVOSIMENDAN 12,5MG 5ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902811] UH	SIMDAX

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C01DA NITRATOS ORGANICOS (CARDIOTERAPIA)

ISOSORBIDA MONONITRATO

ISOSORBIDA MONONITRATO 20MG COMP	comprimidos	[3901311]	UNIKET
ISOSORBIDA MONONITRATO 40MG COMP	comprimidos	[3901312]	UNIKET
ISOSORBIDA MONONITRATO 50MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901424]	UNIKET RETARD

NITROGLICERINA EN ASOCIACION

NITROGLICERINA/CAFEINA 1/25MG COMP SL	comprimidos sublinguales	[3905156]	CAFINITRINA
---------------------------------------	--------------------------	-----------	-------------

NITROGLICERINA

NITROGLICERINA 50MG 10ML AMP	inyectables perfusion	[3902903] UH	SOLINITRINA FUERTE
NITROGLICERINA 5MG/DIA PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901707]	CORDIPLAST
NITROGLICERINA 10MG/DIA PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3902421]	CORDIPLAST
NITROGLICERINA 15MG/DIA PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3902420]	DERMATRANS
NITROGLICERINA 0,4MG/PULS AEROSOL SL	pulverizacion bucal	[3902380]	TRINISPRAY

C01EA PROSTAGLANDINAS (CARDIOTERAPIA)

ALPROSTADILO

ALPROSTADILO (CARDIO) 20MCG VIAL	inyectables perfusion	[3901341] UH	ALPROSTADILO
ALPROSTADILO 500MCG 1ML AMP	inyectables perfusion	(*) [3902874] UH	ALPROSTADILO

C01EB OTROS PREPARADOS CARDIACOS

ADENOSINA

ADENOSINA 6MG 2ML VIAL	inyectables perfusion	[3902255] UH	ADENOCOR
------------------------	-----------------------	--------------	----------

IBUPROFENO

IBUPROFENO 10MG 2ML AMP	inyectables	[3901522] UH	PEDEA
-------------------------	-------------	--------------	-------

IVABRADINA

IVABRADINA 5MG COMP	comprimidos	[3901580]	IVABRADINA
IVABRADINA 7,5MG COMP	comprimidos	[3901581]	PROCORALAN

REGADENOSON

REGADENOSON 400 MCG ML SOL INY VIAL	inyectables	[3904597] UH	RAPISCAN
-------------------------------------	-------------	--------------	----------

UBIDECARENONA

UBIDECARENONA 50MG CAPS	capsulas	[3903039] SitEspInf	DECORENONE
-------------------------	----------	---------------------	------------

C02 ANTIHIPERTENSIVOS

C02AB METILDOPA (ANTIHIPERTENSIVOS)

METILDOPA

METILDOPA 250MG COMP	comprimidos	[3902301]	ALDOMET
----------------------	-------------	-----------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C02AC AGONISTAS RECEPTORES IMIDAZOLINA (ANTIHIPERTENSIVOS)

CLONIDINA

CLONIDINA 0,15MG COMP	comprimidos	[3902358]	CATAPRESAN
FM CLONIDINA 0,1 MG/ML 30 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006072]	FM CLONIDINA

C02CA BLOQUEANTES ALFA-ADRENERGICOS (ANTIHIPERTENSIVOS)

DOXAZOSINA

DOXAZOSINA 2MG COMP	comprimidos	[3901282]	DOXAZOSINA
DOXAZOSINA 4MG COMP RETARD	comprimidos liberacion modif	[3901343]	CARDURAN NEO

URAPIDIL

URAPIDILO 50MG 10ML AMP	inyectables	[3901483] UH	URAPIDILO
-------------------------	-------------	--------------	-----------

C02DA DERIVADOS DE LA TIAZIDA (ANTIHIPERTENSIVOS)

DIAZOXIDO

DIAZOXIDO 100MG CAPS	capsulas	[3903029] SitEspInf	PROGLICEM
DIAZOXIDO 25MG CAPS	capsulas	[3903030] SitEspInf	PROGLICEM

C02DB DERIVADOS DE LA HIDRAZINOFTALAZINA (ANTIHIPERTENSIVOS)

HIDRALAZINA

HIDRALAZINA 25MG COMP	comprimidos	[3902865]	HYDRAPRES
HIDRALAZINA 20MG 1ML AMP	inyectables	[3902879] UH	HYDRAPRES

C02DD DERIVADOS DE LA NITROFERRICIANIDA (ANTIHIPERTENSIVOS)

NITROPRUSIATO

NITROPRUSIATO 50MG VIAL	inyectables perfusion	[3902821] UH	NITROPRUSSIAT
-------------------------	-----------------------	--------------	---------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C02KX OTROS ANTIHIPERTENSIVOS

AMBRISENTAN

AMBRISENTAN 10 MG COMP	comprimidos	[3903966]	VOLIBRIS
AMBRISENTAN 5MG COMP	comprimidos	[3901849] UH	VOLIBRIS

BOSENTAN

BOSENTAN 125MG COMP	comprimidos	[3902451] UH	BOSENTAN
BOSENTAN 62,5MG COMP	comprimidos	[3902450] UH	BOSENTAN

MACITENTAN

MACITENTAN 10 MG COMP	comprimidos	[3904727]	OPSUMIT
-----------------------	-------------	-----------	---------

RIOCIGUAT

RIOCIGUAT 1 MG COMP	comprimidos	[3904237]	ADEMPAS
RIOCIGUAT 1,5 MG COMP	comprimidos	[3904238]	ADEMPAS
RIOCIGUAT 2 MG COMP	comprimidos	[3904239]	ADEMPAS
RIOCIGUAT 2,5 MG COMP	comprimidos	[3904240]	ADEMPAS

C03 DIURETICOS

C03AA TIAZIDAS SOLAS (DIURETICOS)

HIDROCLOROTIAZIDA

HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMP	comprimidos	[3906210]	HIDROCLOROTIAZIDA
HIDROCLOROTIAZIDA 50MG COMP	comprimidos	[3902524]	HIDROCLOROTIAZIDA
FM HIDROCLOROTIAZIDA 2MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006112]	FM HIDROCLOROTIAZIDA

C03BA SULFONAMIDAS SOLAS (DIURETICOS BAJO TECHO)

CLORTALIDONA

CLORTALIDONA 50MG COMP	comprimidos	[3901672]	HIGROTONA
------------------------	-------------	-----------	-----------

INDAPAMIDA

INDAPAMIDA 2,5MG COMP	comprimidos	[3901441]	TERTENSIF
INDAPAMIDA 1,5MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901374]	TERTENSIF RETARD

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C03CA SULFONAMIDAS SOLAS (DIURETICOS ALTO TECHO)

FUROSEMIDA

FUROSEMIDA 40MG COMP	comprimidos	[3902252]	SEGURIL
FUROSEMIDA 20MG 2ML AMP	inyectables	[3901155]	FUROSEMIDA
FUROSEMIDA 250MG 25ML AMP	inyectables	[3901156] UH	FUROSEMIDA
FM FUROSEMIDA 2MG/ML 100ML JARABE	solucion/suspension oral	(*) [4006102]	FM FUROSEMIDA

TORASEMIDA

TORASEMIDA 10MG COMP	comprimidos	[3901141]	TORASEMIDA
TORASEMIDA 5MG COMP	comprimidos	[3901485]	TORASEMIDA

C03DA ANTAGONISTAS DE LA ALDOSTERONA (DIURETICOS)

CANRENOATO POTASICO

CANRENOATO POTASICO 200MG VIAL	inyectables	[3903035] SitEsp	SOLUDACTONE
--------------------------------	-------------	------------------	-------------

EPLERENONA

EPLERENONA 25MG COMP	comprimidos	[3901129]	EPLERENONA
----------------------	-------------	-----------	------------

ESPIRONOLACTONA

ESPIRONOLACTONA 100MG COMP	comprimidos	[3901231]	ALDACTONE
ESPIRONOLACTONA 25MG COMP	comprimidos	[3902299]	ESPIRONOLACTONA
FM ESPIRONOLACTONA 2MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006087]	FM ESPIRONOLACTONA

C03EA ASOCIACIONES DIURETICOS BAJO TECHO+AHORRADORES DE POTASIO

HIDROCLOROTIAZIDA+AHORRADOR DE POTASIO

AMILORIDA/HIDROCLOROTIAZIDA 5/50MG COMP	comprimidos	[3902306]	AMERIDE
FM HIDROCLOROT./ESPIRONOLAC. 5MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006113]	FM HIDROCLOR./ESPIRONO.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C03XA ANTAGONISTAS DE LA VASOPRESINA (OTROS ANTIDIURETICOS)

TOLVAPTAN

TOLVAPTAN 15/45MG COMP (PQRAD)	comprimidos	[3905256]	JINARC
TOLVAPTAN 30/60MG COMP (PQRAD)	comprimidos	[3905257]	JINARC
TOLVAPTAN 30/90MG COMP (PQRAD)	comprimidos	[3905258]	JINARC

DICTAMEN CURMP 8/2022. TOLVAPTAN (JINARC) para el tratamiento de la poliquistosis renal autosómica dominante.

INDICACIÓN: Ralentizar la progresión del desarrollo de quistes y la insuficiencia renal asociada a poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) en adultos con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 3 al inicio del tratamiento y con signos de enfermedad de progresión rápida.

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas (D1) y con el compromiso de reevaluación anual:

Para los pacientes con diagnóstico de PQRAD confirmado, ERC estadio 1-3b al inicio del tratamiento con TFGe (CKD-EPI) :

- 18-55 años: estadio 1-3b (Fge > 30 ml/min/1,73m2)
- 55-60 años: estadio 3a-3b (Fge 30-60 ml/min/1,73m2)

Y que cumplan alguno de los siguientes criterios indicativos de progresión rápida:

- Un volumen renal total (VRT) ajustado por altura, en pacientes con afectación simétrica bilateral, perteneciente a la clasificación de la clínica Mayo 1D o 1E medido con RMN o TC.
 - Pacientes en los que se espere un aumento del VRT ajustado por la altura según rangos de edad del 3% al año.
 - Diámetro renal >16,5 cm en la RMN o en la ecografía.
- Un VRT ajustado por altura en pacientes con afectación simétrica bilateral perteneciente a la clasificación de la clínica Mayo 1C.
 - Si el declive retrospectivo de Fge de los últimos 3 años es $\geq 3,5$ ml/año (correspondiente a la disminución promedio de Fge en pacientes de la clase 1D) una vez descartadas otras causas de progresión o
 - Que tengan familiares afectos que hayan llegado a tratamiento sustitutivo antes de los 58 años.
- Una puntuación de al menos 6 en el modelo predictivo PRO-PKD.

DICTAMEN CURMP 4/2014. TOLVAPTAN (SAMSCA) para el tratamiento de hiponatremia secundaria al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD).

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría B-1: No se incluye en la GFT por insuficiente evidencia de que exista una mejor relación eficacia/seguridad comparada con el tratamiento actual que se realiza en el hospital. Tolvaptan no se incluye en la Guía Farmacoterapéutica de Asturias. Puede ser considerado su uso en pacientes muy seleccionados con SIADH que presenten hiponatremia crónica y moderada, persistente, con síntomas neurológicos atribuibles y que no respondan o estén mal controlados con restricción hídrica, y valorando individualmente el riesgo beneficio. Se podrá solicitar tolvaptan con carácter excepcional y de forma individualizada y con el visto bueno de la Dirección de cada Hospital. Los tratamientos que se autoricen requerirán de una reevaluación periódica de la necesidad de dicho tratamiento.

C04 VASODILATADORES PERIFERICOS

C04AD DERIVADOS DE LAS PURINAS (VASODILATADORES PERIFERICOS)

PENTOXIFILINA

PENTOXIFILINA 600MG COMP	comprimidos	[3901233]	HEMOVAS
PENTOXIFILINA 300MG 15ML AMP	inyectables	[3901384]	HEMOVAS

C04AX OTROS VASODILATADORES PERIFERICOS

FENOXIBENZAMINA

FENOXIBENZAMINA 10MG CAPS	capsulas	[3902799] SitEspInf	DIBENZYRÁN
---------------------------	----------	---------------------	------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C05 VASOPROTECTORES

C05AA CORTICOSTEROIDES PARA TTO.TOPIC HEMORROIDES Y FISURAS ANALES

HIDROCORTISONA

HIDROCORTISONA ACETATO 1% POMADA RECTAL	semisolido rectal	[3901692]	HEMORRANE
---	-------------------	-----------	-----------

C05AE RELAJANTES MUSCULARES TTO.TOPICO HEMORROIDES Y FISUR.ANALES

NITROGLICERINA

NITROGLICERINA RECTAL 30 G POMADA RECTAL	semisolido rectal	[3901745]	RECTOGESIC
--	-------------------	-----------	------------

C05BA PREPARADOS CON HEPARINA PARA USO TOPICO (ANTIVARICOSOS)

PENTOSANO POLISULFATO SODICO

PENTOSANO POLISULFATO 1MG/G POMADA 60G	semisolido rectal	[3906211]	THROMBOCID
--	-------------------	-----------	------------

C05BB ANTIVARICOSOS ESCLEROSANTES PARA INYECCION LOCAL

POLIDOCANOL

POLIDOCANOL 2% 40MG 2ML AMP	efectos y accesorios	[3902228]	ETOXISCLEROL
POLIDOCANOL 0,5% 10MG 2ML AMP	inyectables	[3902229]	ETOXISCLEROL
POLIDOCANOL 3% 60MG 2ML AMP	inyectables	[3902227]	ETOXISCLEROL

C07 BETABLOQUEANTES

C07AA BETABLOQUEANTES NO SELECTIVOS SOLOS

PROPRANOLOL

PROPRANOLOL 10MG COMP	comprimidos	[3901671]	SUMIAL
PROPRANOLOL 40MG COMP	comprimidos	[3901670]	SUMIAL
FM PROPRANOLOL 1 MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006182]	FM PROPRANOLOL

SOTALOL

SOTALOL 80MG COMP	comprimidos	[3901888]	SOTAPOR
-------------------	-------------	-----------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C07AB BETABLOQUEANTES SELECTIVOS SOLOS

ATENOLOL

ATENOLOL 50MG COMP	comprimidos	[3901503]	ATENOLOL
ATENOLOL 5MG 10ML AMP	inyectables	[3902895] UH	TENORMIN
FM ATENOLOL 2 MG/ML 50 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[4006043]	FM ATENOLOL

BISOPROLOL

BISOPROLOL 2,5MG COMP	comprimidos	[3901184]	BISOPROLOL
BISOPROLOL 5MG COMP	comprimidos	[3901396]	BISOPROLOL

ESMOLOL

ESMOLOL 100MG 10ML VIAL	inyectables	[3902045] UH	BREVIBLOC
ESMOLOL 2.500MG 250ML SOL IV	inyectables perfusion	[3902102] UH	BREVIBLOC

METOPROLOL

METOPROLOL 100MG COMP	comprimidos	[3902858]	METOPROLOL 100 MG COMP C/40
METOPROLOL 5MG 5ML AMP	inyectables	[3908920]	BELOKEN

NEBIVOLOL

NEBIVOLOL 5MG COMP	comprimidos	[3902103]	NEBIVOLOL
--------------------	-------------	-----------	-----------

C07AG ALFA Y BETABLOQUEANTES

CARVEDILOL

CARVEDILOL 25MG COMP	comprimidos	[3901166]	CARVEDILOL
CARVEDILOL 6,25MG COMP	comprimidos	[3901165]	CARVEDILOL

LABETALOL

LABETALOL 100MG COMP	comprimidos	[3902669]	TRANDATE
LABETALOL 100MG 20ML AMP	inyectables perfusion	[3902841] UH	TRANDATE
FM LABETALOL 10MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006123]	FM LABETALOL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C08 BLOQUEANTES DE LOS CANALES DEL CALCIO

C08CA DERIVADOS DE DIHIDROPIRIDINA (BLOQUEANTES CALCIO EFECT.VASC)

AMLODIPINO

AMLODIPINO 5MG COMP	comprimidos	[3901158]	AMLODIPINO
AMLODIPINO 10MG COMP	comprimidos	[3901159]	AMLODIPINO
FM AMLODIPINO 1MG/ML 50ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006035]	FM AMLODIPINO

CLEVIDIPINO

CLEVIDIPINO 25MG 50ML VIAL	inyectables perfusion	[3906997]	CLEVIPREX
----------------------------	-----------------------	-----------	-----------

DICTAMEN CURMP 02/2019.
DECISIÓN ADOPTADA: Se **INCLUYE** en la Guía Farmacoterapéutica sin recomendaciones específicas (categoría E) restringido el uso para la hipertensión peri-operatoria de la cirugía cardiovascular.

NIFEDIPINO

NIFEDIPINO 30MG COMP OROS	comprimidos retard	[3901459]	ADALAT OROS
FM NIFEDIPINO 1MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006156]	FM NIFEDIPINO

NIMODIPINO

NIMODIPINO 30MG COMP	comprimidos	[3901747]	BRAINAL
NIMODIPINO 10MG 50ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901140] UH	NIMODIPINO

C08DA DERIVADOS DE FENILALQUILAMINA (BLOQUEANTES CALCIO SELECTIV.)

VERAPAMILO

VERAPAMILO 80MG COMP	comprimidos	[3902516]	MANIDON
VERAPAMILO 120MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902070]	MANIDON
VERAPAMILO 180MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902069]	MANIDON
VERAPAMILO 240MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902944]	MANIDON HTA
VERAPAMILO 5MG 2ML AMP	inyectables	[3902515]	MANIDON

C08DB DERIVADOS DE BENZOTIAPINA (BLOQUEANTES CALCIO CARDIO-SELECT)

DILTIAZEM

DILTIAZEM 90 MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3902271]	ANGIODROX
DILTIAZEM 200MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3901486]	UNI-MASDIL
DILTIAZEM 300MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3902547]	MASDIL
DILTIAZEM 60MG COMP	comprimidos	[3901241]	MASDIL
DILTIAZEM 180MG COMP RETARD	comprimidos liberacion modif	[3902581]	DINISOR RETARD
DILTIAZEM 120MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901432]	MASDIL RETARD

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C09 ANTIHIPERTENSIVOS ACCION SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

C09AA INHIBIDORES ENZIMA CONVERTASA ANGIOTENSINA SOLOS

CAPTOPRIL

CAPTOPRIL 25MG COMP	comprimidos	[3901501]	CAPTOPRIL
CAPTOPRIL 50MG COMP	comprimidos	[3901502]	CAPTOPRIL
FM CAPTOPRILO 1MG/ML 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006051]	FM CAPTOPRILO

ENALAPRIL

ENALAPRIL 5MG COMP	comprimidos	[3901398]	ENALAPRIL
ENALAPRIL 10MG COMP	comprimidos	[3902031]	ENALAPRIL
ENALAPRIL 20MG COMP	comprimidos	[3901421]	ENALAPRIL
FM ENALAPRILO 1MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006085]	FM ENALAPRILO

C09BA INHIB.ENZIMA CONVERTASA ANGIOTENSINA ASOCIADOS A DIURETICOS

ENALAPRIL+DIURETICOS

ENALAPRIL/HIDROCLOROTIAZ. 20/12,5MG COMP	comprimidos	[3902105]	ENALAPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA
--	-------------	-----------	-----------------------------

C09CA ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II SOLOS

LOSARTAN

LOSARTAN 50MG COMP	comprimidos	[3901487]	LOSARTAN
--------------------	-------------	-----------	----------

C09DA ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II ASOCIADO A DIURETICOS

LOSARTAN+DIURETICOS

LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZID 50/12,5MG COMP	comprimidos	[3902041]	LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA
--	-------------	-----------	----------------------------

C09DX ANTAGONISTAS ANGIOTENSIONA II, OTRAS ASOCIACIONES

SACUBRITILLO+VALSARTAN

VALSARTAN/SACUBITRILO 25,7/24,3 MG COMP	comprimidos	[3907799]	ENTRESTO
VALSARTAN/SACUBITRILO 51,4/48,6 MG COMP	comprimidos	[3907800]	ENTRESTO

DICTAMEN 01/2020

INDICACIÓN: pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) crónica grado II-III de la New York Heart Association (NYHA) con fracción de eyección deprimida que presenten un mal control pese al tratamiento convencional de la IC con dosis estable de Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECAs) ó Antagonistas del receptor de angiotensina (ARA II)

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que se INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas (D-2) para los pacientes que cumplan las siguientes condiciones:

- Pacientes diagnosticados de IC crónica sintomática con FEVI <35% por ecocardiograma y niveles plasmáticos elevados de BNP o de NT-proBNP.
- En clase NYHA II-III con especial control de sus potenciales efectos adversos.
- Pacientes que pese a tratamiento previo durante las últimas 4 semanas con IECA o ARA-II en dosis óptima y estable en combinación con betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona (salvo contraindicación o intolerancia) no consigue un adecuado control de los síntomas de la enfermedad, tras haber valorado que el mal control de la IC no es debido a un incumplimiento terapéutico.

La indicación del inicio de tratamiento se deberá realizar por facultativos especialistas con amplia experiencia en el manejo de pacientes con IC.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C10 MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS

C10AA INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA (MODIFICADORES LIPIDOS)

ATORVASTATINA

ATORVASTATINA 10MG COMP	comprimidos	[3901214]	ATORVASTATINA
ATORVASTATINA 20MG COMP	comprimidos	[3901265]	ATORVASTATINA
ATORVASTATINA 40MG COMP	comprimidos	[3901281]	ATORVASTATINA

PRAVASTATINA

PRAVASTATINA 10MG COMP	comprimidos	[3902200]	LIPLAT
PRAVASTATINA 20MG COMP	comprimidos	[3902273]	LIPLAT
PRAVASTATINA 40MG COMP	comprimidos	[3902360]	PRAVASTATINA

SIMVASTATINA

SIMVASTATINA 10MG COMP	comprimidos	[3901439]	SIMVASTATINA
SIMVASTATINA 20MG COMP	comprimidos	[3901440]	SIMVASTATINA
SIMVASTATINA 40MG COMP	comprimidos	[3901402]	SIMVASTATINA

C10AB FIBRATOS (MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS)

FENOFIBRATO

FENOFIBRATO 145MG COMP RECUB	comprimidos	[3901555]	SECALIP
------------------------------	-------------	-----------	---------

C10AC SECUESTRANTES DE ACIDOS BILIARES (MODIFICADORES DE LIPIDOS)

COLESTIRAMINA

COLESTIRAMINA 4G SOBRE	polvo/granulado oral	[3902629]	RESINCOLESTIRAMINA
------------------------	----------------------	-----------	--------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

C10AX OTROS MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS

ALIROCUMAB

ALIROCUMAB 150MG PLUMA	inyectables	(*) [3905117]		PRALUENT
ALIROCUMAB 75MG PLUMA	inyectables	(*) [3905116]		PRALUENT

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 18/2025 ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

1. PREVENCIÓN PRIMARIA

En el contexto de prevención primaria, se considerará el uso de inclisirán, evolocumab y alirocumab en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico certero de Hipercolesterolemia Familiar Monogénica, confirmado mediante estudio genético. Si el estudio genético no es concluyente, se solicitará autorización individualizada de tratamiento, siempre que exista una alta probabilidad diagnóstica (≥ 8 puntos) según el sistema de puntuación Dutch Lipid Clinic Network (DLCN).

1.1 Hipercolesterolemia Familiar Homocigota (HFHo) Evolocumab en pacientes con niveles de colesterol LDL (cLDL) > 100 mg/dL, a pesar de tratamiento con la dosis máxima tolerada de estatinas de alta potencia y ezetimiba, independientemente de haber recibido o no tratamiento con ácido bempedoico.

1.2 Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HFHe)

a. Pacientes sin otros factores de riesgo cardiovascular (riesgo bajo): Inclisirán, evolocumab o alirocumab en pacientes mayores de 18 años, en tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas: rosuvastatina 40 mg o atorvastatina 80 mg + ezetimiba —independientemente de haber recibido o no tratamiento con ácido bempedoico— y niveles de cLDL > 160 mg/dL, una vez descartada la falta de adherencia al tratamiento hipolipemiente y a las medidas higiénico-dietéticas. La adherencia al tratamiento se definirá como la prescripción (en receta manual) o retirada (en receta electrónica) del 100% de la medicación en los 6 meses previos a la última analítica.

b. Pacientes con factores de riesgo añadidos (riesgo moderado-alto): Inclisirán, evolocumab o alirocumab en pacientes mayores de 18 años, en tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas: rosuvastatina 40 mg o atorvastatina 80 mg + ezetimiba —independientemente de haber recibido o no tratamiento con ácido bempedoico— y niveles de cLDL > 100 mg/dL, una vez descartada la falta de adherencia al tratamiento hipolipemiente y a las medidas higiénico-dietéticas y concurren al menos uno de los siguientes factores de riesgo:

- Edad ≥ 45 años en hombres o ≥ 55 años en mujeres.
- Enfermedad cardiovascular (ECV) familiar precoz: afectación vascular precoz con eventos en familiares de primer grado (hombres < 55 años, mujeres < 65 años).
- Hipertensión arterial o tratamiento antihipertensivo, diabetes mellitus tipo II, Lp(a) > 50 mg/dL o enfermedad renal crónica (ERC) leve-moderada.

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

En el contexto de prevención secundaria, se considerará el uso de inclisirán, evolocumab y alirocumab en pacientes mayores de 18 años con Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) establecida, documentada por clínica o mediante técnicas de imagen inequívocas, en tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas: rosuvastatina 40 mg o atorvastatina 80 mg + ezetimiba —independientemente de haber recibido o no tratamiento con ácido bempedoico— y niveles de cLDL > 100 mg/dL, una vez descartada la falta de adherencia al tratamiento hipolipemiente y a las medidas higiénico-dietéticas.

- La EVA documentada por clínica incluye: cardiopatía isquémica (síndromes coronarios agudos y crónicos), enfermedad cerebrovascular isquémica o enfermedad arterial periférica.
- La EVA documentada inequívocamente mediante técnicas de imagen incluye: presencia de ateromatosis en pruebas de imagen (angiografía, ecografía o angio-TC), sin incluir el aumento del grosor íntimo-medial carotídeo observado en la ecografía de troncos supraaórticos.

Pacientes con intolerancia demostrada o contraindicación a estatinas En pacientes pertenecientes a cualquiera de los grupos previamente descritos, que presenten niveles de cLDL por encima de los umbrales establecidos y que no puedan recibir tratamiento con estatinas debido a intolerancia demostrada o contraindicación, se podrá considerar el uso de inclisirán, evolocumab o alirocumab.

Se considerará que un paciente presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento con estatinas cuando concorra el siguiente síndrome clínico:

- Incapacidad para tolerar al menos dos estatinas diferentes, una de ellas administrada a la dosis mínima recomendada de inicio y la otra a cualquier dosis.
- Presencia de efectos adversos intolerables relacionados con el uso de estatinas, o aparición de alteraciones analíticas significativas (elevación de transaminasas > 3 veces el límite superior de la normalidad o elevación de creatinquinasa (CK) > 5 veces el límite superior de la normalidad).
- Mejoría clínica o analítica significativa tras la reducción de la dosis o la suspensión del tratamiento con estatinas.
- Ausencia de causas alternativas que expliquen los síntomas o alteraciones analíticas, como interacciones farmacológicas u otras condiciones que aumenten el riesgo de intolerancia a las mismas.

Consideraciones

- Se establecerá un documento normalizado de solicitud para estos fármacos que, junto al historial clínico del paciente, será evaluado por el Servicio de Farmacia correspondiente. Las solicitudes que requieran asesoramiento adicional, podrán ser tramitadas como solicitudes individualizadas a través de la CURMP.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
· En el manejo de los inhibidores de PCSK-9 se empleará la mínima dosis eficaz que permita alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos. · Tras el inicio del tratamiento, se realizará un control analítico a los 2-3 meses, seguido de revisiones cada 6 meses. En pacientes con evolución estable, este intervalo podrá ampliarse. · El seguimiento clínico deberá ser coordinado entre Atención Primaria y el Servicio de Farmacia Hospitalaria, incluyendo la evaluación de: efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento. · Inclisiran, evolocumab y alirocumab se consideran alternativas terapéuticas disponibles para el tratamiento de la hipercolesterolemia. No existen datos concluyentes en la actualidad que permitan establecer la superioridad de un fármaco sobre otro. · En caso de intolerancia o fracaso terapéutico documentado con uno de estos fármacos, se podrá realizar el cambio a otra de las alternativas disponibles. El presente dictamen sustituye y anula al Dictamen 06/2023 “Alirocumab y evolocumab para el tratamiento de la hipercolesterolemia”.				

EVOLOCUMAB

EVOLOCUMAB 140 MG PLUMA	inyectables	(*) [3904546] UH	REPATHA
-------------------------	-------------	------------------	---------

EZETIMIBA

EZETIMIBA 10 MG COMP	comprimidos	[3902603]	EZETROL
----------------------	-------------	-----------	---------

INCLISIRAN

INCLISIRAN 284MG INY JER PREC	inyectables	[3909385]	LEQVIO
-------------------------------	-------------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

D DERMATOLOGICOS

D01 ANTIFUNGICOS DE USO TOPICO

D01AC DERIVADOS IMIDAZOL Y TRIAZOL (ANTIFUNG.USO TOPICO)

CLOTRIMAZOL

CLOTRIMAZOL 1% SPRAY SOL TOP	liquido uso topico	[3902353]	CANESTEN
CLOTRIMAZOL 10MG/G CREMA 30G	semisolido rectal	[3906212]	CANESTEN

MICONAZOL EN ASOCIACION

MICONAZOL 2%/HIDROCORTISONA 1% CREMA	crema cutanea	(*) [3902234]	BRENTAN
--------------------------------------	---------------	---------------	---------

D01BA ANTIBIOTICOS (ANTIFUNGICOS USO SISTEMICO)

TERBINAFINA

TERBINAFINA 250 MG COMP	comprimidos	[3903387]	TERBINAFINA
-------------------------	-------------	-----------	-------------

D02 EMOLIENTES Y PROTECTORES DERMATOLOGICOS

D02AB PRODUCTOS DE ZINC

ZINC OXIDO

ALMIDON/ZINC OXIDO POMADA	liquido uso topico	[3902395]	ANTICONGESTIVA CUSI PASTA
---------------------------	--------------------	-----------	---------------------------

ZINC SULFATO

FM ZINC SULFATO 0,1% 1000ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006227]	FM ZINC SULFATO
-------------------------------------	--------------------	-----------	-----------------

D02AC PARAFINA FLUIDA Y PRODUCTOS GRASOS

VASELINA

VASELINA 100% POMADA	pomada cutanea	[3902685]	VASELINA
----------------------	----------------	-----------	----------

D03 PRODUCTOS PARA TRATAMIENTO DE HERIDAS Y ULCERAS

D03BA ENZIMAS PROTEOLITICAS (TRATAMIENTO DE HERIDAS)

COLAGENASA EN ASOCIACION

CLOSTRIDIOPEPIDASA/PROTEASA POMADA	pomada cutanea	[3902480]	IRUXOL MONO
------------------------------------	----------------	-----------	-------------

D04 ANTIPRURIGINOSOS, INCLUIDOS ANTIHISTAMINICOS

D04AB ANESTESICOS DE USO TOPICO

LIDOCAINA

FM LIDOCAINA 1% 200ML GEL COLUTORIO	producto uso bucal topico	[4006127]	FM LIDOCAINA
FM LIDOCAINA COMPUESTA SUSP BUCAL	producto uso bucal topico	[4006223]	FM LIDOCAINA COMPUESTA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

D05 ANTIPSORIASICOS**D05AD PSORALENOS DE USO TOPICO (ANTIPSORIASICOS)****METOXSALENO**

FM METHOXALENO 10MG/ML 500ML SOL TÓP (PARA DILUIR)	Líquido uso topico	[4006143]	FM METHOXALENO
--	--------------------	-----------	----------------

D05BB RETINOIDES PARA TRATAMIENTO DE PSORIASIS (SISTEMICOS)**ACITRETINA**

ACITRETINA 10MG CAPS	capsulas	[3902260]	ACITRETINA
ACITRETINA 25MG CAPS	capsulas	[3902261]	NEOTIGASON

D06 ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPICOS DERMATOLOGICOS**D06AX OTROS ANTIBIOTICOS DE USO TOPICO (DERMATOLOGICOS)****ACIDO FUSIDICO**

FUSIDICO ACIDO 2% CREMA	pomada cutanea	[3902968]	FUCIDINE
-------------------------	----------------	-----------	----------

MUPIROCINA

MUPIROCINA 2% POMADA	pomada cutanea	[3902961]	BACTROBAN
MUPIROCINA 2% POMADA NASAL	pomada cutanea	[3902464]	BACTROBAN NASAL

D06BA SULFONAMIDAS (QUIMIOTERAPICOS USO DERMATOLOGICO)**SULFADIAZINA ARGENTICA EN ASOCIACION**

SULFADIAZINA ARGENTICA/CERIO 500G CREMA	crema cutanea	[3901435]	FLAMMAZINE CERIO
---	---------------	-----------	------------------

SULFADIAZINA ARGENTICA

SULFADIAZINA ARGENTICA 1% 500G CREMA	crema cutanea	[3901404]	FLAMMAZINE
SULFADIAZINA ARGENTICA 1% 50G CREMA	crema cutanea	[3902876]	FLAMMAZINE

D06BB ANTIVIRALES (QUIMIOTERAPICOS TOPICOS DERMATOLOGIC)**ACICLOVIR**

ACICLOVIR 5% 15G CREMA	crema cutanea	[3902601]	ACICLOVIR
ACICLOVIR 5% 2G CREMA	crema cutanea	[3902600]	ACICLOVIR

D06BX OTROS QUIMIOTERAPICOS (TOPICOS DERMATOLOGICOS)**CARMUSTINA**

FM CARMUSTINA 0,3% 67G POMADA	pomada cutanea	(*) [4006053]	FM CARMUSTINA
-------------------------------	----------------	---------------	---------------

D07 CORTICOIDES DERMATOLOGICOS**D07AA CORTICOSTEROIDES DEBILES-GRUPO I (DERMATOLOGICOS)****HIDROCORTISONA**

HIDROCORTISONA 0,5% CREMA 30 G	crema cutanea	[3906213]	HIDROCISDIN
--------------------------------	---------------	-----------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

D07AC CORTICOSTEROIDES POTENTES-GRUPO III (DERMATOLOGICOS)

BETAMETASONA

BETAMETASONA 0,05% CREMA	crema cutanea	[3901605]	DIPRODERM
BETAMETASONA 0,05% SOL TOP	liquido uso topico	[3902577]	DIPRODERM

D07AD CORTICOSTEROIDES MUY POTENTES-GRUPO IV (DEMATOLOGICOS)

CLOBETASOL

CLOBETASOL 0,05% CREMA	pomada cutanea	[3902889]	DECLOBAN/CLOVATE
------------------------	----------------	-----------	------------------

D07CB CORTICOST.MODER.POTENTES-GII+ANTIBIOTICOS (DERMATOLOGICOS)

TRIAMCINOLONA+ANTIBIOTICOS

TRIAMCINOLONA/NISTATINA/NEOMICINA POMADA	pomada cutanea	[3902267]	POSITON
--	----------------	-----------	---------

D07CC CORTICOST.POTENTES GIII+ANTIBIOTICOS (DERMATOLOGICOS)

BETAMETASONA+ANTIBIOTICOS

BETAMETASONA 0,05%/GENTAMICINA CREMA	crema cutanea	[3902405]	DIPROGENTA
--------------------------------------	---------------	-----------	------------

D08 ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

D08AB COMPUESTOS DE ALUMINIO

AGUA BUROW

FM AGUA BUROW 5% 1000ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006017]	FM AGUA BUROW
---------------------------------	--------------------	-----------	---------------

D08AC BIGUANIDAS Y AMIDINAS (ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES)

CLORHEXIDINA

CLORHEXIDINA 1% 125ML SOL TOP	liquido uso topico	[3901327]	CRISTALMINA
CLORHEXIDINA 1% 500ML SOL TOP	liquido uso topico	[3901328]	CRISTALMINA

D08AD PRODUCTOS CON ACIDO BORICO (ANTISEPTICOS/DESINFECT.TOPICOS)

AGUA BORICADA

FM AGUA BORICADA 3% 1000 ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006016]	FM AGUA BORICADA
-------------------------------------	--------------------	-----------	------------------

D08AF DERIVADOS DEL NITROFURANO

NITROFURAL

NITROFURAL 0,2% SOL TOP	liquido uso topico	[3902455]	FURACIN
NITROFURAL 0,2% POMADA	pomada cutanea	[3902454]	FURACIN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

D08AG PRODUCTOS IODADOS

LUGOL ESTÉRIL

FM LUGOL ESTÉRIL 2% 50ML SOL TÓP ENDOSCOPIA	liquido uso topico	[4006129]	FM LUGOL ESTÉRIL
---	--------------------	-----------	------------------

POVIDONA IODADA

POVIDONA IODADA 10% 100G GEL TOP	gel cutaneo	[3902898]	BETADINE
POVIDONA IODADA 10% 30G GEL TOP	gel cutaneo	[3902808]	BETADINE
POVIDONA IODADA 10% 125ML SOL TOP	liquido uso topico	[3902667]	IODINA
POVIDONA IODADA 10% 500ML SOL TOP	liquido uso topico	[3901476]	BETADINE
POVIDONA IODADA 7,5% SOL JABONOSA TOP	liquido uso topico	[3902328]	BETADINE SCRUB

D08AL COMPUESTOS DE PLATA (ANTISEPTICOS/DESINFECTANTES TOPICOS)

PLATA NITRATO

NITRATO DE PLATA 50MG VARILLA	barra uso topico	[3902316]	ARGENPAL
FM NITRATO DE PLATA 0,1% 1000 ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006157]	FM NITRATO DE PLATA

D08AX OTROS ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

EOSINA

FM EOSINA 2% 250 ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006086]	FM EOSINA
-----------------------------	--------------------	-----------	-----------

PERMANGANATO POTASICO

FM PERMANGANATO POTÁSICO 0,01% 500 ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006167]	FM PERMANGANATO POTÁSICO
---	--------------------	-----------	--------------------------

SULFATO DE COBRE

FM SULFATO DE COBRE 0,1% 250ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006197]	FM SULFATO DE COBRE
--	--------------------	-----------	---------------------

D09 APOSITOS MEDICAMENTOSOS

D09AX APOSITOS BLANDOS DE PARAFINA

TUL CON BALSAMO DEL PERU EN ASOCIACION

BALSAMO PERU ASOCIADO 15X25CM SOBRE	apositos	[3902509]	LINITUL APOSITO
BALSAMO PERU ASOCIADO 8,5X10CM APOS TOP	apositos	[3902508]	LINITUL APOSITO

D11 OTROS PREPARADOS DERMATOLOGICOS

D11AF PREPARADOS ANTIVERRUGAS Y CALLICIDAS

SALICÍLICO ÁCIDO

FM SALICÍLICO ÁCIDO 5% 100G ACEITE TÓP	liquido uso topico	[4006008]	FM SALICÍLICO ÁCIDO
--	--------------------	-----------	---------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

D11AH PREPARADOS PARA DERMATITIS ATOPICA, EXCL. CORTICOSTEROIDES

DUPILUMAB

DUPILUMAB 200MG 1,14ML PLUMA	inyectables	(*) [3908586]	DUPIXENT
DUPILUMAB 300MG 2ML PLUMA	inyectables	(*) [3908286]	DUPIXENT
DUPILUMAB 300MG JER PREC	inyectables	(*) [3907746]	DUPIXENT

DICTAMEN 13/2025

ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA CON AGENTES BIOLÓGICOS E INHIBIDORES DE LA VÍA JAK

El estándar de tratamiento de la dermatitis atópica se centra en el uso de la terapia tópica con inhibidores de la calcineurina o glucocorticoides. Los tratamientos tópicos tienen una eficacia limitada.

Es necesario usar tratamiento sistémico en todos los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave en los que las lesiones no se controlan con tratamiento tópico (inhibidores de la calcineurina o glucocorticoides).

El tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave (EASI > o igual 21, PGA > o igual 3, afectación mínima del área de superficie corporal (BSA) > o igual 10% y refractarios a medicación tópica) se prioriza de la siguiente manera:

1. Tratamiento sistémico:

- 1ª OPCIÓN CICLOSPORINA

2. Tratamiento de la dermatitis atópica grave en pacientes adultos, adolescentes y niños desde los 6 años con EASI > o igual 21, PGA > o igual 3, afectación mínima del área de superficie corporal (BSA) > o igual 10% y refractarios a medicación tópica en los que la respuesta a ciclosporina haya sido insatisfactoria o su uso esté contraindicado.

- 1ª OPCIÓN DUPILUMAB: Adultos, adolescentes y niños desde los 6 meses. No se establece la obligatoriedad de “experiencia previa de uso de ciclosporina con respuesta insatisfactoria o contraindicación de uso de ciclosporina” en pacientes de 6 meses a 11 años.

- 2ª OPCIÓN INHIBIDOR VÍA JAK (UPADACITINIB): ante falta de respuesta a dupilumab en adultos y adolescentes a partir de 12 años.

En pacientes adultos con comorbilidades graves que contraindiquen la utilización de inhibidores de la vía JAK, se utilizará TRALOKINUMAB.

- 3ª OPCIÓN INHIBIDOR VÍA JAK (ABROCITINIB): cuando fracasen los anteriores.

DICTAMEN 04/2025

TERAPIA DE LA RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NAALES GRAVE

DECISIÓN ADOPTADA: Como tratamiento adicional a los corticosteroides intranasales para el tratamiento de pacientes adultos con rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) grave para quienes la terapia con corticosteroides sistémicos y/o cirugía no proporciona un control adecuado de la enfermedad y que hayan sido sometidos a dos o más cirugías:

- Se utilizará DUPILUMAB o MEPOLIZUMAB.

RUXOLITINIB

RUXOLITINIB 15MG/G CREMA	crema cutanea	[3909232]	OPZELURA
--------------------------	---------------	-----------	----------

DICTAMEN 03/2025

RUXOLITINIB CREMA EN EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO NO SEGMENTARIO CON AFECTACIÓN FACIAL

INDICACIÓN: Tratamiento del vitiligo no segmentario con afectación facial en adultos y adolescentes a partir de 12 años.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Para el tratamiento del vitiligo no segmentario con afectación facial en adultos y adolescentes a partir de 12 años, en los pacientes que hayan estado con un tratamiento previo con un inhibidor de calcineurina y/o corticoides tópicos o en los que el uso de estos tratamientos tópicos esté contraindicado.

SE EXCLUYE:

- El tratamiento simultáneo en varias áreas corporales que supongan más de un 10% de superficie corporal.
- En pacientes en combinación con fototerapia UVB de banda estrecha.

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO: Se realizará una evaluación de la efectividad a las 24 semanas de haber iniciado el tratamiento. Debe comunicarse la respuesta obtenida de cara a la continuación del tratamiento.

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: En cualquiera de los casos, si en la semana 52 la repigmentación es inferior al 25% en las zonas tratadas, se debe considerar la interrupción del tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRALOKINUMAB				
TRALOKINUMAB 300 MG/2ML PLUMA PREC	inyectables	(*)	[3909186]	ADTRALZA

D11AX OTROS DERMATOLOGICOS

CARNOY				
FM CARNOY 22ML SOL TÓP	liquido uso topico		[4006054]	FM CARNOY
VASELINA SALICÍLICA				
FM VASELINA SALICÍLICA 10% 100G POMADA	pomada cutanea		[4006216]	FM VASELINA SALICÍLICA
FM VASELINA SALICÍLICA 2% 100G POMADA	pomada cutanea		[4006217]	FM VASELINA SALICÍLICA
FM VASELINA SALICÍLICA 20% 100G POMADA	pomada cutanea		[4006218]	FM VASELINA SALICÍLICA
FM VASELINA SALICÍLICA 5% 100G POMADA	pomada cutanea		[4006219]	FM VASELINA SALICÍLICA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

G APARATO GENITO-URINARIO Y HORMONAS SEXUALES

G01 ANTIINFECCIOSOS Y ANTISEPTICOS GINECOLOGICOS

G01AD ACIDOS ORGANICOS (ANTIINFEC. Y ANTISEPT. EXCL. ASOC. CORTIC)

ACIDO ACÉTICO

FM ACIDO ACÉTICO 5% 1000ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006004]	FM ACIDO ACÉTICO
------------------------------------	--------------------	-----------	------------------

G01AF DERIVADOS IMIDAZOLICOS (GINECOLOGICOS)

CLOTRIMAZOL

CLOTRIMAZOL 500MG COMP VAGINAL	ovulos/comprimidos vaginales	[3902894]	GINE-CANESTEN
--------------------------------	------------------------------	-----------	---------------

METRONIDAZOL

METRONIDAZOL 500MG COMP VAG	ovulos/comprimidos vaginales	[3902444]	FLAGYL
-----------------------------	------------------------------	-----------	--------

G01AX OTROS ANTIINFECCIOSOS Y ANTISEPTICOS GINECOLOGICOS

POVIDONA IODADA

POVIDONA IODADA 10% SOL VAG	liquido vaginal	[3902960]	BETADINE VAGINAL
-----------------------------	-----------------	-----------	------------------

G02 OTROS GINECOLOGICOS

G02AB ALCALOIDES ERGOTAMINICOS (OXITOCICOS)

METILERGOMETRINA

METILERGOMETRINA 0,125MG COMP	comprimidos	[3903010] SitEsp	METHERGIN
METILERGOMETRINA 0,2MG 1ML AMP	inyectables	(*) [3901394]	METHERGIN

G02AD PROSTAGLANDINAS (OXITOCICOS)

CARBOPROST

CARBOPROST TROMETAMINA 250MCG 1ML AMP	inyectables	(*) [3903086] SitEsp	HEMABATE
---------------------------------------	-------------	----------------------	----------

DINOPROSTONA

DINOPROSTONA 10MG DISPOSITIVO VAGINAL	dispositivo vaginal	(**) [3901821] UH	PROPESS
---------------------------------------	---------------------	-------------------	---------

MISOPROSTOL

MISOPROSTOL 25 MCG COMP	ovulos/comprimidos vaginales	[3904806]	MISO FAR
-------------------------	------------------------------	-----------	----------

G02BA ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS

DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON PROGESTAGENOS

LEVONORGESTREL 19,5MG DISP INTRAUTER	dispositivo intrauterino	[3906870]	KYLEENA
LEVONORGESTREL 20MCG/24H DISP INTRAUTER	dispositivo intrauterino	[3902763] DH	MIRENA

G02CA SIMPATICOMIMETICOS INHIBIDORES DEL PARTO

RITODRINA

RITODRINA 50MG 5ML AMP	inyectables	[3902585] UH	PRE-PAR
------------------------	-------------	--------------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

G02CB INHIBIDORES DE LA PROLACTINA**BROMOCRIPTINA**

BROMOCRIPTINA 2,5MG COMP	comprimidos	[3902823]	PARLODEL
--------------------------	-------------	-----------	----------

CABERGOLINA

CABERGOLINA 0,5MG COMP	comprimidos	[3901834]	CABERGOLINA
------------------------	-------------	-----------	-------------

G02CC ANTIINFLAMATORIOS DE ADMINISTRACION VAGINAL**BENCIDAMINA**

BENCIDAMINA 500MG SOBRE VAGINAL	liquido vaginal	[3901513]	ROSALGIN
---------------------------------	-----------------	-----------	----------

G02CX OTROS PREPARADOS GINECOLOGICOS**ATOSIBAN**

ATOSIBAN 6,75MG 0,9ML VIAL	inyectables	(*) [3902644] UH	TRACTOCILE
----------------------------	-------------	------------------	------------

ATOSIBAN 37,5MG 5ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902645] UH	TRACTOCILE
--------------------------	-----------------------	------------------	------------

G03 HORMONAS SEXUALES Y MODULADORES DE APARATO GENITAL**G03AA PROGESTAGENOS Y ESTROGENOS EN COMBINACIONES FIJAS****LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL**

LEVONORGEST/ETINILESTRAD 100/20MCG COMP	comprimidos	[3908991]	LOETTE
---	-------------	-----------	--------

G03AC PROGESTAGENOS**ETONOGESTREL**

ETONOGESTREL 68MG IMPLANTE SUBDERMICO	implantes	[3905176]	IMPLANON NXT
---------------------------------------	-----------	-----------	--------------

G03AD ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**LEVONORGESTREL**

LEVONORGESTREL 1,5MG COMP	comprimidos	[3906109]	NORLEVO
---------------------------	-------------	-----------	---------

G03DA DERIVADOS DEL PREGNANO (PROGESTAGENOS)**MEDROXIPROGESTERONA**

MEDROXIPROGESTRONA 10MG COMP	comprimidos	[3902183]	PROGEVERA
------------------------------	-------------	-----------	-----------

PROGESTERONA

PROGESTERONA 100MG CAPS	capsulas	[3902076]	UTROGESTAN
-------------------------	----------	-----------	------------

G03XA ANTIGONADOTROPINAS Y SIMILARES**DANAZOL**

DANAZOL 100MG CAPS	capsulas	[3902175]	DANATROL
--------------------	----------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

G03XB ANTIPROGESTAGENOS

MIFEPRISTONA

MIFEPRISTONA 200MG COMP	comprimidos	[3903176] Restr	MIFEGYNE
-------------------------	-------------	-----------------	----------

G04 MEDICAMENTOS UROLOGICOS

G04BC DISOLVENTES DE CALCULOS URINARIOS

CITRATOS POLYCITRA

FM CITRATOS POLYCITRA 250 ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006069]	FM CITRATOS POLYCITRA
---------------------------------------	--------------------------	-----------	-----------------------

POTASIO CITRATO + CITRICO ACIDO

CITRATO POT/CITRICO AC 80/18% GRANULADO	polvo/granulado oral	[3901735]	URALYT-URATO
---	----------------------	-----------	--------------

G04BD MEDICAMENTOS PARA LA FRECUENCIA E INCONTINENCIA URINARIAS

TOLTERODINA

TOLTERODINA 4MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3902971]	TOLTERODINA
-----------------------------	---------------------------	-----------	-------------

G04BE MEDICAMENTOS USADOS EN DISFUNCIONES ERECTILES

ALPROSTADILO

ALPROSTADILO (URO) 20MCG VIAL	inyectables	[3902237] DH	CAVERJECT
-------------------------------	-------------	--------------	-----------

SILDENAFILO

SILDENAFILO 20MG COMP	comprimidos	[3901589] UH	SILDENAFILO
SILDENAFILO 10MG/12,5ML VIAL	inyectables	[3902019] UH	REVATIO
SILDENAFILO 10MG/ML 125 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902238] UH	REVATIO

TADALAFILO

TADALAFILO 20MG COMP	comprimidos	[3901971] UH	ADCIRCA
----------------------	-------------	--------------	---------

G04CA ANTAGONISTAS ALFA-ADRENOCEPTORES (HIPERPLASIA PROSTATICA)

TAMSULOSINA

TAMSULOSINA 0,4MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif	[3902104]	OMNIC
-------------------------------	---------------------------	-----------	-------

G04CB INHIBIDORES TESTOSTERONA-5-ALFA REDUCTASA (HIPERPLA.PROSTAT)

FINASTERIDA

FINASTERIDA 5MG COMP	comprimidos	[3901578]	FINASTERIDA
----------------------	-------------	-----------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

H HORMONAS SISTEMICAS, EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES

H01 HORMONAS HIPOFISARIAS E HIPOTALAMICAS Y ANALOGOS

H01AA ACTH (HORMONAS LOBULO ANTERIOR HIPOFISIS)

TETRACOSACTIDA

TETRACOSACTIDO 0,25MG 1ML AMP SYNACTHEN	inyectables	(*) [3903036] SitEsp	SYNACTHÉN
TETRACOSACTIDO 1MG 1ML AMP NUVACTHEN	inyectables	(*) [3902550] SitEspInf	NUVACTHEN DEPOT

H01AC SOMATROPINA Y AGONISTAS DE LA SOMATROPINA

SOMATROPINA

HC OMNITROPE 15MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3908817]	OMNITROPE
HC GENOTONORM 12MG VIAL KABIPEN	inyectables	(*) [3901088] UH	GENOTONORM KABIPEN
HC GENOTONORM 0,6MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901989] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 0,8MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901988] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 1MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901987] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 1,2MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901986] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 1,4MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901985] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 1,6MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901984] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 1,8MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3901983] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 2MG VIAL MINIQUEICK	inyectables	(*) [3904827] UH	GENOTONORM MINIQUEICK
HC GENOTONORM 5,3MG VIAL KABIPEN GOQUICK	inyectables	(*) [3902149] UH	GENOTONORM KABIPEN
HC HUMATROPE 12MG CARTUCHO	inyectables	(*) [3902248] UH	HUMATROPE
HC HUMATROPE 24MG CARTUCHO	inyectables	(*) [3902247] UH	HUMATROPE
HC NORDITROPIN 5MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3902713] UH	NORDITROPIN FLEXPPO 5MG
HC NORDITROPIN 10MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3902712] UH	NORDITROPIN FLEXPPO 10MG
HC NORDITROPIN 15MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3902714] UH	NORDITROPIN FLEXPPO 15
HC OMNITROPE 5MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3901796] UH	OMNITROPE
HC OMNITROPE 10MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3901843] UH	OMNITROPE
HC SAIZEN 6MG 1,03ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3902158] UH	SAIZEN
HC SAIZEN 12MG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3902159] UH	SAIZEN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

H01BA VASOPRESINA Y ANALOGOS

DESMOPRESINA

FM DESMOPRESINA CÁPS PEDIATRÍA	capsulas	[4006077]	FM DESMOPRESINA
DESMOPRESINA 0,2MG COMP	comprimidos	[3901951]	DESMOPRESINA
DESMOPRESINA 4MCG 1ML AMP	inyectables	(*) [3902106]	MINURIN
DESMOPRESINA 10MCG/PULV AEROSOL NASAL	nebulizacion nasal	(*) [3902098]	MINURIN
DESMOPRESINA 150MCG/PULV AEROSOL NASAL	nebulizacion nasal	[3903786]	OCTOSTIM

TERLIPRESINA

TERLIPRESINA 1MG VIAL	inyectables	(*) [3901727] DH	GLYPRESSIN
-----------------------	-------------	------------------	------------

VASOPRESINA (ARGIPRESINA)

ARGIPRESINA 40UI 2ML AMP	inyectables	[3908764]	EMPRESSIN
--------------------------	-------------	-----------	-----------

DICTAMEN 06/2022. ARGIPRESINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOTENSIÓN REFRACTARIA A CATECOLAMINAS ASOCIADA A SHOCK SÉPTICO EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS.
INDICACIÓN: Para el tratamiento de la hipotensión refractaria a catecolaminas asociada a un shock séptico en pacientes mayores de 18 años. Se considera que la hipotensión es refractaria a catecolaminas cuando la presión arterial media no se restablece a pesar de la adecuada reposición de la volemia y de la administración de catecolaminas*.
DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas: Deberá reservarse para aquellos casos en los que se hayan agotado TODAS las alternativas terapéuticas disponibles.
* En el ensayo clínico pivotal se consideraron refractarios a catecolaminas los pacientes que permanecieron hipotensos a pesar de haber recibido ≥5 µg/min de noradrenalina o equivalente durante al menos 6 horas consecutivas en las 24 horas precedentes y al menos 5 µg/min en la última hora antes de la aleatorización o cuando habían recibido un equivalente de noradrenalina >15 µg/h durante 3 horas consecutivas.

H01BB OXITOCINA Y ANALOGOS

CARBETOCINA

CARBETOCINA 100MCG 1ML AMP	inyectables	(*) [3905026]	DURATOBAL
----------------------------	-------------	---------------	-----------

DICTAMEN CURMP 8/2017.
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1.
SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas:
• Para la prevención de la atonía uterina tras el parto por cesárea bajo anestesia epidural o espinal en aquellas situaciones en las que se precise una contracción uterina de más larga duración (parto gemelar, hidramnios o antecedentes de hemorragia postparto).
• Se establecerá un circuito seguro para su dispensación.

OXITOCINA

OXITOCINA 10UI 1ML AMP	inyectables	(*) [3901395] UH	SYNTOCINON
------------------------	-------------	------------------	------------

H01CA FACTORES DE LIBERACION DE GONADOTROPINAS

GONADORELINA

GONADORELINA 91MCG 1ML AMP	inyectables	(*) [3903018] SitEsp	LH-RH FERRING
----------------------------	-------------	----------------------	---------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

H01CB HORMONAS INHIBIDORAS DEL CRECIMIENTO

OCTREOTIDA

OCTREOTIDO 100MCG 1ML SOL PARENTERAL	inyectables	(*) [3901890] DH	OCTREOTIDA
--------------------------------------	-------------	------------------	------------

SOMATOSTATINA

SOMATOSTATINA 3MG AMP	inyectables	[3901362] UH	SOMATOSTATINA
-----------------------	-------------	--------------	---------------

H02 CORTICOSTEROIDES DE USO SISTEMICO

H02AA MINERALOCORTOIDES

FLUDROCORTISONA

FLUDROCORTISONA 0,1MG COMP	comprimidos	[3901676]	ASTONÍN
FM FLUDROCORTISONA 10MCG/ML 50ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006094]	FM FLUDROCORTISONA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

H02AB GLUCOCORTICODES

BECLOMETASONA

FM BECLOMETASONA 0,5MG/ML 50ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006047]	FM BECLOMETASONA
---	--------------------------	-----------	------------------

BETAMETASONA

BETAMETASONA FOSFATO 12MG 2ML VIAL	inyectables	[3902582]	CELESTONE CRONODOSE
------------------------------------	-------------	-----------	---------------------

DEXAMETASONA

DEXAMETASONA 20MG COMP	comprimidos	[3905812]	DEXAMETASONA
DEXAMETASONA 1MG COMP	comprimidos	[3901279]	FORTECORTIN
DEXAMETASONA 4MG COMP	comprimidos	[3901875]	FORTECORTIN
DEXAMETASONA 40MG 5ML AMP	inyectables	[3901284]	DEXAMETASONA
DEXAMETASONA 4MG 1ML AMP	inyectables	[3901142]	DEXAMETASONA
FM DEXAMETASONA 1MG/ML 100 ML JARABE	solucion/suspension oral	(*) [4006078]	FM DEXAMETASONA

HIDROCORTISONA

HIDROCORTISONA 20MG COMP	comprimidos	[3902470]	HIDROALTESONA
HIDROCORTISONA BASE 100 MG VIAL	inyectables	[3901228]	ACTOCORTINA
HIDROCORTISONA BASE 373 MG VIAL	inyectables	[3901229]	ACTOCORTINA
FM HIDROCORTISONA 1MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006114]	FM HIDROCORTISONA

METILPREDNISOLONA

METILPREDNISOLONA 4MG COMP	comprimidos	[3902678]	URBASON
METILPREDNISOLONA 16MG COMP	comprimidos	[3901451]	URBASON
METILPREDNISOLONA 40MG COMP	comprimidos	[3901452] DH	URBASON
METILPREDNISOLONA 8MG AMP	inyectables	[3901270]	URBASON
METILPREDNISOLONA 20MG AMP	inyectables	[3901271]	URBASON
METILPREDNISOLONA 40MG AMP	inyectables	[3901272]	URBASON
METILPREDNISOLONA 125MG VIAL	inyectables	[3901245]	SOLU-MODERIN
METILPREDNISOLONA 250MG AMP	inyectables	[3901427]	URBASON
METILPREDNISOLONA 500MG VIAL	inyectables	[3901246]	SOLU-MODERIN
METILPREDNISOLONA 1G VIAL	inyectables	[3901247]	SOLU-MODERIN

PREDNISOLONA

PREDNISOLONA BASE 7MG/ML GOTAS	gotas orales	[3901617]	ESTILSONA
--------------------------------	--------------	-----------	-----------

PREDNISONA

PREDNISONA 5MG COMP	comprimidos	[3901314]	PREDNISONA
PREDNISONA 10MG COMP	comprimidos	[3901315]	PREDNISONA
PREDNISONA 30MG COMP	comprimidos	[3901425]	PREDNISONA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRIAMCINOLONA				
TRIAMCINOLONA ACETONIDO 40MG 1ML AMP	inyectables		[3902671]	TRIGON DEPOT

H03 TERAPIA DEL TIROIDES

H03AA HORMONAS TIROIDEAS

LEVOTIROXINA SODICA				
LEVOTIROXINA SODICA 25MCG COMP	comprimidos		[3902062]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 50MCG COMP	comprimidos		[3902063]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 75MCG COMP	comprimidos		[3902785]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 88MCG COMP	comprimidos		[3901877]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 100MCG COMP	comprimidos		[3902064]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 112MCG COMP	comprimidos		[3902293]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 137MCG COMP	comprimidos		[3901876]	EUTIROX
LEVOTIROXINA SODICA 500MCG VIAL	inyectables		[3902288]	LEVOTHROID
FM LEVOTIROXINA 10 MCG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[4006239]	FM LEVOTIROXINA

H03BA TIOURACILOS (ANTITIROIDES)

PROPILTIOURACILO				
PROPILTIOURACILO 50MG COMP	comprimidos		[3903031] SitEsp	PROPYCIL

H03BB DERIVADOS IMIDAZOLICOS SULFURADOS (ANTITIROIDES)

TIAMAZOL				
TIAMIZOL 5MG COMP	comprimidos		[3901651]	TIRODRIL

H03CA IODOTERAPIA (TERAPIA DEL TIROIDES)

IODURO POTÁSICO				
FM LUGOL FUERTE 5% 15ML GOTAS	gotas orales		[4006131]	FM LUGOL FUERTE
FM IODURO POTÁSICO 65 MG/ML JARABE	solucion/suspension oral		[4006119]	FM IODURO POTÁSICO

H04 HORMONAS DEL PANCREAS

H04AA GLUCAGON

GLUCAGON				
GLUCAGON 1MG VIAL	inyectables	(*)	[3902893]	GLUCAGEN HIPOKIT

H05 HOMEOSTASIA DEL CALCIO

H05BA CALCITONINAS

CALCITONINA SALMON SINTETICA				
CALCITONINA SALMON 100UI 1ML AMP	inyectables	(*)	[3902287]	CALCITONINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

H05BX OTROS ANTI-PARATIROIDEOS

CINACALCET

CINACALCET 30MG COMP	comprimidos	[3901526] UH	CINACALCET
CINACALCET 60MG COMP	comprimidos	[3901527] UH	CINACALCET

PARICALCITOL

PARICALCITOL 2MCG 1ML AMP	inyectables	[3901753] UH	ZEMPLAR
PARICALCITOL 5MCG 1ML AMP	inyectables	[3902589] UH	ZEMPLAR

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTEMICO

J01 ANTIBACTERIANOS DE USO SISTEMICO

J01AA TETRACICLINAS (ANTIINFECCIOSOS USO SISTEMICO)

DOXICICLINA

DOXICICLINA 100MG CAPS	capsulas	[3902688]	VIBRACINA
DOXICICLINA 100MG 5ML AMP	inyectables	(*) [3901379]	VIBRAVENOSA
DOXICICLINA 10 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902687]	VIBRACINA

TIGECICLINA

TIGECICLINA 50MG 5ML VIAL	inyectables perfusion	[3901630] UH,Restr	TIGECICLINA
---------------------------	-----------------------	--------------------	-------------

Antibiótico de Uso Restringido. Obligatorio disponer de antibiograma y cumplir alguna de las siguientes situaciones:

- Tratamiento de infecciones graves por A. baumannii multirresistente incluida la resistencia a colistina.
- Tratamiento de infecciones graves por A. baumannii multirresistente en pacientes con insuficiencia renal aguda en evolución o insuficiencia renal crónica Clcr<50 mL/min (excluyendo insuficiencia renal terminal).
- Alergia a betalactámicos con microorganismos productores de BLEAS.
- Coinfección por microorganismos productores de BLEAS y MARSA.

J01CA PENICILINAS DE AMPLIO ESPECTRO

AMOXICILINA

AMOXICILINA 500MG CAPS	capsulas	[3901189]	AMOXICILINA
AMOXICILINA 750MG COMP	comprimidos	[3901217]	AMOXICILINA
AMOXICILINA 50MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3901363]	AMOXICILINA

AMPICILINA

AMPICILINA 1G VIAL	inyectables	[3901369]	GOBEMICINA
AMPICILINA 500MG VIAL	inyectables	[3901368]	GOBEMICINA

J01CE PENICILINAS BETALACTAMASA SENSIBLES

BENCILPENICILINA-BENZATINA

BENCILPENICILINA BENZATINA 2,4MUI VIAL	inyectables	[3908908]	BENZETACIL
BENCILPENICILINA BENZATINA 1,2MUI VIAL	inyectables	[3902327]	BENZETACIL

BENCILPENICILINA

BENCILPENICILINA SODICA 2MUI VIAL	inyectables	[3901473]	PENIBIOT
BENCILPENICILINA SODICA 5MUI VIAL	inyectables	[3901169]	PENIBIOT

FENOXIMETILPENICILINA

FENOXIMETILPENICILINA 250MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3902278]	PENILEVEL
-----------------------------------	--------------------------	-----------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J01CF PENICILINAS BETALACTAMASA RESISTENTES

CLOXACILINA

CLOXACILINA 500MG CAPS	capsulas	[3901415]	ORBENIN
CLOXACILINA 1G VIAL	inyectables	[3901240]	CLOXACILINA
CLOXACILINA 25MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902558]	ORBENIN

J01CR ASOCIACIONES DE PENICILINAS, INCLUIDAS INHIBID.BETALACTAMASA

AMOXICILINA+CLAVULANICO ACIDO

AMOXICILINA/CLAVULANICO 500/125MG COMP	comprimidos	[3901416]	AMOXICILINA/CLAVULANICO
AMOXICILINA/CLAVULANICO 500/50MG VIAL	inyectables	[3901130] UH	AMOXICILINA/CLAVULANICO
AMOXICILINA/CLAVULANICO 1G/200MG VIAL	inyectables	[3901131] UH	AMOXICILINA/CLAVULANICO
AMOXICILINA/CLAVULANICO 2G/200MG VIAL	inyectables perfusion	[3901225] UH	AMOXICILINA/CLAVULANICO
AMOXICILINA/CLAVULANICO 875/125MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3901469]	AMOXICILINA/CLAVULANICO
AMOXICILINA/CLAVULANICO 100/12,5MG/ML SU	solucion/suspension oral	[3902787]	AMOXICILINA/CLAVULANICO

PIPERACILINA+TAZOBACTAM

PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4/0,5G VIAL	inyectables	[3901149] UH	PIPERACILINA/TAZOBACTAM
-------------------------------------	-------------	--------------	-------------------------

J01DB CEFALOSPORINAS DE PRIMERA GENERACION

CEFAZOLINA

CEFAZOLINA IV 1G VIAL	inyectables	[3901280]	CEFAZOLINA
CEFAZOLINA IV 2G VIAL	inyectables	[3901283] UH	CEFAZOLINA

J01DC CEFALOSPORINAS DE SEGUNDA GENERACION

CEFOXITINA

CEFOXITINA IV 1G VIAL	inyectables	[3901285] DH	CEFOXITINA
-----------------------	-------------	--------------	------------

CEFUROXIMA

CEFUROXIMA 250MG COMP	comprimidos	[3901148]	CEFUROXIMA
CEFUROXIMA 500MG COMP	comprimidos	[3901426]	CEFUROXIMA
CEFUROXIMA 250MG VIAL	inyectables	[3901319]	CEFUROXIMA
CEFUROXIMA 750MG VIAL	inyectables	[3901318]	CEFUROXIMA
CEFUROXIMA 50MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902666]	ZINNAT

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J01DD CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION

CEFIXIMA

CEFIXIMA 20MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3901474]	DENVAR
----------------------------	--------------------------	-----------	--------

CEFOTAXIMA

CEFOTAXIMA IV 500MG VIAL	inyectables	[3901153] DH	CLAFORAN
CEFOTAXIMA IV 1G VIAL	inyectables	[3901294] DH	CEFOTAXIMA
CEFOTAXIMA IV 2G VIAL	inyectables	[3901333] UH	CEFOTAXIMA

CEFTAZIDIMA

CEFTAZIDIMA IV 1G VIAL	inyectables perfusion	[3901137] UH	CEFTAZIDIMA
CEFTAZIDIMA IV 2G VIAL	inyectables perfusion	[3901136] UH	CEFTAZIDIMA

CEFTRIAXONA

CEFTRIAXONA IV 1G VIAL	inyectables	[3901243] DH	CEFTRIAXONA
CEFTRIAXONA IV 2G VIAL	inyectables perfusion	[3901244] UH	CEFTRIAXONA

J01DE CEFALOSPORINAS DE CUARTA GENERACION

CEFEPIMA

CEFEPIMA IV 2G VIAL	inyectables	[3902211] UH	CEFEPIMA
---------------------	-------------	--------------	----------

J01DF MONOBACTAMAS (ANTIBACTERIANOS BETALACTAMICOS)

AZTREONAM

AZTREONAM 75MG VIAL NEBUL	inhalacion pulmonar	(*) [3901967] UH,Restr	CAYSTON
AZTREONAM 1G VIAL	inyectables	[3902924]	AZACTAM

J01DH CARBAPENEMS (ANTIBACTERIANOS BETALACTAMICOS)

ERTAPENEM

ERTAPENEM 1G VIAL	inyectables perfusion	[3902782] UH,Restr	INVANZ
-------------------	-----------------------	--------------------	--------

Resolución Comisión de Farmacia y Terapéutica del Área IV (29/11/2023)
INCLUIR: Ertapenem para el tratamiento de infecciones complicadas que requieran tratamiento con carbapenem y que sean sensibles al fármaco, tanto para pacientes ambulantes como hospitalizados. Los tratamientos serán controlados por el PROA.

IMIPENEM ASOC. A INHIBIDOR ENZIMA

IMIPENEM/CILASTATINA 500/500MG VIAL	inyectables perfusion	[3902258] UH	IMIPENEM/CILASTATINA
-------------------------------------	-----------------------	--------------	----------------------

MEROPENEM

MEROPENEM 1G VIAL	inyectables	[3901215] UH	MEROPENEM
-------------------	-------------	--------------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J01DI OTRAS CEFALOSPORINAS Y PENEMS

CEFIDEROCOL

CEFIDEROCOL 1G VIAL	inyectables	(*) [3908376]	FETCROJA
---------------------	-------------	---------------	----------

DICTAMEN CURMP 11/2024. CEFIDEROCOL
INDICACIÓN: Tratamiento de infecciones debidas a microorganismos gramnegativos aerobios en adultos con opciones terapéuticas limitadas.
DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:
· Tratamiento dirigido de infecciones producidas por microorganismos gramnegativos en los que no se disponga de otras alternativas terapéuticas, bien por resistencia o bien por intolerancia.
· Pacientes con sensibilidad a cefiderocol documentada mediante antibiograma (con los puntos de corte recomendados por EUCAST).
· Los microorganismos anaerobios generalmente no son sensibles a cefiderocol, con excepción de Fusobacterium necrophorum (CMI < 0,5 mg/dL) y Clostridium perfringens (CMI: 1 mg/L).
· No se recomienda en pacientes con alergia confirmada a betalactámicos.
· Con la evidencia disponible, cefiderocol no debe utilizarse en monoterapia para el tratamiento de infecciones por Acinetobacter baumannii.
· Su prescripción debe estar supervisada por el equipo PROA en los hospitales que dispongan de este recurso.

J01EC SULFONAMIDAS DE ACCION INTERMEDIA (ANTIINFECCIOSOS SISTEMIC)

SULFADIAZINA

SULFADIAZINA 500MG COMP	comprimidos	[3901236]	SULFADIAZINA
FM SULFADIAZINA 50MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006196]	FM SULFADIAZINA

J01EE ASOCIACIONES DE SULFONAMIDAS Y TRIMETOPRIM (ANTIINFEC.SISTEM

COTRIMOXAZOL (SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM)

SULFAMETOXAZ/TRIMETOP 400/80MG COMP	comprimidos	[3902625]	SEPTRIN
SULFAMETOXAZ/TRIMETOP 800/160MG COMP	comprimidos	[3902951]	SEPTRIN FORTE
SULFAMETOXAZOL/TRIMETOP 800/160MG VIAL	inyectables	[3901721]	SOLTRIM
SULFAMETOX/TRIMETOPR 40/8MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902624]	SEPTRIN PEDIATRICO

J01FA MACROLIDOS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

AZITROMICINA

AZITROMICINA 500MG COMP	comprimidos	[3901497]	AZITROMICINA
AZITROMICINA 500MG VIAL	inyectables perfusion	[3902161] UH	AZITROMICINA
AZITROMICINA 40MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902309]	AZITROMICINA

CLARITROMICINA

CLARITROMICINA 500MG COMP	comprimidos	[3901275]	CLARITROMICINA
---------------------------	-------------	-----------	----------------

ERITROMICINA

ERITROMICINA 1G VIAL	inyectables	[3902859] UH	PANTOMICINA INTRAVENOSA
ERITROMICINA 500MG/5ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902959]	PANTOMICINA FORTE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J01FF LINCOSAMIDAS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

CLINDAMICINA

CLINDAMICINA 300MG CAPS	capsulas	[3901438]	DALACIN
CLINDAMICINA 600MG 4ML AMP	inyectables	[3901209] DH	CLINDAMICINA
FM CLINDAMICINA 15 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[4006261]	FM CLINDAMICINA

J01GA ESTREPTOMICINAS (ANTIIFECCIOSOS SISTEMICOS)

ESTREPTOMICINA

ESTREPTOMICINA 1G VIAL	inyectables	[3901364]	ESTREPTOMICINA
------------------------	-------------	-----------	----------------

J01GB OTROS ANTIBACTERIANOS AMINOGLUCOSIDOS (ANTIINFECC.SISTEMIC)

AMIKACINA

AMIKACINA 500MG 2ML VIAL	inyectables	[3901373] DH	AMIKACINA
AMIKACINA 1000MG 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901317] UH	AMICACINA

GENTAMICINA

GENTAMICINA 40MG 2ML VIAL	inyectables	[3901365]	GENTAMICINA
GENTAMICINA 80MG 2ML VIAL	inyectables	[3901366]	GENTAMICINA
GENTAMICINA 240MG 200ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901299] UH	GENTAMICINA PREDILUIDA

TOBRAMICINA

TOBRAMICINA 300MG 4ML AMP NEBUL	inhalacion pulmonar	(*) [3901769] UH	BRAMITOB
TOBRAMICINA 100MG 2ML VIAL	inyectables	[3901371]	TOBRA-GOBENS

J01MA FLUORQUINOLONAS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

CIPROFLOXACINO

CIPROFLOXACINO 250MG COMP	comprimidos	[3901206]	CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO 500MG COMP	comprimidos	[3901207]	CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO 750MG COMP	comprimidos	[3901208]	CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO 200MG 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901320] UH	CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO 400MG 200ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901143] UH	CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO 100MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902507]	CETRAXAL

LEVOFLOXACINO

LEVOFLOXACINO 500MG COMP	comprimidos	[3901168]	LEVOFLOXACINO
LEVOFLOXACINO 500MG 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901176] UH	LEVOFLOXACINO

NORFLOXACINO

NORFLOXACINO 400MG COMP	comprimidos	[3901339]	NORFLOXACINO
-------------------------	-------------	-----------	--------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J01XA ANTIBACTERIANOS GLICOPEPTIDOS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

TEICOPLANINA

TEICOPLANINA 400MG VIAL	inyectables	[3902963] UH	TEICOPLANINA
-------------------------	-------------	--------------	--------------

VANCOMICINA

VANCOMICINA 500MG VIAL	inyectables	[3901596] DH	VANCOMICINA
VANCOMICINA 1G VIAL	inyectables	[3901597] DH	VANCOMICINA
FM VANCOMICINA 125 MG CAPS	solucion/suspension oral	[4006308]	FM VANCOMICINA
FM VANCOMICINA 125 MG/5 ML 200 ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006214]	FM VANCOMICINA

J01XB POLIMIXINAS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

COLISTINA

COLISTINA 1MUI VIAL INH	inhalacion pulmonar	[3901519] UH	PROMIXIN
COLISTINA 2MUI VIAL	inyectables	[3908407]	COLISTINA
COLISTINA 1MUI (80MG) VIAL	inyectables	[3902668] UH	COLISTIMETATO DE SODIO

J01XD DERIVADOS IMIDAZOL (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

METRONIDAZOL

METRONIDAZOL 500MG 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901465] UH	METRONIDAZOL
---------------------------------	-----------------------	--------------	--------------

J01XE DERIVADOS NITROFURANO (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

NITROFURANTOINA

NITROFURANTOINA 50MG COMP	comprimidos	[3902277]	FURANTOINA
---------------------------	-------------	-----------	------------

J01XX OTROS ANTIBACTERIANOS (ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS)

DAPTOMICINA

DAPTOMICINA 350MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901628] UH	DAPTOMICINA
DAPTOMICINA 500MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901629] UH	DAPTOMICINA

FOSFOMICINA

FOSFOMICINA 500MG CAPS	capsulas	[3901210]	FOSFOCINA
FOSFOMICINA 1G VIAL	inyectables	[3901211] DH	FOSFOCINA IV
FOSFOMICINA 4G VIAL	inyectables	[3901212] UH	FOSFOCINA IV
FOSFOMICINA 3G SOBRE	solucion/suspension oral	[3902274]	MONUROL
FOSFOMICINA 50MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3901719]	FOSFOCINA

LINEZOLID

LINEZOLID 600MG COMP	comprimidos	[3902786] UH	LINEZOLID
LINEZOLID 600MG 300ML SOL IV	inyectables perfusion	[3902902] UH	LINEZOLID
LINEZOLID 20MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902774] UH	LINEZOLID

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J02 ANTIMICOTICOS DE USO SISTEMICO

J02AA ANTIBIOTICOS (ANTIMICOTICOS SISTEMICOS)

ANFOTERICINA B

FM ANFOTERICINA B LIPOS 1 MG/ML NEONATOS	inyectables	(*) [4006041]	FM ANFOTERICINA B
ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 50MG VIAL	inyectables perfusion	[3902153] UH	AMBISOME

J02AB DERIVADOS IMIDAZOLICOS (ANTIMICOTICOS SISTEMICOS)

KETOCONAZOL

KETOCONAZOL 200MG COMP	comprimidos	[3903013] SitEspInf,R	KETOCONAZOL
------------------------	-------------	-----------------------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J02AC DERIVADOS TRIAZOLICOS (ANTIMICOTICOS SISTEMICOS)

FLUCONAZOL

FLUCONAZOL 50MG CAPS	capsulas	[3901447]	DIFLUCAN
FLUCONAZOL 100MG CAPS	capsulas	[3901448]	DIFLUCAN
FLUCONAZOL 200MG CAPS	capsulas	[3901260]	FLUCONAZOL
FLUCONAZOL 100MG 50ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901144] UH	FLUCONAZOL
FLUCONAZOL 200MG 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901145] UH	FLUCONAZOL
FLUCONAZOL 400MG 200ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901146] UH	FLUCONAZOL
FLUCONAZOL 40MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902535]	DIFLUCÁN

ISAVUCONAZOL

ISAVUCONAZOL 100 MG CÁPS	capsulas	[3906336]	CRESEMBA
ISAVUCONAZOL 200MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3907006]	CRESEMBA

DICTAMEN 02/2021
ISAVUCONAZOL EN ASPERGILLOSIS Y MUCORMICOSIS

DECISIÓN ADOPTADA:
D-2. SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas y el compromiso de re-evaluación en los siguientes casos:

ASPERGILOSIS dependiendo de la vía de administración:

- Vía intravenosa
- Como alternativa a voriconazol, en pacientes con CLCr<50 mL/min.

- Vía oral
- Fracaso clínico y/o microbiológico en pacientes tratados con voriconazol donde la alternativa fuese emplear candinas o anfotericina B.
 - Toxicidad o imposibilidad de manejo de interacciones con voriconazol o posaconazol.

MUCORMICOSIS Como alternativa a posaconazol, por imposibilidad de manejo de interacciones.

Se recomienda, en todos los tratamientos con voriconazol, la monitorización farmacocinética de los niveles del fármaco para garantizar su efectividad y evitar la toxicidad asociada.

No existe contraindicación para la administración conjunta de voriconazol con ciclosporina/tacrolimus, por lo que se considera una alternativa válida en pacientes con tratamiento inmunosupresor, adecuando la posología a la situación clínica del paciente.

ITRACONAZOL

ITRACONAZOL 100MG CAPS	capsulas	[3901475]	ITRACONAZOL
------------------------	----------	-----------	-------------

POSACONAZOL

POSACONAZOL 100 MG COMP	comprimidos	[3903546] UH,Restr	POSACONAZOL
POSACONAZOL 300MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3905268] UH	NOXAFIL
POSACONAZOL 40MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3901579] UH,Restr	NOXAFIL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
VORICONAZOL				
VORICONAZOL 50MG COMP	comprimidos		[3902757] UH	VORICONAZOL
VORICONAZOL 200MG COMP	comprimidos		[3902758] UH	VORICONAZOL
VORICONAZOL 200MG VIAL	inyectables perfusion		[3902759] UH	VFEND
VORICONAZOL 40MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[3902683] UH	VFEND

J02AX OTROS ANTIMICOTICOS DE USO SISTEMICO

ANIDULAFUNGINA				
ANIDULAFUNGINA 100MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3901952] UH	ANIDULAFUNGINA
CASPOFUNGINA				
CASPOFUNGINA 50MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902343] UH	CASPOFUNGINA
CASPOFUNGINA 70MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902677] UH	CASPOFUNGINA
FLUCITOSINA				
FLUCITOSINA 500MG COMP	comprimidos		[3903022] SitEspInf	ANCOTIL

J04 ANTIMICOBACTERIANOS

J04AB ANTIBIOTICOS TUBERCULOSTATICOS

CICLOSERINA				
CICLOSERINA 250 MG CAPSULA	capsulas		[3903856]	HELPOCERIN
RIFABUTINA				
RIFABUTINA 150MG CAPS	capsulas		[3902268]	ANSATIPIN
RIFAMPICINA				
RIFAMPICINA 300MG CAPS	capsulas		[3901336]	RIMACTAN
RIFAMPICINA 600MG VIAL	inyectables		[3902886] UH	RIFALDIN
RIFAMPICINA 20MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral		[3902607]	RIFALDIN

J04AC HIDRAZIDAS (TUBERCULOSTATICOS)

ISONIAZIDA EN ASOCIACION				
ISONIAZIDA/PIRIDOXINA 150/25MG COMP	comprimidos		[3902496]	CEMIDON
ISONIAZIDA				
ISONIAZIDA 300MG 5ML AMP	inyectables		[3902474]	CEMIDON INTRAVENOSO
FM ISONIACIDA 10MG/ML 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[4006122]	FM ISONIACIDA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J04AK OTROS MEDICAMENTOS CONTRA LA TUBERCULOSIS

ETAMBUTOL

ETAMBUTOL 400MG GRAG	comprimidos	[3902533]	MYAMBUTOL
ETAMBUTOL 1G VIAL SOL CONCENT PERFUSION	inyectables	[3902976] SitEspInf	ETAMBUTOL
FM ETAMBUTOL 50 MG/ML 80 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[4006255]	FM ETAMBUTOL

PIRAZINAMIDA

PIRAZINAMIDA 250MG COMP	comprimidos	[3902768]	PIRAZINAMIDA
FM PIRAZINAMIDA 100MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006170]	FM PIRAZINAMIDA

J04AM ASOCIACIONES DE MEDICAMENTOS CONTRA TUBERCULOSIS

RIFAMPICINA+ISONIAZIDA+PIRAZINAMIDA

RIFAMP/ISONIAZIDA/PIRAZINAMIDA 120/50/30	comprimidos	[3902941]	RIFATER
Rifampicina 120 mg			
Isoniazida 50 mg			
Pirazinamida 300 mg			

RIFAMPICINA+ISONIAZIDA

RIFAMPICINA/ISONIAZIDA 300/150MG COMP	comprimidos	[3901338]	RIFINAH
Rifampicina 300 mg			
Isoniazida 150 mg			

RIFAMPICINA+PIRAZINAM+ETAMBUTOL+ISONIAZIDA

RIFA/ISON/PIRA/ETAM150/75/400/275MG COMP	comprimidos	[3902599]	RIMSTAR
Rifampicina 150 mg			
Isoniazida 75 mg			
Pirazinamida 400 mg			
Etambutol CLH 275 mg			

J04BA MEDICAMENTOS CONTRA LA LEPRO

DAPSONA

DAPSONA 50MG COMP	comprimidos	[3903020] SitEsp	DAPSÓN FATOL
-------------------	-------------	------------------	--------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J05 ANTIVIRALES DE USO SISTEMICO

J05AB NUCLEOSIDOS/NUCLEOTIDOS EXCL.INHIBID.TRANSCRIPTASA INVERSA

ACICLOVIR

ACICLOVIR 200MG COMP	comprimidos	[3901462]	ACICLOVIR
ACICLOVIR 800MG COMP	comprimidos	[3901463]	ACICLOVIR
ACICLOVIR 250MG/10ML VIAL SOL PERFUSION	inyectables perfusion	[3909108]	ACICLOVIR
ACICLOVIR 250MG VIAL	inyectables perfusion	[3901377] UH	ACICLOVIR
ACICLOVIR 80MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902760]	ZOVIRAX

CIDOFOVIR

CIDOFOVIR 375MG 5ML VIAL	inyectables	[3903012]	CIDOFOVIR
--------------------------	-------------	-----------	-----------

GANCICLOVIR

GANCICLOVIR 500MG VIAL	inyectables	[3902939] UH	CYMEVENE
------------------------	-------------	--------------	----------

VALGANCICLOVIR

VALGANCICLOVIR 450MG COMP	comprimidos	[3902458] DH	VALGANCICLOVIR
VALGANCICLOVIR 50MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3901845] UH	VALGANCICLOVIR

J05AC AMINAS CICLICAS (ANTIVIRALES)

AMANTADINA

AMANTADINA 100MG CAPS	capsulas	[3901713]	AMANTADINE
-----------------------	----------	-----------	------------

J05AD DERIVADOS DEL ACIDO FOSFONICO (ANTIVIRALES)

FOSCARNET

FOSCARNET 6G 250ML VIAL	inyectables perfusion	[3902552] UH	FOSCAVIR
-------------------------	-----------------------	--------------	----------

J05AE INHIBIDORES DE LA PROTEASA (ANTIVIRALES SISTEMICOS)

DARUNAVIR

DARUNAVIR 600MG COMP	comprimidos	[3901899] UH	PREZISTA
DARUNAVIR 800MG COMP	comprimidos	[3902289] UH	DARUNAVIR
DARUNAVIR 100 MG/ML SOLUCION ORAL	solucion/suspension oral	[3901082]	PREZISTA

RITONAVIR

RITONAVIR 100MG COMP RECUB	comprimidos	[3901997] UH	NORVIR
----------------------------	-------------	--------------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J05AF INHIB. DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA-NUCLEOTIDOS (ANTIVIRALES)

ABACAVIR

ABACAVIR 300MG COMP	comprimidos	[3902592] UH	ZIAGEN
---------------------	-------------	--------------	--------

EMTRICITABINA

EMTRICITABINA 10MG/ML 170ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [3909222]	EMTRIVA
--------------------------------------	--------------------------	---------------	---------

ENTECAVIR

ENTECAVIR 0,5MG COMP	comprimidos	[3901664] UH	ENTECAVIR
----------------------	-------------	--------------	-----------

LAMIVUDINA

LAMIVUDINA 100MG COMP	comprimidos	[3902605] UH	LAMIVUDINA
LAMIVUDINA 150MG COMP	comprimidos	[3901925] UH	LAMIVUDINA
LAMIVUDINA 300MG COMP	comprimidos	[3901926] UH	LAMIVUDINA
LAMIVUDINA 10MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902125] UH	EPIVIR

TENOFOVIR DISOPROXILO

TENOFOVIR 245MG COMP	comprimidos	[3902609] UH	TENOFOVIR
TENOFOVIR 33 MG/G GRANULADO	polvo/granulado oral	[3909225]	VIREAD

ZIDOVUDINA

ZIDOVUDINA 250MG CAPS	capsulas	[3901495] UH	ZIDOVUDINA
ZIDOVUDINA 200MG 100ML BOLSA	inyectables perfusion	[3901797] UH	ZIDOVUDINA
ZIDOVUDINA 10MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902791] UH	RETROVIR

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J05AG INHIB. DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA-NO NUCLEOTIDOS (ANTIVIRAL

EFAVIRENZ

EFAVIRENZ 600MG COMP	comprimidos	[3902633] UH	EFAVIRENZ
----------------------	-------------	--------------	-----------

ETRAVIRINA

ETRAVIRINA 200MG COMP	comprimidos	[3902216] UH	INTELENCE
-----------------------	-------------	--------------	-----------

NEVIRAPINA

NEVIRAPINA 200MG COMP	comprimidos	[3902275] UH	NEVIRAPINA
NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902583] UH	VIRAMUNE

RILPIVIRINA

RILPIVIRINA 25 MG COMP	comprimidos	[3903866] Restr	EDURANT
RILPIVIRINA 900MG INY 3ML	inyectables	(*) [3908911]	REKAMBYS

DICTAMEN 13/2023: POSICIONAMIENTO DE CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN INFECCIÓN VIH

INDICACIÓN: En combinación, para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en adultos que están virológicamente suprimidos (ARN del VIH-1 <50 copias/ml) en tratamiento antirretroviral estable, sin evidencia actual o previa de resistencia a, y sin fracaso virológico previo con, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) e inhibidores de la integrasa (INI).

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Pacientes con supresión virológica (ARN del VIH-1 <50 copias/ml) en un régimen antirretroviral estable.
- Sin evidencia actual o previa de resistencia viral a, y sin antecedentes de fracaso virológico previo con, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) e inhibidores de la integrasa (INI).
- Asegurar una correcta adherencia a las consultas médicas por parte del paciente.
- Pacientes que acepten llevar a cabo las visitas clínicas necesarias para la adecuada administración de los inyectables en el entorno hospitalario. El incumplimiento por parte del paciente contraindica la administración del tratamiento y, por lo tanto, la suspensión del mismo.
- Condiciones anatómicas que permitan la correcta administración del fármaco.

No usar en:

- Pacientes con virus de la hepatitis B (VHB).
- Pacientes con subtipo A del VIH-1.

Cada centro elaborará el circuito más adecuado para la dispensación y administración del tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J05AJ INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

CABOTEGRAVIR

CABOTEGRAVIR 600MG INY 3ML	inyectables	[3908912]	VOCABRIA
----------------------------	-------------	-----------	----------

DICTAMEN 13/2023: POSICIONAMIENTO DE CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN INFECCIÓN VIH

INDICACIÓN: En combinación, para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en adultos que están virológicamente suprimidos (ARN del VIH-1 <50 copias/ml) en tratamiento antirretroviral estable, sin evidencia actual o previa de resistencia a, y sin fracaso virológico previo con, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) e inhibidores de la integrasa (INI).

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Pacientes con supresión virológica (ARN del VIH-1 <50 copias/ml) en un régimen antirretroviral estable.
- Sin evidencia actual o previa de resistencia viral a, y sin antecedentes de fracaso virológico previo con, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) e inhibidores de la integrasa (INI).
- Asegurar una correcta adherencia a las consultas médicas por parte del paciente.
- Pacientes que acepten llevar a cabo las visitas clínicas necesarias para la adecuada administración de los inyectables en el entorno hospitalario. El incumplimiento por parte del paciente contraindica la administración del tratamiento y, por lo tanto, la suspensión del mismo.
- Condiciones anatómicas que permitan la correcta administración del fármaco.

No usar en:

- Pacientes con virus de la hepatitis B (VHB).
- Pacientes con subtipo A del VIH-1.

Cada centro elaborará el circuito más adecuado para la dispensación y administración del tratamiento.

RALTEGRAVIR

RALTEGRAVIR 100MG COMP MASTIC	comprimidos masticables	[3909224]	ISENTRESS
RALTEGRAVIR 25MG COMP MASTIC	comprimidos masticables	[3909223]	ISENTRESS

J05AP ANTIVIRALES PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR VHC

GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR

GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR 100/40MG COMP	comprimidos	[3905086]	MAVIRET
--	-------------	-----------	---------

DICTAMEN CURMP 23/2107

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1. Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica como alternativa terapéutica frente a los Antivirales de Acción Directa actualmente comercializados, para los pacientes infectados por el Virus de la Hepatitis C crónica.

Es una alternativa a los tratamientos de 8 semanas, en todos los genotipos:

- En pacientes naïve
- No cirróticos, con precaución en cirrosis estadio B y contraindicado en cirrosis estadio C.
- Es el único pangenotípico que se puede usar en Insuficiencia renal avanzada.

SOFOBUIR, VELPATASVIR Y VOXILAPREVIR

SOFOBUIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR COMP	comprimidos	[3905607]	VOSEVI
--	-------------	-----------	--------

DICTAMEN CURMP 22/2107

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1. Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas (D1) y con el compromiso de reevaluación en el periodo oportuno para:

Tratamiento pangenotípico durante 12 semanas financiado para el tratamiento de rescate, en el caso de pacientes sin cirrosis o con cirrosis compensada que han fallado al tratamiento con AADs.

Actualmente, para el re-tratamiento de fallos de AAD, Vosevi es más coste efectivo que otras alternativas (combinación de sofosbuvir con otros antivirales (Zepatier, Marivet, etc.) además de constituir una pauta de menor duración de tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J05AR ANTIVIRALES PARA TRATAMIENTO DE INFECC HIV EN ASOCIACION

DARUNAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR_ALAFENAMIDA

DARUNA/COBICIS/EMTRICI/TENOF_ALAFEN COMP	comprimidos	[3906126]	SYMITUZA
--	-------------	-----------	----------

DICTAMEN CURMP 11/2018.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas:

PACIENTES PRETRATADOS:

En estos pacientes cualquier medicamento que contenga TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF) se debe utilizar en vez de TENOFOVIR DISOPROXILO (TD) cuando se cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Enfermedad renal crónica (Fge $\leq$ 60 mL/ min o P/C $>$ 200 mg/g (0,2)).
- Fge entre 90-60 mL/ min con caída del filtrado glomerular (disminución del filtrado glomerular de al menos 5 mL/ min confirmada en dos determinaciones consecutivas).
- Hipofosfatemia de origen renal.
- Glucosuria en no diabéticos.
- Comorbilidades con alto riesgo de ERC (por ejemplo diabetes o hipertensión).
- Comedicación con fármacos nefrotóxicos o toxicidad previa por TDF.
- Osteoporosis/osteopenia o factores de riesgo.
- Historia de fracturas por fragilidad.
- Riesgo de fractura osteoporótica mayor por FRAX $>$ 10%.

PACIENTES NAIVE:

Darunavir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir Alafenamida queda incluido como alternativa a otras combinaciones de fármacos en comprimido único para inicio de tratamiento en pacientes naive, atendiendo criterios de eficiencia.

DARUNAVIR+COBICISTAT

DARUNAVIR+COBICISTAT 800/150MG COMP REC	comprimidos	[3904507] UH	REZOLSTA
---	-------------	--------------	----------

DICTAMEN CURMP 2/2016

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría C-2; Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica como equivalente terapéutico a las opciones existentes. El medicamento se puede considerar de una eficiencia y seguridad comparable a las alternativas existentes para las indicaciones propuestas. Por ello el fármaco concreto que estará disponible en cada momento será el equivalente que resulte más ventajoso según los acuerdos de adquisición y las condiciones de logística.

DOLUTEGRAVIR/RILPIVIRINA

DOLUTEGRAVIR/RILPIVIRINA 50/25 MG COMP	comprimidos	[3907789]	JULUCA
--	-------------	-----------	--------

DOLUTEGRAVIR+ABACAVIR+LAMIVUDINA

DOLUTEGRA/ABACA/LAMIV 50/600/300 MG COMP	comprimidos	[3903916] Restr	TRIUMEQ
--	-------------	-----------------	---------

EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA

EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TAF 200/25/25	comprimidos	[3906736]	ODEFSEY
---	-------------	-----------	---------

DICTAMEN CURMP 5/2014. Rilpivirina combinada con emtricitabina y tenofovir en un único comprimido.

DECISIÓN ADOPTADA: Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas:

Para el tratamiento de pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1) y que cumplan las siguientes condiciones:

1. carga viral $\leq$ 100.000 copias/mL y
2. recuento de linfocitos T CD4+ $>$ 200/ μ L y
3. en pacientes:
 - a. naïve: cuando el tratamiento de elección sea la asociación de dos ITIAN + un ITINN y el ITINN de elección no sea efavirenz por alguna de estas causas:
 - i. porque sus posibles efectos adversos:
 1. sean una riesgo para las actividades profesionales o de la vida diaria
 2. puedan empeorar una enfermedad psiquiátrica de base
 - ii. Por sus interacciones: anticonceptivos orales, metadona, telaprevir.
 - B. no naïve: cuando el tratamiento de elección sea la asociación de dos ITIAN + un ITINN y no se toleren los efectos adversos de efavirenz.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA

EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAF 200/25 COMP	comprimidos	[3906127]	DESCOVY
--	-------------	-----------	---------

DICTAMEN 7/2020. MEDICAMENTOS CON TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF) :
DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYAN EN LA GFT con recomendaciones específicas (D-1):

PACIENTES PRETRATADOS

En estos pacientes cualquier medicamento que contenga TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF) se debe utilizar en vez de TENOFOVIR DISOPROXILO (TD) cuando se cumpla al menos uno de los siguientes criterios"

- Enfermedad renal crónica (FGe $\leq$ 60 mL/ min o P/C $>$ 200 mg/g (0,2)).
- FGe entre 90-60 mL/ min con caída del filtrado glomerular (disminución del filtrado glomerular de al menos 5 mL/ min confirmada en dos determinaciones consecutivas).
- Hipofosfatemia de origen renal.
- Glucosuria en no diabéticos.
- Comorbilidades con alto riesgo de ERC (por ejemplo diabetes o hipertensión).
- Comedicación con fármacos nefrotóxicos o toxicidad previa por TDF.
- Osteoporosis/osteopenia o factores de riesgo.
- Historia de fracturas por fragilidad.
- Riesgo de fractura osteoporótica mayor por FRAX $>$ 10%.

PACIENTES NAIVE

Quedan incluidos los combos que contienen TAF como una de las alternativas preferentes en la terapia inicial de pacientes naïve.

EMTRICITABINA/TENOFOVIR/BICTEGRAVIR

EMTRICIT/TENOF/BICTEGR 200/25/50 MG COMP	comprimidos	[3907787]	BIKTARVY
--	-------------	-----------	----------

DICTAMEN 8/2020. BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA (Biktarvy®)

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas (D-1): Para el tratamiento de pacientes con infección VIH pretratados como alternativa a otras combinaciones de inhibidores de la integrasa por las ventajas que aporta en términos de perfil de interacciones, barrera genética y eficiencia. Se considera una opción de cambio preferente desde pautas basadas en TAF/FTC asociado a inhibidores de la integrasa de primera generación (raltegravir y elvitegravir/cobicistat), o a un comprimido de dolutegravir. Será una opción, a valorar individualmente, en pacientes tratados con inhibidores de la proteasa y/o no nucleósidos con interacciones, intolerancia o fracaso terapéutico.

PACIENTES NAIVE: Biktarvy® queda incluido como una de las alternativas preferentes en la terapia inicial de pacientes naïve.

EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAFENAMIDA+ELVITEGRAVIR+COBICISTAT

EMTRICITA/TENOFO/ELVITREGA/COBICIST COMP	comprimidos	[3905136]	GENVOYA
--	-------------	-----------	---------

DICTAMEN CURMP 13/2018.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría E: SE INCLUYE EN LA GFT (por el mejor perfil de toxicidad renal y ósea de tenofovir alafenamida vs tenofovir disoproxilo):

Tratamiento de pacientes naïve y pretratados en los que esté indicada la triple terapia con un inhibidor de la integrasa y es preferible la combinación con tenofovir alafenamida a abacavir.

En todos los casos, se aplicarán las mismas condiciones de uso que para el resto de medicamentos que contienen tenofovir alafenamida.

EMTRICITABINA+TENOFVIR DISOPROXILO+EFAVIRENZ

EMTRICIT/TENOFO/EFVIR 200/245/600MG COMP	comprimidos	[3901827] UH	EMTRICITABINA/TENOFOVIR/EFVIR
--	-------------	--------------	-------------------------------

EMTRICITABINA+TENOFVIR DISOPROXILO+RILPIVIRINA

EMTRICIT 200+TENOF 245+RILPIV 25 MG COMP	comprimidos	[3903116] Restr	EVIPLERA
--	-------------	-----------------	----------

LAMIVUDINA/DOLUTEGRAVIR

LAMIVUDINA/DOLUTEGRAVIR 300/50 MG COMP	comprimidos	[3907788]	DOVATO
--	-------------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
LAMIVUDINA+ABACAVIR				
ABACAVIR/LAMIVUDINA 600/300MG COMP	comprimidos		[3901524] UH	ABACAVIR/LAMIVUDINA
LOPINAVER+RITONAVIR				
LOPINAVER/RITONAVIR 200/50MG COMP	comprimidos		[3902008] UH	KALETRA
TENOFOVIR DISOPROXILO+EMTRICITABINA				
EMTRICITABINA/TENOFOVIR 200/245MG COMP	comprimidos		[3901547] UH	EMTRICITABINA/TENOFOVIR

J05AX OTROS ANTIVIRALES (SISTEMICOS)

DOLUTEGRAVIR				
DOLUTEGRAVIR COMP 50 MG	comprimidos		[3903406] UH	TIVICAY
DICTAMEN CURMP 1/2015. DECISIÓN ADOPTADA: Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT sin recomendaciones específicas. Categoría E.				
LETERMOVIR				
LETERMOVIR 240MG COMP	comprimidos		[3905906]	PREVYMIS
LETERMOVIR 480MG COMP	comprimidos		[3908388]	PREVYMIS
DICTAMEN 7/2023. LETERMOVIR EN LA PROFILAXIS DE LA REACTIVACIÓN DEL CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN ADULTOS SEROPOSITIVOS PARA CMV RECEPTORES DE UN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS DECISIÓN ADOPTADA: Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica para pacientes de alto riesgo de reactivación elegibles de acuerdo a los siguientes criterios: 1. Pacientes adultos (> 15 años) 2. Pacientes seropositivos para el CMV [R+] 3. Que hayan sido receptores de trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TCMH) 4. Con uno o más factores de alto riesgo de reactivación para CMV: - Donante emparentado con al menos una discordancia en uno de los locus HLA (HLAA, -B o -DR). - Donante haploidéntico. - Donante no emparentado con al menos una discordancia en uno de los cuatro locus de genes HLA (HLA-A, -B, -C y -DRB1). - Uso de sangre de cordón umbilical. - Uso de injerto con depleción de linfocitos T ex vivo. - Enfermedad injerto contra huésped (EICH) de grado 2 o superior que exige el uso de corticoides sistémicos (dosis mayor o igual a 1 mg/kg/día de prednisona o dosis equivalentes de otros corticoides). - Pacientes con injerto pobre, con presencia de al menos dos citopenias importantes (Hb <100 g/l, plaquetas <30x109/l, neutrófilos <1x109/l) durante más de dos semanas. - Paciente en quimerismo completo del donante que no presentan EICH.				
MARAVIROC				
MARAVIROC 150MG COMP	comprimidos		[3901804] UH	CELSENTRI
RALTEGRAVIR				
RALTEGRAVIR 400MG COMP	comprimidos		[3901822] UH	ISENTRESS

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J06 SUEROS INMUNOLOGICOS E INMUNOGLOBULINAS

J06AA SUEROS INMUNOLOGICOS

ANTISUERO VENENO SERPIENTES

SUERO ANTIOFIDICO 4ML VIAL	inyectables	(*) [3902575] SitEsp	VIPERFAV
----------------------------	-------------	----------------------	----------

ANTITOXINA BOTULINICA

ANTITOXINA BOTULINICA HEPTAVALENTE VIAL	inyectables perfusion	(**) [3906436] SitEspInf	ANTITOX.BOTUL.HEPTAVAL.
---	-----------------------	--------------------------	-------------------------

J06BA INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECIFICA

GAMMAGLOBULINA HUMANA NORMAL VIA INTRAVASCULAR

IG INESPECÍFICA 5G 50ML VIAL	inyectables perfusion	[3901618] UH	PRIVIGEN
IG INESPECÍFICA 10G 100ML VIAL	inyectables perfusion	[3906496]	PLANGAMMA

J06BB INMUNOGLOBULINAS ESPECIFICAS

GAMMAGLOBULINA ANTIRABICA

IG ANTIRRABICA 300UI 2ML VIAL	inyectables	(*) [3902784] UH	IMOGAM RABIA
-------------------------------	-------------	------------------	--------------

GAMMAGLOBULINA ANTI-RH

IG ANTI RH (ANTID) 300MCG 2ML JER PREC	inyectables	(*) [3902560]	GAMMA ANTI-D
--	-------------	---------------	--------------

GAMMAGLOBULINA ANTITETANICA

IG ANTITETANOS 500UI 2ML JER PREC	inyectables	(*) [3901938]	GAMMA ANTI-TETANOS
-----------------------------------	-------------	---------------	--------------------

GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTIHEPATITIS B

IG ANTIHEPATITIS B 100UI 0,5ML AMP IM	inyectables	(*) [3901593]	IGANTIBE
IG ANTIHEPATITIS B 1.000UI 5ML AMP IM	inyectables	(*) [3901595]	IGANTIBE
IG ANTIHEPATITIS B 5.000UI 20ML VIAL IV	inyectables perfusion	(*) [3901847] UH	NIULIVA

PALIVIZUMAB

PALIVIZUMAB 50MG 0,5ML VIAL	inyectables	(*) [3902660]	SYNAGIS
PALIVIZUMAB 100MG 1ML VIAL	inyectables	(*) [3902656] DH	SYNAGIS

Petición por paciente siguiendo criterios de indicación establecidos por el Ministerio de Sanidad. Consultar la U.G.C. de Farmacia.

J06BD ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES

NIRSEVIMAB

NIRSEVIMAB 100MG JER PREC	inyectables	(*) [3909064]	BEYFORTUS
NIRSEVIMAB 50MG 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3908950]	BEYFORTUS

J07 VACUNAS

J07AH VACUNAS CONTRA MENINGOCOCO

MENINGOCOCO TETRAVALENTE (A,C,W,Y) ANTIGEN POLISAC CONJUGADA

VACUNA MENINGOCOCO ACWY NIMENRIX JER PRE	inyectables	[3906040]	NIMENRIX
--	-------------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

J07AL VACUNAS CONTRA NEUMOCOCO

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENO CONJUGADO

VACUNA ANTINEUMOCOCO 20-VALENTE JER PREC	inyectables	(*) [3909083]	PREVENAR 20
--	-------------	---------------	-------------

J07AM VACUNAS CONTRA TETANOS

TOXOIDE TETANICO+TOXOIDE DIFTERICO

VACUNA DIFTERIA TETANOS ADULTO JER PREC	inyectables	(*) [3901730]	DITANRIX ADULTOS
---	-------------	---------------	------------------

J07BB VACUNAS CONTRA INFLUENZA

VIRUS GRIPE, ANTIGENO PURIFICADO

VAC GRIP INACT 14-59AÑOS FLUCELVAX TETRA		(*) [3908352]	FLUCELVAX TETRA
VAC GRIP INACT 6-23MESES INFLUVAC TETRA		(*) [3908354]	INFLUVAC TETRAVALENTE
VAC GRIP INACT CON ADYUV >60AÑOS FLUAD T		(*) [3908351]	FLUAD TETRA

VIRUS GRIPE, VIVO ATENUADO

VAC GRIP ATEN PULV NASAL 2-13AÑOS FLUENZ		(*) [3909158]	FLUENZ TRIVALENTE
--	--	---------------	-------------------

J07BC VACUNAS CONTRA HEPATITIS

ANTIGENO HEPATITIS B

VACUNA HEPATITIS B 10MCG 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3904856]	ENERGIX
VACUNA HEPATITIS B 20MCG 1ML JER PREC	inyectables	(*) [3902214]	ENERGIX B

J07BD VACUNAS CONTRA EL SARAMPION

VIRUS SARAMPION+V.PAROTIDITIS+V.RUBEOLA

VACUNA TRIPLE VIRICA JER PREC	inyectables	[3906002]	M-M-RVAXPRO
-------------------------------	-------------	-----------	-------------

J07BG VACUNAS CONTRA LA RABIA

VIRUS RABIA ATENUADO

VACUNA ANTIRRABICA 2,5 UI VIAL	inyectables	(*) [3901636] UH	VACUNA ANTIRRABICA MERIEUX
--------------------------------	-------------	------------------	----------------------------

J07BK VACUNAS CONTRA LA VARICELA ZOSTER

VACUNA HERPES ZOSTER

VACUNA INACTIVADA ANTI HERPES ZOSTER VIA	inyectables	(*) [3908941]	SHINGRIX
--	-------------	---------------	----------

J07CA VACUNAS ANTIBACTERIANAS Y ANTIVIRALES ASOCIADAS

DIFTERIA+H.INFLUENZAE B+PERTUSIS+POLIOMIELIT+TETANOS+HEPAT.B

VACUNA HEXAVALENTE DTP HIB HB POLIO JER	inyectables	[3906001]	VAXELIS
---	-------------	-----------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L

ANTINEOPLASICOS E INMUNOMODULADORES

L01

ANTINEOPLASICOS

L01AA

ANALOGOS DE MOSTAZAS NITROGENADAS (ANTINEOPLASICOS)

BENDAMUSTINA

BENDAMUSTINA 100MG VIAL	inyectables perfusion	[3902083] UH	BENDAMUSTINA
-------------------------	-----------------------	--------------	--------------

CICLOFOSFAMIDA

CICLOFOSFAMIDA 50MG GRAG	comprimidos	[3901933]	GENOXAL
CICLOFOSFAMIDA 1G VIAL	inyectables	[3902071] DH	GENOXAL
FM CICLOFOSFAMIDA 10 MG/ML 100 ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006063]	FM CICLOFOSFAMIDA

IFOSFAMIDA

IFOSFAMIDA 1G VIAL	inyectables perfusion	[3902852] UH	TRONOXAL
--------------------	-----------------------	--------------	----------

MELFALAN

MELFALAN 2MG COMP	comprimidos	(*) [3902833] SitEspInf	MELFALAN
MELFALAN 50MG VIAL	inyectables	[3902160] UH	MELFALAN

L01AB

ALQUIL SULFONATOS (ANTINEOPLASICOS)

BUSULFANO

BUSULFANO 60MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901828] UH	BUSILVEX
--------------------------	-----------------------	------------------	----------

L01AC

ETILENO IMINAS (ANTINEOPLASICOS)

TIOTEPA

TIOTEPA 100 MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902006] UH	TEPADINA
---------------------	-----------------------	------------------	----------

L01AD

NITROSOUREAS (ANTINEOPLASICOS)

CARMUSTINA

CARMUSTINA 100MG VIAL	inyectables	(*) [3903038]	BICNU
-----------------------	-------------	---------------	-------

LOMUSTINA

LOMUSTINA 10MG CAPS	capsulas	[3903084] SitEspInf	CCNU
LOMUSTINA 40MG CAPS	capsulas	[3902950] SitEspInf	CECENU

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01AX OTROS ALQUILANTES (ANTINEOPLASICOS)

DACARBAZINA

DACARBAZINA 1000MG VIAL	inyectables perfusion	[3901711] DH	DACARBAZINA
-------------------------	-----------------------	--------------	-------------

TEMOZOLOMIDA

TEMOZOLOMIDA 5MG CAPS	capsulas	[3902286] DH	TEMOZOLOMIDA
TEMOZOLOMIDA 20MG CAPS	capsulas	[3902285] DH	TEMOZOLOMIDA
TEMOZOLOMIDA 100MG CAPS	capsulas	[3902283] DH	TEMOZOLOMIDA
TEMOZOLOMIDA 140MG CAPS	capsulas	[3902284] DH	TEMOZOLOMIDA
TEMOZOLOMIDA 180MG CAPS	capsulas	[3902282] DH	TEMOZOLOMIDA

L01BA ANALOGOS ACIDO FOLICO (ANTINEOPLASICOS)

METOTREXATO

METOTREXATO 2,5MG COMP	comprimidos	[3901638]	METOTREXATO
METOTREXATO 50MG 2ML VIAL	inyectables	[3901776]	METOTREXATO
METOTREXATO 1000MG VIAL	inyectables	[3906327]	METOTREXATO
FM METOTREXATO 2MG/ML 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006142]	FM METOTREXATO

PEMETREXED

PEMETREXED 1000MG 40ML VIAL	inyectables perfusion	[3905276]	PEMETREXED
-----------------------------	-----------------------	-----------	------------

DICTAMEN 01/2021
PEMBROLIZUMAB Y QUIMIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO METASTÁSICO.

INDICACIÓN:En combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino para el tratamiento de primera línea del CPNM no escamoso metastásico en adultos cuyos tumores no tengan mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D2: Se incluye en la GFT con recomendaciones específicas (deberán cumplirse todas) y con el compromiso de reevaluación en el momento que se considere oportuno:
En combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino, para el tratamiento de primera línea del CPNM no escamoso metastásico en adultos cuyos tumores expresen PD-L1 con una proporción de marcador tumoral <50%, negativa o no sea posible de realizar, y sin mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK, en los que la terapia actual es la quimioterapia.

- ECOG 0 - 1 (IK 100,90 ,80).
- Ausencia de metástasis cerebrales no controladas o afectación de Sistema Nervioso Central (SNC).

Quedan excluidos del tratamiento los pacientes con:

- Antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial o enfermedad autoinmune.
- Tratamiento sistémico con corticoides (> 10 mg/día de prednisona) o inmunosupresores.

En pacientes >75 años se requerirá un consenso, tras la revisión del caso en sesión clínica, atendiendo a las escalas de valoración oncogeriátrica. Se deberá suspender el tratamiento en caso de completar 35 ciclos. Se recomienda valorar la opción de suspenderlo en aquellos pacientes que alcancen respuesta completa, pudiendo reiniciarlo en estos casos si hubiere progresión.

RALTITREXED

RALTITREXED 2MG VIAL	inyectables	[3902099] UH	TOMUDEX
----------------------	-------------	--------------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01BB ANALOGOS DE PURINAS (ANTINEOPLASICOS)

CLADRIBINA

CLADRIBINA 10MG 10ML VIAL	inyectables	(*)	[3902114] UH	LEUSTATIN
---------------------------	-------------	-----	--------------	-----------

CLOFARABINA

CLOFARABINA 20MG 20ML VIAL	inyectables perfusion		[3901931] UH	EVOLTRA
----------------------------	-----------------------	--	--------------	---------

FLUDARABINA

FLUDARABINA 50MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3901791] UH	FLUDARABINA
-----------------------	-----------------------	-----	--------------	-------------

MERCAPTOPURINA

MERCAPTOPURINA 50MG COMP	comprimidos		[3902806]	MERCAPTOPURINA
--------------------------	-------------	--	-----------	----------------

MERCAPTOPURINA 20 MG/ML SUSPENSION	solucion/suspension oral		[3904277] SitEsp	XALUPRINE
------------------------------------	--------------------------	--	------------------	-----------

TIOGUANINA

TIOGUANINA 40MG COMP	comprimidos		[3902653]	TIOGUANINA
----------------------	-------------	--	-----------	------------

FM TIOGUANINA 20MG/ML 30ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral		[4006204]	FM TIOGUANINA
--------------------------------------	--------------------------	--	-----------	---------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01BC ANALOGOS DE PIRIMIDINAS (ANTINEOPLASICOS)

AZACITIDINA

AZACITIDINA 100MG VIAL	inyectables	[3901900] UH	VIDAZA
------------------------	-------------	--------------	--------

CAPECITABINA

CAPECITABINA 150MG COMP	comprimidos	[3902290] DH	CAPECITABINA
CAPECITABINA 300MG COMP	comprimidos	[3902291] DH	CAPECITABINA
CAPECITABINA 500MG COMP	comprimidos	[3902292] DH	CAPECITABINA

CITARABINA

CITARABINA 100MG VIAL IV	inyectables	[3908228]	CITARABINA
CITARABINA 100MG VIAL	inyectables	[3901248] DH	CITARABINA
CITARABINA 2000 MG INYECTABLE 20ML	inyectables	[3903370]	CITARABINA

DECITABINA

DECITABINA 50 MG VIAL	inyectables perfusion	[3903676]	DACOGEN
-----------------------	-----------------------	-----------	---------

DICTAMEN 03/2015
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1. Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT con las siguientes recomendaciones específicas:

- Como tratamiento de primera de línea en pacientes adultos de 65 o más años de edad con leucemia mieloide aguda, de novo o secundaria según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no son candidatos a quimioterapia de inducción estándar (antraciclinas 3 días-citarabina 7 días) por ECOG ≥ 2, o por comorbilidades significativas o por edad muy elevada y que cumplan los siguientes criterios: % blastos > 30% ó entre 20-30% si leucocitos>13.000/mm3 y: o Citogenética adversa según clasificación MRC o o Mayor de 75 años. No utilizar decitabina en pacientes que hayan fracasado a otro fármaco hipometilante previamente (para leucemia mieloide aguda o síndrome mielodisplásico).

FLUOROURACILO

FLUOROURACILO 5G 100ML SOL IV	inyectables	[3901192] DH	FLUOROURACILO
-------------------------------	-------------	--------------	---------------

GEMCITABINA

GEMCITABINA 2G VIAL	inyectables perfusion	[3902257] UH	GEMCITABINA
---------------------	-----------------------	--------------	-------------

TRIFLURIDINA+TIPIRACILO

TRIFLURIDINA/TIPIRACILO 15/6 14 MG COMP	comprimidos	[3904418]	LONSURF
TRIFLURIDINA/TIPIRACILO 20/8 19 MG COMP	comprimidos	[3904419]	LONSURF

DICTAMEN CURMP 8/2024.TRIFLURIDINA/TIPIRACILO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO
INDICACIONES:

- Como monoterapia en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) que hayan sido previamente tratados o no se les considere candidatos al tratamiento con terapias disponibles, incluidas quimioterapia basada en fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecán, agentes anti-VEGF y agentes anti-EGFR.
- En combinación con bevacizumab para el tratamiento de pacientes adultos con CCRm que hayan recibido dos regímenes previos de tratamiento anticanceroso incluyendo quimioterapias basadas en fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecán, agentes anti-VEGF y/o agentes anti-EGFR.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas para aquellos pacientes que, además de cumplir con las indicaciones financiadas por el SNS, presenten ECOG 0-1. El presente dictamen sustituye al Dictamen 15/2020 "Trifluridina/tipiracilo en cáncer colorrectal metastásico".

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01CA ALCALOIDE DE LA VINCA Y ANALOGOS (ANTINEOPLASICOS)

VINBLASTINA

VINBLASTINA 10MG VIAL	inyectables	(*) [3901639]	VINBLASTINA
-----------------------	-------------	---------------	-------------

VINCRISTINA

VINCRISTINA 2MG 2ML VIAL	inyectables	(*) [3902362]	VINCRISTINA
--------------------------	-------------	---------------	-------------

VINORELBINA

VINORELBINA 20MG CAPS	capsulas	(*) [3902681] UH	NAVELBINE
VINORELBINA 30MG CAPS	capsulas	(*) [3902682] UH	NAVELBINE
VINORELBINA 50MG 5ML VIAL	inyectables	(*) [3902030] UH	VINORELBINA

L01CB DERIVADOS DE PODOFILOTOXINA (ANTINEOPLASICOS)

ETOPOSIDO

ETOPOSIDO 200MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	[3901577] DH	ETOPOSIDO
---------------------------	-----------------------	--------------	-----------

L01CD TAXANOS (ANTINEOPLASICOS)

CABAZITAXEL

CABAZITAXEL 60MG 1,5ML VIAL	inyectables	[3902139] UH	JEVTANA
-----------------------------	-------------	--------------	---------

DICTAMEN CURMP 15/2024. TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO
Consultar en :
https://www.astursalud.es/documents/35439/1210999/TRATAMIENTO_CANCER_PROSTATA_AVANZADO_DICTAMEN_15_2024.pdf/75a1ab5f-c51e-35e4-0691-e4be80758a27?t=1718178981993

DOCETAXEL

DOCETAXEL 160MG 8ML VIAL	inyectables perfusion	[3903374]	DOCETAXEL
--------------------------	-----------------------	-----------	-----------

PACLITAXEL

PACLITAXEL 300MG 50ML VIAL	inyectables perfusion	[3902126] UH	PACLITAXEL
NABPACLITAXEL 100MG VIAL	inyectables perfusion	[3901831] UH	ABRAXANE

L01CE INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I

IRINOTECAN

IRINOTECAN 500MG 25ML VIAL	inyectables perfusion	[3902219] UH	IRINOTECÁN
----------------------------	-----------------------	--------------	------------

TOPOTECAN

TOPOTECAN 1MG CAPS	capsulas	(*) [3901841] UH	HYCANTIN
--------------------	----------	------------------	----------

L01CX OTROS ALCALOIDES DE PLANTAS Y PRODUCTOS NATURALES

TRABECTEDINA

TRABECTEDINA 0,25MG VIAL	inyectables perfusion	[3901808] UH	YONDELIS
TRABECTEDINA 1MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901809] UH	YONDELIS

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01DA ACTINOMICINAS (ANTINEOPLASICOS)

DACTINOMICINA

ACTINOMICINA D 0,5MG VIAL	inyectables	[3903024] SitEspInf	COSMEGÉN
---------------------------	-------------	---------------------	----------

L01DB ANTRACICLINAS Y SUSTANCIAS RELACIONADAS(ANTINEOPLASICOS)

DAUNORUBICINA

DAUNORUBICINA 20MG VIAL	inyectables	[3902382] DH	DAUNOBLASTINA
-------------------------	-------------	--------------	---------------

DOXORUBICINA

DOXORUBICINA 200MG/100ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902131] DH	DOXORUBICINA
DOXORUBICINA LIPOS PEGIL 20MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902111] UH	CAELYX
DOXORUBICINA LIPOSOMAL 50MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902810] UH	MYOCET

EPIRUBICINA

EPIRUBICINA 50MG 25ML VIAL	inyectables	(*) [3902025] DH	EPIRUBICINA
----------------------------	-------------	------------------	-------------

IDARUBICINA

IDARUBICINA 10MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904066]	IDARUBICINA
----------------------------	-----------------------	---------------	-------------

MITOXANTRONA

MITOXANTRONE 20MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	[3902911] DH	NOVANTRONE
-----------------------------	-----------------------	--------------	------------

L01DC OTROS ANTIBIOTICOS CITOTOXICOS (ANTINEOPLASICOS)

BLEOMICINA

BLEOMICINA 15UI VIAL	inyectables	(*) [3901150] UH	BLEOMICINA
----------------------	-------------	------------------	------------

MITOMICINA

MITOMICINA 40MG VIAL	inyectables	[3901779] DH	MITOMYCIN-C
----------------------	-------------	--------------	-------------

L01EA INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA BCR-ABL

DASATINIB

DASATINIB 20MG COMP	comprimidos	[3901737] DH	SPRYCEL
DASATINIB 50MG COMP	comprimidos	[3901592] DH	SPRYCEL
DASATINIB 70MG COMP	comprimidos	[3901591] DH	SPRYCEL

IMATINIB

IMATINIB 100MG COMP (EFG)	comprimidos	[3904976]	IMATINIB
IMATINIB 400MG COMP (EFG)	comprimidos	[3904977]	IMATINIB
IMATINIB 100MG COMP (GIST)	comprimidos	[3902501] DH	GLIVEC

NILOTINIB

NILOTINIB 150MG CAPS	capsulas	[3902017] DH	TASIGNA
NILOTINIB 200MG CAPS	capsulas	[3901824] DH	TASIGNA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EB INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA DEL RECEPTOR DE EGFR

ERLOTINIB

ERLOTINIB 100MG COMP	comprimidos	[3901574] DH	TARCEVA
----------------------	-------------	--------------	---------

GEFITINIB

GEFITINIB 250MG COMP RECUB	comprimidos	[3901924] DH	IRESSA
----------------------------	-------------	--------------	--------

OSIMERTINIB

OSIMERTINIB MESILATO 40MG COMP REC	comprimidos	[3905626]	TARGRISO
OSIMERTINIB MESILATO 80MG COMP REC	comprimidos	[3904886]	TAGRISSO

DICTAMEN 13/2019

INDICACIÓN PARA LA QUE SE HACE LA SOLICITUD:

- Tratamiento de pacientes adultos con CPNM localmente avanzado o metastásico con mutación positiva del EGFR T790M.
- Tratamiento de primera línea de pacientes adultos con CPNM localmente avanzado o metastásico con mutaciones activadoras del (EGFR).

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas, y con el compromiso de revisión cuando existan nuevos datos (D-2):

- Como tratamiento preferente en pacientes con CPNM localmente avanzado o metastásico con confirmación de mutaciones activadoras del EGFR en ADN tumoral (deleción del exón 19 o mutación del exón 21) que no han recibido tratamiento previo, con buen estado funcional y con una expectativa de supervivencia de al menos 3 meses.
- Como tratamiento de los pacientes con CPNM avanzado o metastático EGFR positivo que han progresado al tratamiento con Inhibidores de la Tirosina Quinasa (ITK) de primera o segunda generación y con confirmación de la mutación de resistencia T790M positiva en ADN tumoral.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EC INHIBIDORES DE LA SERINA-TREONINA QUINASA B-RAF

DABRAFENIB

DABRAFENIB 50MG CAPS	capsulas	[3903067]	TAFINLAR
DABRAFENIB 75 MG CAP C/28	capsulas	[3903065]	TAFINLAR
DABRAFENIB 10MG COMP DISP	comprimidos	[3908794] SitEspInf	FINLEE

DICTAMEN 09/2021. TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

- 1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).
- 2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).
- 3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

- 1ª Línea: inmunoterapia**.
- 2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones iBRAF + iMEK se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

VEMURAFENIB

VEMURAFENIB 240MG COMP	comprimidos	[3904766]	ZELBORAF
------------------------	-------------	-----------	----------

DICTAMEN 09/2021. TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg).

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

- 1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).
- 2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).
- 3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

- 1ª Línea: inmunoterapia**.
- 2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones iBRAF + iMEK se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01ED INHIBIDORES DE LA QUINASA DE LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)

ALECTINIB

ALECTINIB 150 MG CAP	capsulas	[3905379]	ALECENSA
----------------------	----------	-----------	----------

DICTAMEN 11/2019

DECISIÓN ADOPTADA: D1- SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas, y con el compromiso de revisión cuando existan nuevos datos (D-2):

- Como tratamiento de elección en monoterapia para los pacientes con CPNM avanzado, ALK+, en presencia de metástasis cerebrales.
 - Como tratamiento preferente en monoterapia para el resto de pacientes con CPNM avanzado, ALK+ que no hayan recibido tratamiento previo.
 - Como tratamiento de segunda línea para los pacientes con CPNM avanzado, ALK+ que hayan progresado al tratamiento previo con crizotinib, o bien, cuando crizotinib se tuvo que suspender por cualquier otro motivo.
- En todos los casos el tratamiento se administrará hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Como recomendaciones especiales el paciente deberá tener un ECOG 0-2 y una expectativa de supervivencia estimada de al menos 3 meses.

CRIZOTINIB

CRIZOTINIB 250 MG CAP	capsulas	[3903157] Restr	XALKORI
-----------------------	----------	-----------------	---------

DICTAMEN CURMP 20/2014.

CRIZOTINIB (XALKORI®) EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO ALK-POSITIVO PREVIAMENTE TRATADO.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2. SE INCLUYE en la GFT CON RECOMENDACIONES ESPECIFICAS y con el compromiso de revisión cuando existan nuevos datos.

Exclusivamente para:

- tratamiento de segunda línea de CPNM avanzado ALK positivo, y
- en pacientes con ECOG 0 - 2.

NO se considera un tratamiento apropiado en pacientes con insuficiencia hepática.

Se recomienda un seguimiento estrecho (antes de cada ciclo):

- ECOG
- registro de efectos adversos
- analítica (ionograma, pruebas de función hepática y renal, hemograma)
- evaluación radiológica de la respuesta cada 6-8 semanas
- vigilancia estrecha de la función hepática, especialmente en las primeras semanas de tratamiento.

Se recomienda suspender el tratamiento en caso de:

- toxicidad inaceptable
- empeoramiento de ECOG
- según criterios RECIST y tratamiento progresión-pérdida de beneficios clínicos del tratamiento (aparición de una nueva lesión o aumento del volumen de las ya existentes en $\geq 30\%$)
- pérdida del beneficio clínico del tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EE INHIBIDORES DE LA QUINASA MITOGENO-ACTIVADA (MEK)

COBIMETINIB

COBIMETINIB 20 MG COMP	comprimidos	[3904769]	COTELLIC
------------------------	-------------	-----------	----------

DICTAMEN 09/2021. TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

- 1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).
- 2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).
- 3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

- 1ª Línea: inmunoterapia**.
- 2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones iBRAF + iMEK se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRAMETINIB				
TRAMETINIB 0,5MG COMP	comprimidos		[3904306] UH	MEKINIST
TRAMETINIB 2MG COMP	comprimidos		[3903066]	MEKINIST

DICTAMEN 09/2021. TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

- 1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).
- 2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).
- 3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

- 1ª Línea: inmunoterapia**.
- 2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones iBRAF + iMEK se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EF INHIBIDORES DE LA QUINASA CICLINA-DEPENDIENTE (CDK)

ABEMACICLIB

ABEMACICLIB 100MG COMP	comprimidos	[3908759]	VERZENIOS
ABEMACICLIB 150MG COMP	comprimidos	[3908760]	VERZENIOS
ABEMACICLIB 50MG COMP	comprimidos	[3908758]	VERZENIOS

DICTAMEN CURMP 9/2024. ABEMACICLIB EN ADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS INICIALES
INDICACIONES:

En combinación con hormonoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con cáncer de mama en estadios iniciales, positivo para el receptor hormonal (HR) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), con afectación ganglionar o elevado riesgo de recidiva. En mujeres pre o perimenopáusicas, la hormonoterapia con inhibidores de la aromatasa se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Pacientes con >= 4 ganglios linfáticos axilares positivos o 1-3 ganglios linfáticos axilares positivos (o citología positiva en pacientes tratados con quimioterapia neoadyuvante) y tamaño tumoral >= 5 cm o grado histológico 3. Independientemente del valor de Ki-67.

DICTAMEN CURMP 12/2024. ABEMACICLIB/PALBOCICLIB/RIBOCICLIB PARA CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO
INDICACIÓN PARA LA QUE SE HACE LA SOLICITUD:

- Para el tratamiento de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, positivo para el receptor hormonal (RH) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant como hormonoterapia inicial o en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa.
- En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT por criterios de eficiencia RIBOCICLIB con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación, para:

El tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, RH+/HER2-:

- En combinación con un inhibidor de la aromatasa.
- En combinación con fulvestrant como tratamiento hormonal inicial, o en mujeres que han recibido tratamiento hormonal previo.

En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante.

Quedan EXCLUIDAS las pacientes con:

- ECOG 3.
- Metástasis cerebrales no controladas.
- Diseminación visceral sintomática con complicaciones que sean una amenaza para la vida.
- Enfermedad cardíaca significativa o no controlada, incluyendo infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, angina inestable y bradiarritmias.
- Linfangitis pulmonar y
- Enfermedad hepática >50%.

Para aquellas pacientes en las que ribociclib esté contraindicado se podrá pautar otro inhibidor de la ciclina previa justificación clínica documentada en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 07/2021 “Abemaciclib/palbociclib/ribociclib para cáncer de mama metastásico”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
PALBOCICLIB				
PALBOCICLIB 75 MG CAPS	capsulas		[3904446]	IBRANCE
PALBOCICLIB 100 MG CAPS	capsulas		[3904447]	IBRANCE
PALBOCICLIB 125 MG CAPS	capsulas		[3904386]	IBRANCE

DICTAMEN CURMP 12/2024. ABEMACICLIB/PALBOCICLIB/RIBOCICLIB PARA CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO
INDICACIÓN PARA LA QUE SE HACE LA SOLICITUD:

- Para el tratamiento de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, positivo para el receptor hormonal (RH) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant como hormonoterapia inicial o en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa.
- En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT por criterios de eficiencia RIBOCICLIB con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación, para:

El tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, RH+/HER2-:

- En combinación con un inhibidor de la aromatasa.
- En combinación con fulvestrant como tratamiento hormonal inicial, o en mujeres que han recibido tratamiento hormonal previo.

En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante.

Quedan EXCLUIDAS las pacientes con:

- ECOG 3.
- Metástasis cerebrales no controladas.
- Diseminación visceral sintomática con complicaciones que sean una amenaza para la vida.
- Enfermedad cardíaca significativa o no controlada, incluyendo infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, angina inestable y bradiarritmias.
- Linfangitis pulmonar y
- Enfermedad hepática >50%.

Para aquellas pacientes en las que ribociclib esté contraindicado se podrá pautar otro inhibidor de la ciclina previa justificación clínica documentada en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 07/2021 “Abemaciclib/palbociclib/ribociclib para cáncer de mama metastásico”.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

RIBOCICLIB

RIBOCICLIB 200 MG COMP	comprimidos	(*) [3907797]	KISQALI
------------------------	-------------	---------------	---------

DICTAMEN CURMP 12/2024. ABEMACICLIB/PALBOCICLIB/RIBOCICLIB PARA CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO
INDICACIÓN PARA LA QUE SE HACE LA SOLICITUD:

- Para el tratamiento de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, positivo para el receptor hormonal (RH) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant como hormonoterapia inicial o en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa.
- En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT por criterios de eficiencia RIBOCICLIB con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación, para:

El tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, RH+/HER2-:

- En combinación con un inhibidor de la aromatasa.
- En combinación con fulvestrant como tratamiento hormonal inicial, o en mujeres que han recibido tratamiento hormonal previo.

En mujeres pre o perimenopáusicas la hormonoterapia se debe combinar con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante.

Quedan EXCLUIDAS las pacientes con:

- ECOG 3.
- Metástasis cerebrales no controladas.
- Diseminación visceral sintomática con complicaciones que sean una amenaza para la vida.
- Enfermedad cardíaca significativa o no controlada, incluyendo infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, angina inestable y bradiarritmias.
- Linfangitis pulmonar y
- Enfermedad hepática >50%.

Para aquellas pacientes en las que ribociclib esté contraindicado se podrá pautar otro inhibidor de la ciclina previa justificación clínica documentada en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 07/2021 “Abemaciclib/palbociclib/ribociclib para cáncer de mama metastásico”.

L01EH INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA DEL HER2

LAPATINIB

LAPATINIB 250MG COMP	comprimidos	[3902020] DH	TYVERB
----------------------	-------------	--------------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EJ INHIBIDORES DE LA QUINASA JANUS-ASOCIADA (JAK)

RUXOLITINIB

RUXOLITINIB 5 MG COMP	comprimidos	[3903536] Restr	JAKAVI
RUXOLITINIB 10 MG COMP	comprimidos	[3905527]	JAKABI
RUXOLITINIB 15 MG COMP	comprimidos	[3903667]	JAKAVI
RUXOLITINIB 20 MG COMP	comprimidos	[3903668] Restr	JAKAVI

DICTAMEN 01/2017

RUXOLITINIB EN MIELOFIBROSIS CON ESPLENOMEGALIA/OTROS SÍNTOMAS

Categoría D-1. SE INCLUYE EN LA GFT CON RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

- Para el tratamiento de mielofibrosis primaria y mielofibrosis secundaria a policitemia vera o trombocitemia esencial, en pacientes de riesgo intermedio-2 o alto riesgo con síntomas constitucionales y/o esplenomegalia sintomática. En ausencia de estas indicaciones, durante la fase de manifestaciones hiperproliferativas de la enfermedad, el tratamiento con hidroxiurea continúa constituyendo la primera alternativa.
- El tratamiento debe interrumpirse de forma gradual a partir de los seis meses si no se ha observado una mejoría de los síntomas o una reducción del tamaño del bazo respecto al inicio de tratamiento.
- En policitemia vera se empleará en pacientes adultos que tengan criterios de citorreducción y sean resistentes o intolerantes a hidroxiurea.

L01EK INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL RECEPTOR VEGFR

AXITINIB

AXITINIB 5MG COMP	comprimidos	[3903058] Restr	INLYTA
-------------------	-------------	-----------------	--------

DICTAMEN CURMP 15/2014. EVEROLIMUS Y AXITINIB EN CARCINOMA AVANZADO DE CÉLULAS RENALES TRAS FRACASO AL TRATAMIENTO PREVIO

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: SE INCLUYEN en la GFT CON RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS.

Exclusivamente para tratamiento de segunda línea del carcinoma de células renales metastásico (CCRm) con histología de células claras.

Se proponen las características de los pacientes candidatos a tratamiento:

- con evidencia de enfermedad medible según criterios RECIST,
- con ECOG 0-1; si deterioro del estado general (ECOG ≥ 2), considerar EC o tratamiento de soporte,
- con esperanza de vida > 12 semanas,
- sin metástasis cerebrales,
- sin infarto de miocardio, angina no controlada o insuficiencia cardiaca congestiva (últimos 12 meses),
- sin diabetes, en caso de everolimus,
- sin hipertensión no controlada o accidente cerebrovascular (últimos 12 meses), y sin TVP o embolia pulmonar (últimos 6 meses), en caso de axitinib.

Mientras no exista evidencia comparativa de las distintas vías disponibles en segunda línea de tratamiento de CCRm o predictores de respuesta (clínicos, radiológicos o biomarcadores), la elección se basará en comorbilidades y perfil de toxicidad, además del coste económico. Se sugieren algunas pautas:

Será de elección el tratamiento con everolimus en pacientes:

- Pretratados con pazopanib, ya que axitinib no tiene indicación.
- Que han experimentado toxicidad grave con un inhibidor del VEGF en primera línea.
- Con hipertensión refractaria o morbilidad cardiovascular grave, por el riesgo de hipertensión y eventos cardiovasculares asociados a inhibidores del VEGF.

Será de elección el tratamiento con axitinib en pacientes:

- Pretratados con citoquinas, ya que everolimus no tiene indicación.
- Con enfermedad pulmonar significativa, por el riesgo de neumonitis asociado a inhibidores mTOR.
- Con diabetes mal controlada, por el riesgo de hiperglucemia asociado a inhibidores mTOR.

Esta decisión de inclusión implica la exclusión de la GFT de sorafenib para segunda línea de tratamiento de CCR.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EL INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA DE BRUTON (BTK)

IBRUTINIB

IBRUTINIB 140MG COM RECUB	comprimidos	[3908799]	IMBRUVICA
IBRUTINIB 420MG COMP RECUB	comprimidos	[3908800]	IMBRUVICA

ZANUBRUTINIB

ZANUBRUTINIB 80MG CAP	capsulas	[3908855]	BRUKINSA
-----------------------	----------	-----------	----------

DICTAMEN CURMP 17/2024.

ZANUBRUTINIB PARA EL LINFOMA DE LA ZONA MARGINAL

INDICACIÓN: En monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de la zona marginal (LZM) que han recibido al menos una terapia previa con anticuerpos anti-CD20.

En la terapia de los linfomas de la zona marginal (LZM) se consideran candidatos a recibir tratamiento en monoterapia con zanubrutinib:

- Pacientes adultos con diagnóstico de LZM confirmado por histología, incluidos los subtipos esplénico, nodal y MALT.
- Pacientes con necesidad de terapia sistémica de acuerdo a alguno de los siguientes criterios (al menos uno):
 - Síntomas locales para los que no se considera adecuado el abordaje con radioterapia.
 - Compromiso de la función orgánica por enfermedad avanzada o masa voluminosa.
 - Síndrome constitucional y/o síntomas B.
 - Citopenias relacionadas con la infiltración de la médula ósea o el hiperesplenismo.
- Pacientes en recaída/refractarios (es decir, a partir de la segunda línea) que hayan recibido, al menos, un régimen de tratamiento previo con anticuerpos anti-CD20 (como monoterapia o como inmunoquimioterapia).
- ECOG 0-2.

NOTA: Otras opciones terapéuticas deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

DICTAMEN CURMP 18/2024.

POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA DE LA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

En la terapia de la macroglobulinemia de Waldenström (MW) se consideran candidatos a recibir tratamiento en monoterapia con un inhibidor de BTK (iBTK):

- Pacientes adultos con diagnóstico documentado de MW.
- Pacientes que cumplan al menos un criterio para el tratamiento de acuerdo con los criterios de consenso del Grupo de Trabajo Internacional sobre Macroglobulinemia de Waldenström (IWWM):
 - Linfadenopatía sintomática o voluminosa (≥5 cm).
 - Síntomas de hiperviscosidad.
 - Síndrome constitucional y/o síntomas B.
 - Citopenias: Hb ≥10 g/dL, recuento de plaquetas <100x10⁹/L.
- Pacientes en recaída/refractarios (es decir, a partir de la segunda línea).
- ECOG 0-2.

Se utilizará preferentemente ZANUBRUTINIB al considerarse la opción más eficiente.

NOTA: Otras opciones terapéuticas deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia. Asimismo, deberán ser valoradas de forma individualizada las solicitudes para pacientes no candidatos a inmunoquimioterapia que no hayan recibido tratamiento previo. El presente dictamen modifica/sustituye al Dictamen 12/2016 "Ibrutinib en leucemia linfocítica crónica, linfoma de células del manto y macroglobulinemia de Waldenström".

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01EX OTROS INHIBIDORES DE PROTEINA QUINASA

CABOZANTINIB

CABOZANTINIB 20MG COMP	comprimidos	[3905218]	CABOZANTINIB
CABOZANTINIB 40MG COMP	comprimidos	[3905217]	CABOZANTINIB
CABOZANTINIB 60MG COMP	comprimidos	[3905216]	CABOMETYX

DICTAMEN CURMP 19/2024.
POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO
PRIMERA LÍNEA:
· Buen pronóstico (criterios IMDC*): SUNITINIB (alternativa PAZOPANIB)
· Intermedio/Mal pronóstico (criterios IMDC*): NIVOLUMAB-IPILIMUMAB
SEGUNDA LÍNEA:
· CABOZANTINIB (tras SUNITINIB o INMUNOTERAPIA)
· NIVOLUMAB (si el paciente no ha recibido inmunoterapia en primera línea)
· AXITINIB (tras SUNITINIB)
TERCERA LÍNEA:
· CABOZANTINIB (en pacientes que no lo han recibido en segunda línea)
· NIVOLUMAB (si el paciente no lo ha recibido previamente)
*International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).

La elección entre ellos deberá tener en cuenta sus distintos perfiles de seguridad y la estrategia global del tratamiento en caso de recidiva. En los pacientes adultos con carcinoma de células renales con riesgo intermedio/alto y alto tras nefrectomía y en los pacientes M1 NED*, tras la nefrectomía y la resección de metástasis, PEMBROLIZUMAB constituye una opción adecuada de tratamiento.

*Se consideran pacientes M1 NED aquellos con metástasis con resección R0 dentro del primer año tras nefrectomía. Quedan excluidos los pacientes con resección de metástasis óseas y SNC.
El uso de PEMBROLIZUMAB se limitará a:
· Carcinoma de células renales avanzado con histología de células claras.
· Se excluyen los pacientes con histología únicamente de células no claras.
· ECOG 0-1.
· Pacientes sin diagnóstico previo de inmunodeficiencia, enfermedad inmunológica activa, historial previo o actual de neumonitis, infección activa que requiera terapia sistémica y/o diagnóstico de otro proceso tumoral en los 3 años previos.

NOTA: Otras opciones terapéuticas deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.
La justificación de la elección de un tratamiento u otro debe documentarse en la Historia Clínica del paciente.
El presente dictamen sustituye a los Dictámenes 14/2018 "Cabozantinib para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento con una terapia dirigida al factor del crecimiento del endotelio vascular" y 15/2018 "Nivolumab para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento previo".

LENVATINIB

LENVATINIB 10MG CAPS	capsulas	[3905468]	LENVIMA
LENVATINIB 4MG CAPS	capsulas	[3905469]	LENVIMA

DICTAMEN 05/2021
LENVATINIB EN PRIMERA LINEA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO O IRRESECCABLE

INDICACIÓN FORMALMENTE APROBADA: En monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma hepatocelular avanzado o irresecable que no han recibido tratamiento sistémico previo.

Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas: Para el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con carcinoma hepatocelular avanzado o irresecable con insuficiencia hepática de Child-Pugh grado A y un ECOG estado de rendimiento de 0 a 1.

Este dictamen será revisado en el momento de la comercialización efectiva de sorafenib genérico.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

MIDOSTAURINA

MIDOSTAURINA 25MG CAPS	capsulas	[3906306]	RYDAPT
------------------------	----------	-----------	--------

DICTAMEN 04/2020

INDICACIÓN: Tratamiento de pacientes adultos con LMA de nuevo diagnóstico con mutación FLT3, en combinación con la Quimioterapia (QT) estándar de inducción (daunorubicina y citarabina) y de consolidación (altas dosis de citarabina).

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT como D-2: con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación del mismo tras el periodo que la CURMP estime oportuno, para:

- El tratamiento en combinación con la terapia estándar de inducción (3+7) y altas dosis de citarabina en la terapia de consolidación en pacientes adultos recientemente diagnosticados de LMA FLT3 positiva candidatos a trasplante, que cumplan las siguientes características:

- No haber recibido otros tratamientos en una línea previa, excepto tratamientos de urgencia [criterio de inclusión del ensayo pivotal].
- Sin comorbilidades significativas que les impidan someterse a un tratamiento intensivo de inducción con QT.
- Pacientes con edad menor o igual a 70 años. En pacientes con 60-70 años se valorará cuidadosamente la relación beneficio/riesgo.

- No serán candidatos a tratamiento los pacientes con LMA promielocítica o con LMA relacionada con tratamientos previos [criterio de exclusión del ensayo pivotal].

- Para la indicación de mastocitosis sistémica agresiva, mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada, o leucemia de mastocitos, se realizarán solicitudes individualizadas.

NINTEDANIB

NINTEDANIB 100MG CAP FPI	capsulas	[3904278] UH,Restr	OFEV
--------------------------	----------	--------------------	------

NINTEDANIB 150MG CAP FPI	capsulas	[3904279] UH,Restr	OFEV
--------------------------	----------	--------------------	------

DICTAMEN 4/2023. NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES FIBROSANTES CRÓNICAS CON UN FENOTIPO PROGRESIVO

DECISIÓN ADOPTADA:

D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) fibrosantes crónicas con un fenotipo progresivo, independientemente de la EPI subyacente, que han progresado a pesar del tratamiento habitual.

Los pacientes deben presentar al menos dos de los criterios siguientes para el inicio de tratamiento con nintedanib:

- Empeoramiento de los síntomas respiratorios.
- Descenso absoluto de la capacidad vital forzada (CVF) $\geq 5\%$ y/o descenso absoluto de la prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO) $\geq 10\%$.
- Evidencia radiológica de progresión de la enfermedad.

NINTEDANIB 100MG CAP	capsulas	[3903846]	VARGATEF
----------------------	----------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

PAZOPANIB

PAZOPANIB 200MG COMP	comprimidos	[3902003] DH	VOTRIENT
PAZOPANIB 400MG COMP	comprimidos	[3902004] DH	VOTRIENT

DICTAMEN CURMP 21/2023. PAZOPANIB EN EL TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO
INDICACIÓN: Tratamiento de pacientes adultos con determinados subtipos de sarcoma de tejidos blandos (STB) avanzado que hayan recibido previamente tratamiento con quimioterapia para tratar su enfermedad metastásica o en aquellos pacientes adultos cuya enfermedad ha progresado en los 12 meses siguientes tras recibir tratamiento neoadyuvante y/o adyuvante.

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:
Tratamiento de pacientes adultos con determinados subtipos de sarcoma de tejidos blandos (STB) avanzado que hayan recibido previamente tratamiento con quimioterapia para tratar su enfermedad metastásica o en aquellos pacientes adultos cuya enfermedad ha progresado en los 12 meses siguientes tras recibir tratamiento neoadyuvante y/o adyuvante.

- Se excluyen los siguientes subtipos de tumores:
- Sarcoma adipocítico (todos los subtipos).
 - Rabdomiosarcomas no alveolares o no pleomórficos.
 - Condrosarcoma.
 - Osteosarcoma.
 - Sarcomas de Ewing/tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET).
 - Tumores del estroma gastrointestinal (GIST).
 - Sarcoma dermatofibromatosis protuberans.
 - Sarcoma miofibroblástico inflamatorio.
 - Mesotelioma maligno.
 - Tumores mixtos del mesodermo del útero.

SORAFENIB

SORAFENIB 200MG COMP	comprimidos	[3901736] DH	NEXAVAR
----------------------	-------------	--------------	---------

SUNITINIB

SUNITINIB 12,5MG CAPS	capsulas	[3901732] DH	SUTENT
SUNITINIB 50MG CAPS	capsulas	[3901733] DH	SUTENT

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01FA INHIBIDORES DE CD20

OBINUTUZUMAB

OBINUTUZUMAB 1000MG 40ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904318]	GAZYVARO
-------------------------------	-----------------------	---------------	----------

DICTAMEN CURMP 16/2024. TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

En el tratamiento de primera línea de la leucemia linfocítica crónica (LLC) en pacientes adultos:

- Se utilizarán preferentemente en pacientes sin del(17p)/TP53 no mutado las combinaciones finitas de venetoclax con obinutuzumab (VEN+OBI) o ibrutinib con venetoclax (IBR+VEN) al considerarse las opciones más eficientes. La decisión entre una combinación u otra se basará en las características biológicas de la enfermedad, la edad y las comorbilidades del paciente.
- Si existiese una contraindicación formal para el uso de ibrutinib (por ejemplo, anticoagulación con antagonistas de la vitamina K) o un perfil clínico de riesgo para el desarrollo de toxicidad en el ámbito cardiovascular (edad avanzada, eventos cardiovasculares previos), se considerará como opción más eficiente la combinación VEN+OBI.
- Debe evitarse el uso de venetoclax en pacientes con alto riesgo de síndrome de lisis tumoral, insuficiencia renal crónica instaurada con un aclaramiento de creatinina < 30 mL/min y en pacientes monorrenos.

- Si se considera que el uso de las combinaciones está contraindicado o que pueden no ser la opción más efectiva en el grupo de pacientes con biología desfavorable(1), estará indicado el uso indefinido en monoterapia de un inhibidor de BTK (iBTK): zanubrutinib o acalabrutinib, según criterios de eficiencia.

- La combinación de obinutuzumab con clorambucilo (OBI+CLB), también de duración finita, se mantiene para casos particulares, por ejemplo, pacientes de edad muy avanzada con comorbilidades.

- La opción de inmunquimioterapia (fludarabina + ciclofosfamida + rituximab (FCR) o bendamustina + rituximab (BR)) se considera superada por las nuevas opciones de tratamiento, salvo en situaciones excepcionales.

(1)Factores biológicos desfavorables:

- IGHV no mutado
- Del(17p)/TP53 mutado

Consideraciones:

- La indicación de tratamiento se restringe a los pacientes con criterios de enfermedad activa o sintomática (IWCLL).
- Las opciones de tratamiento basadas en venetoclax o un inhibidor de BTK son aplicables a pacientes con una expectativa de beneficio clínico (ECOG 0-2). No estarían recomendadas en pacientes con ECOG 3-4, salvo que el deterioro esté relacionado claramente con la enfermedad de base.
- La elección de la primera línea debe basarse en las características biológicas de la enfermedad (presencia del(17p) y/o mutación TP53, presencia de hipermutación somática de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IGHV) y otras anomalías genéticas) y del paciente (edad, comorbilidades, medicación concomitante).
- Las combinaciones finitas (VEN-OBI e IBRU-VEN) son más eficientes que las de duración indefinida. En el momento actual no se dispone de comparaciones directas entre ambas estrategias, y la evidencia actual sugiere que son aplicables a un perfil amplio de población.
- Las comparaciones directas entre las distintas opciones de iBTKs se limitan al ámbito del tratamiento de pacientes adultos con LLC que recibieron al menos un tratamiento previo.
- Las opciones terapéuticas más recientes redujeron significativamente la diferencia entre los grupos de pacientes "fit", "no-fit" y frágiles.

NOTA: Otros esquemas terapéuticos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia. La justificación de la elección de un tratamiento u otro debe documentarse en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen modifica/sustituye a los Dictámenes 12/2016 "Ibrutinib en leucemia linfocítica crónica, linfoma de células del manto y macroglobulinemia de Waldenström", 05/2017 "Obinutuzumab en primera línea de leucemia linfática crónica", 04/2018 "Ibrutinib en leucemia linfocítica crónica en primera línea de tratamiento" y 05/2020 "Algoritmo de tratamiento de la leucemia linfática crónica".

RITUXIMAB

RITUXIMAB 500 MG 50 ML VIAL PERF(BIOSIM)	inyectables perfusion	[3907286]	RIXATHON
--	-----------------------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01FC INHIBIDORES DE CD38 (GRUPOS DE DIFERENCIACIÓN 38)

DARATUMUMAB

DARATUMUMAB 1800MG VIAL	inyectables perfusion	[3908026]	DARZALEX
-------------------------	-----------------------	-----------	----------

DICTAMEN CURMP 19/2018. DARATUMUMAB EN COMBINACIÓN CON LENALIDOMIDA-DEXAMETASONA O BORTEZOMIBDEXAMETASONA EN MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO AL MENOS UN TRATAMIENTO PREVIO

INDICACIÓN: Daratumumab en combinación con lenalidomida-dexametasona o bortezomib-dexametasona en mieloma múltiple en pacientes que han recibido al menos un tratamiento previo.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D1. Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas (D-1) para:

Pacientes mayores de 18 años en segunda línea de tratamiento y con enfermedad en progresión documentada de acuerdo a los criterios del IMWG. Se suponen dos escenarios posibles, dependiendo de si la primera línea se ha realizado con bortezomib o con lenalidomida y de si el paciente ha sido respondedor/no respondedor, o refractario/no refractario, respectivamente.

Escenario 1 : Primera línea basada en bortezomib:

- Pacientes no respondedores o que progresan tras inicio de bortezomib:
 - Daratumumab + Lenalidomida + dexametasona para una segunda recaída ajustándose a las consideraciones del IPT de la AEMPS.

- Pacientes respondedores en recaída:

- Daratumumab + Bortezomib + dexametasona
- Daratumumab + Lenalidomida + dexametasona en segunda recaída ajustándose a las consideraciones del IPT.

Escenario 2: Primera línea basada en lenalidomida:

- Pacientes refractarios:

- o Daratumumab + Bortezomib + dexametasona

- Pacientes no refractarios:

- Daratumumab + Bortezomib + dexametasona
- Daratumumab + Lenalidomida + dexametasona en segunda recaída ajustándose a las consideraciones del IPT.

La solicitud del tratamiento deberá ser consensuada en sesión clínica y con el visto bueno del jefe de servicio.

DICTAMEN CURMP 12/2023. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE PACIENTES ADULTOS CON MIELOMA MÚLTIPLE DE NUEVO DIAGNÓSTICO NO CANDIDATOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TAPH)

DECISIÓN ADOPTADA: Para el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico que no son candidatos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) se recomienda:

- BORTEZOMIB en combinación con LENALIDOMIDA y DEXAMETASONA (VRd).
- VRd-Lite. Eficacia equiparable a VRd pero con mejor tolerancia, incluye mantenimiento con bortezomib en pauta quincenal en todos los casos.
- DARATUMUMAB en combinación con LENALIDOMIDA y DEXAMETASONA (DRd).
- DARATUMUMAB en combinación con BORTEZOMIB, MELFALÁN y PREDNISONA(DVMP).

La elección se debe llevar a cabo teniendo en cuenta las características del paciente (ej. Edad, comorbilidades presentes, esperanza de vida), el perfil de seguridad de los fármacos (toxicidad potencial de los fármacos que componen los esquemas), el plan terapéutico global en caso de progresión o recaída futura(*) y criterios de conveniencia y eficiencia, siendo los esquemas VRd y VRd-Lite los más eficientes en la actualidad.

(*) Un esquema VRd en 1ª línea que realice tratamiento con lenalidomida-dexametasona hasta progresión, será plenamente susceptible de recibir una 2ª línea con isatuximab en combinación con carfilzomib y dexametasona.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01FD INHIBIDORES DE HER2

PERTUZUMAB

PERTUZUMAB 420MG 14ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3903336] UH	PERJETA
----------------------------	-----------------------	------------------	---------

DICTAMEN CURMP 18/2014. PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO METÁSTASICO, LOCALMENTE RECIDIVANTE O IRRESECABLE

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1: SE INCLUYE en la GFT con recomendaciones específicas.

Siempre que exista indicación de tratamiento con quimioterapia:

- En combinación con docetaxel y trastuzumab en pacientes que no hayan recibido tratamiento previo anti HER 2 o quimioterapia para la enfermedad metastásica, con ECOG 0 ò 1 y con una FEVI comprobada > 50%.
- En caso de haber recibido tratamiento previo en adyuvancia o neoadyuvancia siempre que la recaída sea a partir de los 12 meses de finalizada la adyuvancia. Se valorará el beneficio del tratamiento con pertuzumab cuando la recaída sea entre el mes 6 y 12.
- En caso de contraindicación para la utilización de docetaxel sería razonable la utilización de pertuzumab con trastuzumab y paclitaxel.

Las pacientes que no sean candidatas a tratamiento con quimioterapia no lo serán tampoco para pertuzumab.

DICTAMEN CURMP 15/2017. PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA HER2+

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación tras el periodo oportuno para:

- Pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo localmente avanzado irresecable o metastásico, que han recibido previamente trastuzumab y un taxano, por separado o en combinación. Los pacientes deben reunir los requisitos siguientes: haber recibido un tratamiento previo para enfermedad localmente avanzada o metastásica, o haber manifestado recurrencia de la enfermedad durante el tratamiento adyuvante o en los seis meses siguientes a su terminación.
- No existen suficientes datos para recomendar trastuzumab emtansina en primera línea de enfermedad avanzada HER2, en pacientes en recaída al tratamiento en adyuvancia en un período superior a los seis meses.
- En la enfermedad refractaria a trastuzumab (tiempo de progresión menor a seis meses), se debe confirmar sobreexpresión HER2 (en la metástasis o en el tumor primario).

TRASTUZUMAB DERUXTECAN

TRASTUZUMAB DERUXTECAN 20MG/ML 100 MG VI	inyectables perfusion	(*) [3908167]	ENHERTU
--	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 04/2024

TRASTUZUMAB DERUXTECAN PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO NO RESECABLE O METASTÁSICO

INDICACIÓN: Trastuzumab deruxtecán en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo no resecable o metastásico que han recibido una o más pautas previas dirigidas a HER2.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Pacientes que hayan recibido uno o más tratamientos previos con un régimen basado en anti-HER2 en el entorno metastásico o,
- Pacientes que hayan desarrollado recurrencia de la enfermedad durante o dentro de los 6 meses posteriores a la finalización de la terapia neoadyuvante o adyuvante.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRASTUZUMAB EMTANSINA				
TRASTUZUMAB EMTANSINA 100 MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3904016]	KADCYLA
TRASTUZUMAB EMTANSINA 160 MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3904017]	KADCYLA

DICTAMEN CURMP 15/2017. TRASTUZUMAB EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO IRRESECABLE O METASTÁSICO

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación tras el periodo oportuno (Categoría D2) para:

- Pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo localmente avanzado irresecable o metastásico, que han recibido previamente trastuzumab y un taxano, por separado o en combinación. Los pacientes deben reunir los siguientes requisitos: haber recibido un tratamiento previo para enfermedad localmente avanzada o metastásica, o haber manifestado recurrencia de la enfermedad durante el tratamiento adyuvante o en los seis meses siguientes a su terminación.
- No existen suficientes datos para recomendar trastuzumab emtansina en primera línea de enfermedad avanzada HER2, en pacientes en recaída al tratamiento en adyuvancia en un período superior a los seis meses.
- En la enfermedad refractaria a trastuzumab (tiempo de progresión menor a seis meses), se debe confirmar sobreexpresión HER2 (en la metástasis o en el tumor primario). N clínica documentada en la Historia Clínica del paciente.

DICTAMEN 03/2024

TRASTUZUMAB EMTANSINA PARA EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ HER2 POSITIVO

INDICACIÓN: Trastuzumab emtansina (T-DM1) en monoterapia está indicado para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con cáncer de mama precoz HER2 positivo que tienen enfermedad residual invasiva, en mama y/o ganglios linfáticos, tras tratamiento neoadyuvante basado en taxano y terapia dirigida a HER2.

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica sin recomendaciones específicas: Categoría E.

TRASTUZUMAB

TRASTUZUMAB BIOSIMILAR 420MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3906970]	HERZUMA
-----------------------------------	-----------------------	-----	-----------	---------

L01FE INHIBIDORES DE EGFR

CETUXIMAB

CETUXIMAB 100MG 20ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3901766] UH	ERBITUX
---------------------------	-----------------------	-----	--------------	---------

PANITUMUMAB

PANITUMUMAB 400MG 20ML VIAL	inyectables	(*)	[3901825] UH	VECTIBIX
-----------------------------	-------------	-----	--------------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01FF INHIBIDORES DE PD-1/PD-L1

ATEZOLIZUMAB

ATEZOLIZUMAB 1200 MG 20 ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3905366]	TECENTRIQ
---------------------------------	-----------------------	---------------	-----------

DICTAMEN CURMP 16/2018.

INDICACIÓN: en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría C2. SE INCLUYE EN LA GFT COMO EQUIVALENTE TERAPÉUTICO a las opciones existentes (nivolumab y pembrolizumab) siendo la opción más coste efectiva, con las siguientes recomendaciones específicas (deberán cumplirse todas) y con el compromiso de reevaluación, para el tratamiento de pacientes con:

- Carcinoma no Microcítico de Pulmón, independientemente de la expresión de PDL1.
- ECOG 0 - 1 (IK ≥80).
- Ausencia de metástasis cerebrales activas o afectación de Sistema Nervioso Central (SNC).
- Solamente para el tratamiento de 2ª línea tras quimioterapia. Se admite haber recibido tratamiento previo con Inhibidores de la Tirosina Kinasa (TKIs) además de la quimioterapia.

Quedan excluidos del tratamiento los pacientes con:

- Antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial o enfermedad autoinmune.
- Enfermedad rápidamente progresiva y aquellos pacientes en los que la mejor respuesta obtenida con la quimioterapia previa haya sido progresión.
- Tratamiento sistémico con corticoides (> 10 mg/día de Prednisona) o inmunosupresores.

DICTAMEN 04/2022. ATEZOLIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CARBOPLATINO Y ETOPÓSIDO EN PRIMERA LINEA DE CPM-EE.

INDICACIÓN: En combinación con carboplatino y etopósido para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extenso.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas:

- CPM-EE confirmado histológica o citológicamente y con enfermedad medible según criterios RECIST v1.1.
- Sin tratamiento previo para el CPM-EE.
- ECOG 0-1
- Adecuada función hematológica y orgánica.

Los pacientes que hayan recibido quimiorradioterapia previa para CPM-EL deben haber sido tratados con intención curativa y con intervalo sin tratamiento de al menos 6 meses desde el último ciclo de quimioterapia, radioterapia o quimiorradioterapia desde el diagnóstico de CPM-EE. Los pacientes con antecedentes de metástasis cerebrales tratados previamente y asintomáticos, deben cumplir con los siguientes criterios: metástasis supratentoriales y cerebelosas, sin requerimientos de corticosteroides y sin evidencia de progresión entre la finalización de la terapia dirigida al SNC y el inicio del tratamiento con atezolizumab.

El médico/a responsable del paciente deberá realizar el registro en VALTERMED de los pacientes tratados y de los datos clínicos necesarios según consta en el protocolo farmacoclínico.

Este dictamen podrá ser revisado en el momento en que existan alternativas de tratamiento disponibles.

DICTAMEN 8/2023.ATEZOLIZUMAB Y BEVACIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO O IRRESECCABLE QUE NO HA RECIBIDO TERAPIA SISTÉMICA PREVIA

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Función hepática Child-Pugh estadio A.
- ECOG 0 o 1.
- Ausencia de varices esofagogástricas no tratadas o infratratadas.
- Ausencia de enfermedades autoinmunes que afecten al sistema nervioso central, al corazón o aquellas multisistémicas que precisen una dosis superior a 20 mg de prednisona diaria para permitir su control.
- Ausencia de trasplante hepático o cardíaco.

DICTAMEN CURMP 13/2024. ATEZOLIZUMAB EN MONOTERAPIA PARA EL CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO DESPUÉS DE QUIMIOTERAPIA PREVIA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

AVELUMAB

AVELUMAB 200MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3906968]	BAVENCIO
---------------------	-----------------------	---------------	----------

DICTAMEN 06/2025

AVELUMAB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN MONOTERAPIA PARA EL CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

INDICACIÓN: En monoterapia para el tratamiento de mantenimiento de primera línea de los pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico libres de progresión después de recibir quimioterapia basada en platino.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- ECOG 0-1.
- No progresión del tumor (respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP) o enfermedad estable) después de 4-6 ciclos de quimioterapia basada en platino.
- Administración de avelumab dentro de las 4 a 10 semanas después de la última dosis de quimioterapia.
- Adecuada función hepática, renal y hematológica.

DURVALUMAB

DURVALUMAB 500MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3905686]	IMFINZI
-----------------------	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 05/2022.

DURVALUMAB EN CPNM LOCALMENTE AVANZADO, NO RESECABLE, TRAS QUIMIOTERAPIA BASADA EN PLATINO

INDICACIÓN: En monoterapia en adultos para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado, no resecable, cuyos tumores expresan PD-L1 ≥ 1% en las células tumorales y cuya enfermedad no haya presentado progresión después de quimiorradioterapia basada en platino.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas:

Se restringe su utilización, durante 12 meses o hasta progresión o toxicidad inaceptable, a pacientes que cumplan todos los siguientes criterios:

- Haber recibido al menos 2 ciclos de quimioterapia basada en platino.
- No ser aptos para cirugía.
- Sin progresión tras tratamiento radical con quimiorradioterapia concomitante*.
- Buen estado general (PS 0-1).
- Sin contraindicaciones para inmunoterapia y que no hayan recibido previamente anticuerpo anti-PD-1 o anti-PD-L1
- .
- Con expresión de PD-L1≥1%.

* La última sesión de quimioterapia debe terminar antes o al mismo tiempo que la última dosis de radiación. No se acepta la quimioterapia de consolidación después de la radiación, pero se acepta la administración de quimioterapia antes de la quimiorradiación concurrente.

DICTAMEN 25/2024

DURVALUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE VÍAS BILIARES IRRESECABLE O METASTÁSICO

INDICACIÓN: Durvalumab en combinación con gemcitabina y cisplatino está indicado para el tratamiento de primera línea de adultos con cáncer de vías biliares irreseccable o metastásico (colangiocarcinoma intra y extrahepático y cáncer de vesícula biliar).

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Buen estado funcional (ECOG 0-1).

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
NIVOLUMAB				
NIVOLUMAB 100MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3903986]	OPDIVO
NIVOLUMAB 40MG 10MG/ML 4ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3904548]	OPDIVO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN CURMP 09/2022. Tratamiento en monoterapia de pacientes adultos con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello recurrente o metastásico que progresa durante o después de un tratamiento basado en platino.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1. SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas:

Deberán valorarse alternativas terapéuticas en aquellos pacientes con:

- ECOG >1 o esperanza de vida inferior a 3 meses
- Rápidamente progresores
- Alta carga tumoral o amenazante para la vida.

DICTAMEN 06/2024 NIVOLUMAB E IPILIMUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

INDICACIÓN: Nivolumab en combinación con ipilimumab está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con carcinoma de células renales avanzado de riesgo intermedio/alto.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Nivolumab más ipilimumab para pacientes de grupos de riesgo pronóstico intermedio/alto del IMDC* independientemente de la edad, sexo, nefrectomía previa, expresión basal de PDL1 y localización de las metástasis.
- Carcinoma de células renales avanzado con histología de células claras.
- Se excluyen pacientes con histología únicamente de células no claras.

*International Metastatic Renal-Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).

DICTAMEN CURMP 19/2024. POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO PRIMERA LÍNEA:

- Buen pronóstico (criterios IMDC*): SUNITINIB (alternativa PAZOPANIB)
- Intermedio/Mal pronóstico (criterios IMDC*): NIVOLUMAB-IPILIMUMAB

SEGUNDA LÍNEA:

- CABOZANTINIB (tras SUNITINIB o INMUNOTERAPIA)
- NIVOLUMAB (si el paciente no ha recibido inmunoterapia en primera línea)
- AXITINIB (tras SUNITINIB)

TERCERA LÍNEA:

- CABOZANTINIB (en pacientes que no lo han recibido en segunda línea)
- NIVOLUMAB (si el paciente no lo ha recibido previamente)

*International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).

La elección entre ellos deberá tener en cuenta sus distintos perfiles de seguridad y la estrategia global del tratamiento en caso de recidiva. En los pacientes adultos con carcinoma de células renales con riesgo intermedio/alto y alto tras nefrectomía y en los pacientes M1 NED*, tras la nefrectomía y la resección de metástasis, PEMBROLIZUMAB constituye una opción adecuada de tratamiento.

*Se consideran pacientes M1 NED aquellos con metástasis con resección R0 dentro del primer año tras nefrectomía.

Quedan excluidos los pacientes con resección de metástasis óseas y SNC.

El uso de PEMBROLIZUMAB se limitará a:

- Carcinoma de células renales avanzado con histología de células claras.
- Se excluyen los pacientes con histología únicamente de células no claras.
- ECOG 0-1.
- Pacientes sin diagnóstico previo de inmunodeficiencia, enfermedad inmunológica activa, historial previo o actual de neumonitis, infección activa que requiera terapia sistémica y/o diagnóstico de otro proceso tumoral en los 3 años previos.

NOTA: Otras opciones terapéuticas deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

La justificación de la elección de un tratamiento u otro debe documentarse en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen sustituye a los Dictámenes 14/2018 "Cabozantinib para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento con una terapia dirigida al factor del crecimiento del endotelio vascular" y 15/2018 "Nivolumab para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento previo".

DICTAMEN 09/2021 TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

- 1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).
 2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).
 3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

- 1ª Línea: inmunoterapia**.
 2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones Ibraf + Imek se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

DICTAMEN 21/2025

POSICIONAMIENTO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL MELANOMA SOMETIDO A RESECCIÓN COMPLETA

Con los datos disponibles hasta la fecha, no se puede establecer la superioridad en eficacia o seguridad de ninguna de las alternativas frente al resto. Por ello, se considera a pembrolizumab y nivolumab como equivalentes terapéuticos. Una vez realizada la evaluación económica:

DECISIÓN ADOPTADA:

D-1. SE INCLUYE PEMBROLIZUMAB en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

En monoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad diagnosticados de melanoma en estadio IIB, IIC o III y que hayan sido sometidos a resección completa:

- Sin contraindicaciones para inmunoterapia.
- Buena situación funcional (ECOG 0-1 en pacientes ≥18 años; KPS >50 en pacientes <18 años).

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group / KPS: Karnofsky Performance Status

D-1. SE INCLUYE NIVOLUMAB en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

En monoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos diagnosticados de melanoma metastásico y que hayan sido sometidos a resección completa:

- Sin contraindicaciones para inmunoterapia.
- Buena situación funcional (ECOG 0-1 en pacientes ≥18 años).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento adyuvante del melanoma debe administrarse hasta la recidiva de la enfermedad, la aparición de toxicidad inaceptable o durante un período máximo de un año.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
PEMBROLIZUMAB				
PEMBROLIZUMAB 100MG 4ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3905326]	KEYTRUDA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 06/2019

PEMBROLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

DECISIÓN ADOPTADA:

Categoría D2: Se incluye en la GFT con recomendaciones específicas (deberán cumplirse todas) y con el compromiso de reevaluación:

En monoterapia para el tratamiento de primera línea del CPNM metastásico en adultos cuyos tumores expresen PD-L1 con una proporción de marcador tumoral (TPS, por sus siglas en inglés) $\geq 50\%$ sin mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK.

- ECOG 0 - 1 (IK 100,90 ,80).

- Ausencia de metástasis cerebrales no controladas o afectación de Sistema Nervioso Central (SNC).

Quedan excluidos del tratamiento los pacientes con:

- Antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial o enfermedad autoinmune.

- Tratamiento sistémico con corticoides (> 10 mg/día de Prednisona) o inmunosupresores.

Se deberá suspender el tratamiento en caso de completar 35 ciclos. Se recomienda valorar la opción de suspenderlo en aquellos pacientes que alcancen respuesta completa, pudiendo reiniciarlo en estos casos si hubiere progresión.

DICTAMEN 01/2021

PEMBROLIZUMAB Y QUIMIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO METASTÁSICO.

INDICACIÓN: En combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino para el tratamiento de primera línea del CPNM no escamoso metastásico en adultos cuyos tumores no tengan mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D2: Se incluye en la GFT con recomendaciones específicas (deberán cumplirse todas) y con el compromiso de reevaluación en el momento que se considere oportuno:

En combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino, para el tratamiento de primera línea del CPNM no escamoso metastásico en adultos cuyos tumores expresen PD-L1 con una proporción de marcador tumoral $< 50\%$, negativa o no sea posible de realizar, y sin mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK, en los que la terapia actual es la quimioterapia.

- ECOG 0 - 1 (IK 100,90 ,80).

- Ausencia de metástasis cerebrales no controladas o afectación de Sistema Nervioso Central (SNC).

Quedan excluidos del tratamiento los pacientes con:

- Antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial o enfermedad autoinmune.

- Tratamiento sistémico con corticoides (> 10 mg/día de prednisona) o inmunosupresores.

En pacientes > 75 años se requerirá un consenso, tras la revisión del caso en sesión clínica, atendiendo a las escalas de valoración oncogeriátrica. Se deberá suspender el tratamiento en caso de completar 35 ciclos. Se recomienda valorar la opción de suspenderlo en aquellos pacientes que alcancen respuesta completa, pudiendo reiniciarlo en estos casos si hubiere progresión.

DICTAMEN 23/2024

PEMBROLIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

INDICACIÓN: Pembrolizumab, en combinación con quimioterapia como tratamiento neoadyuvante y luego continuado en monoterapia como tratamiento adyuvante después de la cirugía, está indicado para el tratamiento en adultos con cáncer de mama triple negativo localmente avanzado o en estadio temprano con riesgo alto de recidiva.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

· Buen estado funcional (ECOG 0-1).

· Tamaño tumoral > 1 cm pero ≤ 2 cm de diámetro con afectación ganglionar, o tamaño tumoral > 2 cm de diámetro con independencia de la afectación ganglionar.

INDICACIÓN: Pembrolizumab, en combinación con quimioterapia, está indicado para el tratamiento del cáncer de mama triple negativo localmente recurrente irresecable o metastásico en adultos cuyos tumores expresen PD-L1 con una CPS ≥ 10 y que no hayan recibido quimioterapia previa para la enfermedad metastásica.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

· Buen estado funcional (ECOG 0-1).

· Enfermedad metastásica de novo o como resultado de una recaída con un intervalo libre de enfermedad no metastásica de al menos 6 meses y sin metástasis cerebrales o con metástasis cerebrales tratadas previamente y estables.

DICTAMEN CURMP 19/2024.

POSICIONAMIENTO EN LA TERAPIA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

PRIMERA LÍNEA:

· Buen pronóstico (criterios IMDC*): SUNITINIB (alternativa PAZOPANIB)

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

· Intermedio/Mal pronóstico (criterios IMDC*): NIVOLUMAB-IPILIMUMAB

SEGUNDA LÍNEA:

- CABOZANTINIB (tras SUNITINIB o INMUNOTERAPIA)
- NIVOLUMAB (si el paciente no ha recibido inmunoterapia en primera línea)
- AXITINIB (tras SUNITINIB)

TERCERA LÍNEA:

- CABOZANTINIB (en pacientes que no lo han recibido en segunda línea)
- NIVOLUMAB (si el paciente no lo ha recibido previamente)

*International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).

La elección entre ellos deberá tener en cuenta sus distintos perfiles de seguridad y la estrategia global del tratamiento en caso de recidiva. En los pacientes adultos con carcinoma de células renales con riesgo intermedio/alto y alto tras nefrectomía y en los pacientes M1 NED*, tras la nefrectomía y la resección de metástasis, PEMBROLIZUMAB constituye una opción adecuada de tratamiento.

*Se consideran pacientes M1 NED aquellos con metástasis con resección R0 dentro del primer año tras nefrectomía. Quedan excluidos los pacientes con resección de metástasis óseas y SNC.

El uso de PEMBROLIZUMAB se limitará a:

- Carcinoma de células renales avanzado con histología de células claras.
- Se excluyen los pacientes con histología únicamente de células no claras.
- ECOG 0-1.
- Pacientes sin diagnóstico previo de inmunodeficiencia, enfermedad inmunológica activa, historial previo o actual de neumonitis, infección activa que requiera terapia sistémica y/o diagnóstico de otro proceso tumoral en los 3 años previos.

NOTA: Otras opciones terapéuticas deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

La justificación de la elección de un tratamiento u otro debe documentarse en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen sustituye a los Dictámenes 14/2018 "Cabozantinib para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento con una terapia dirigida al factor del crecimiento del endotelio vascular" y 15/2018 "Nivolumab para carcinoma de células renales avanzado después de tratamiento previo".

DICTAMEN 09/2021 TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).

2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).

3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

1ª Línea: inmunoterapia**.

2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones lbraf + Imek se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

DICTAMEN 21/2025

POSICIONAMIENTO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL MELANOMA SOMETIDO A RESECCIÓN COMPLETA

Con los datos disponibles hasta la fecha, no se puede establecer la superioridad en eficacia o seguridad de ninguna de las alternativas frente al resto. Por ello, se considera a pembrolizumab y nivolumab como equivalentes terapéuticos. Una vez realizada la evaluación económica:

DECISIÓN ADOPTADA:

D-1. SE INCLUYE PEMBROLIZUMAB en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

En monoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad diagnosticados de melanoma en estadio IIB, IIC o III y que hayan sido sometidos a resección completa:

- Sin contraindicaciones para inmunoterapia.
 - Buena situación funcional (ECOG 0-1 en pacientes ≥18 años; KPS >50 en pacientes <18 años).
- ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group / KPS: Karnofsky Performance Status

D-1. SE INCLUYE NIVOLUMAB en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

En monoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos diagnosticados de melanoma metastásico y que hayan sido sometidos a resección completa:

- Sin contraindicaciones para inmunoterapia.
- Buena situación funcional (ECOG 0-1 en pacientes ≥18 años).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento adyuvante del melanoma debe administrarse hasta la recidiva de la enfermedad, la aparición de toxicidad inaceptable o durante un período máximo de un año.

L01FG INHIBIDORES DE VEGF/VEGFR

BEVACIZUMAB

BEVACIZUMAB 400MG 16ML VIAL (BIOSIMILAR)	inyectables perfusion	(*) [3907796]	MVASI
--	-----------------------	---------------	-------

RAMUCIRUMAB

RAMUCIRUMAB 500MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904999]	CYRAMZA
------------------------	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 9/2020. RAMUCIRUMAB EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANZADO O METASTÁSICO

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT (categoría D2) con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación, tras el periodo que se estime oportuno o en el momento en que las condiciones económicas ofertadas por el laboratorio farmacéutico varíen:

- En combinación con paclitaxel para los pacientes con un cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica localmente avanzado irresecable o metastásico, con progresión de la enfermedad tras quimioterapia previa con un esquema que no incluya taxanos, con buen estado general (ECOG 0-1) y sin comorbilidades ni situaciones clínicas que contraindiquen el uso de paclitaxel o ramucirumab.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01FX OTROS ANTICUERPOS MONOCLONALES

ENFORTUMAB VEDOTINA

ENFORTUMAB VEDOTINA 20MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3909039]	PADCEV
ENFORTUMAB VEDOTINA 30MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3909018]	PADCEV

DICTAMEN CURMP 7/2025. ENFORTUMAB VEDOTINA EN MONOTERAPIA PARA EL CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

INDICACIÓN: En monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico que hayan recibido previamente una quimioterapia basada en platino y un inhibidor del receptor de muerte celular programada 1 o del ligando de muerte celular programada 1.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- ECOG 0-1.
- Tratamiento en tercera línea.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

IPILIMUMAB

IPILIMUMAB 200MG 40ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902170] UH	YERVOY
----------------------------	-----------------------	------------------	--------

DICTAMEN 06/2024

NIVOLUMAB E IPILIMUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

INDICACIÓN: Nivolumab en combinación con ipilimumab está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con carcinoma de células renales avanzado de riesgo intermedio/alto.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Nivolumab más ipilimumab para pacientes de grupos de riesgo pronóstico intermedio/alto del IMDC* independientemente de la edad, sexo, nefrectomía previa, expresión basal de PDL1 y localización de las metástasis.
- Carcinoma de células renales avanzado con histología de células claras.
- Se excluyen pacientes con histología únicamente de células no claras.

*International Metastatic Renal-Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC).

IPILIMUMAB 50MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902171] UH	YERVOY
---------------------------	-----------------------	------------------	--------

DICTAMEN 09/2021. TERAPIA DEL MELANOMA

MEDICAMENTOS:

- Inhibidores de BRAF (i BRAF): Dabrafenib (Tanfilar® 50 mg y 75 mg), Vemurafenib (Zelboraf® 240 mg), Encorafenib (Braftovi® 50mg y 75 mg).
- Inhibidores de MEK (i MEK): Trametinib (Mekinist® 0,5 mg y 2 mg), Cobimetinib (Cotellic® 20 mg), Binimetinib (Mektovi® 15 mg).
- Inmunoterapia: Ipilimumab (Yervoy® 50 mg y 200 mg), Nivolumab (Opdivo® 40 mg y 100 mg) y Pembrolizumab (Keytruda® 50 mg) .

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

La mayoría de los ensayos clínicos con terapia dirigida o inmunoterapia se han realizado en pacientes con ECOG 0 – 1 por lo que el siguiente algoritmo va dirigido a estos pacientes. Los pacientes con otras condiciones se valorarán de manera individualizada.

BRAF MUTADO

1ª Línea: combinación de dabrafenib + trametinib* o inmunoterapia** (la elección entre ambas se hará en base a criterios clínicos (agresividad de la enfermedad, necesidad de rápida respuesta, perfil de toxicidad, etc).

2ª Línea: inmunoterapia o combinación de dabrafenib + trametinib* o dabrafenib o trametinib en monoterapia (en función de la 1ª línea utilizada).

3ª Línea: quimioterapia.

BRAF NO MUTADO

1ª Línea: inmunoterapia**.

2ª Línea: quimioterapia.

* La selección entre las diferentes alternativas de combinaciones iBRAF + iMEK se ha basado en criterios de eficiencia.

** La elección entre Nivolumab y Pembrolizumab se hará en base a criterios de eficiencia, ambos son superiores a Ipilimumab.

** En pacientes seleccionados se elegirá la combinación Nivolumab + Ipilimumab.

Las decisiones terapéuticas en pacientes con melanomas no cutáneos se adoptarán de manera individualizada en base a los pocos datos existentes con las distintas modalidades de tratamiento.

En base a las consideraciones finales del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de nivolumab en combinación con ipilimumab en melanoma avanzado publicado el 8 de noviembre de 2018, se recomienda que:

- Tras considerar la preferencia de la monoterapia con nivolumab sobre la combinación de nivolumab+ipilimumab en la generalidad de los pacientes, así como los datos económicos, y en tanto no existan datos adicionales en supervivencia global en otros subgrupos de pacientes, que puedan aportar un beneficio neto frente a la toxicidad de la combinación, se restrinja el uso de la misma a pacientes con metástasis cerebrales no activas o melanoma uveal, una vez balanceados individualmente los riesgos frente al posible beneficio. En tales casos, el tratamiento puede mantenerse hasta progresión clínica, radiológica o toxicidad inaceptable, lo que suceda antes.
- Teniendo en cuenta el impacto presupuestario, se recuerda que en la actualidad se carece de evidencia adecuada para demostrar un balance beneficio/riesgo aceptable en el uso secuencial de estos fármacos.

Este DICTAMEN 09/2021 sustituye al DICTAMEN 05/2019 de Terapia del Melanoma

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
SACITUZUMAB GOVITECAN				
SACITUZUMAB GOVITECAN 200MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3908526]	TRODELVY
DICTAMEN 05/2024 SACITUZUMAB GOVITECÁN PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO IRRESECABLE O METASTÁSICO INDICACIÓN: Sacituzumab govitecán en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama triple negativo irresecable o metastásico que hayan recibido dos o más tratamientos sistémicos previos, incluido al menos uno de ellos para la enfermedad avanzada. DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas: · Pacientes con buena situación funcional (ECOG 0-1). · Pacientes sin metástasis cerebrales o controladas tras tratamiento local. · Que hayan recibido dos o más líneas previas de quimioterapia estándar para la enfermedad irresecable localmente avanzada o metastásica y que hayan incluido taxanos, siempre que los mismos no estén contraindicados. · La contabilización del tratamiento adyuvante o neoadyuvante como una línea de tratamiento solo debe hacerse en aquellas pacientes en las que la recaída se haya producido antes del año de finalizado dicho tratamiento.				

L01FY COMBINA AC MONOCLONALES CON AC CONJUGADOS CON MEDICAMENTOS

PERTUZUMAB Y TRASTUZUMAB				
PERTU/TRASTU 1200MG/600MG 15ML VIAL SUBC	inyectables	(*)	[3909227]	PHESGO
PERTU/TRASTU 600MG/600MG 15ML VIAL SUBCU	inyectables	(*)	[3909228]	PHESGO
DICTAMEN 21/2024 PERTUZUMAB/TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica como alternativa a la presentación intravenosa ya incluida en la GFT, y para las mismas indicaciones.				

L01XA COMPUESTOS DE PLATINO (ANTINEOPLASICOS)

CARBOPLATINO				
CARBOPLATINO 600 MG 60ML VIAL	inyectables perfusion		[3903371]	CARBOPLATINO
CISPLATINO				
CISPLATINO 100MG 100ML VIAL	inyectables perfusion		[3901975] UH	CISPLATINO
OXALIPLATIN				
OXALIPLATINO 200MG 40ML VIAL	inyectables perfusion		[3902108] UH	OXALIPLATINO

L01XB METILHIDRAZIDAS (ANTINEOPLASICOS)

PROCARBAZINA				
PROCARBAZINA 50MG CAPS	capsulas		[3902536]	NATULAN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01XC ANTICUERPOS MONOCLONALES (ANTINEOPLASICOS)

ATEZOLIZUMAB

ATEZOLIZUMAB 1875MG 15ML VIAL SUBCUTÁNEO	inyectables	(*) [3909226]	TECENTRIQ
DICTAMEN 22/2024 ATEZOLIZUMAB SUBCUTÁNEO DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica como alternativa a la presentación intravenosa ya incluida en la GFT, y para las mismas indicaciones.			

RAMUCIRUMAB

RAMUCIRUMAB 100MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904998]	CYRAMZA
------------------------	-----------------------	---------------	---------

RITUXIMAB

RITUXIMAB 1400 MG VIAL SUBCUTANEO	inyectables	(*) [3904601] UH	MABTHERA SUBCUTANEO
-----------------------------------	-------------	------------------	---------------------

TRASTUZUMAB

TRASTUZUMAB 600 MG VIAL 5 ML SUBCUTANEO	inyectables	(*) [3904067] UH	HERCEPTIN SUBCUTANEO
---	-------------	------------------	----------------------

L01XD SENSIBILIZADORES USADOS EN TERAPIA FOTODINAMICA Y RADIACION

AMINOLEVULINICO ACIDO

AMINOLEVULINICO ACIDO 1,5G VIAL	solucion/suspension oral	[3905636]	GLIOLAN
DICTAMEN CURMP 16bis/2017 INDICACIÓN APROBADA: En pacientes adultos, para la visualización de tejidos malignos durante la cirugía del glioma maligno (de grados III y IV de la OMS) DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2. Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con el compromiso de reevaluación del mismo tras el periodo que la C.F. y T. estime oportuno.			

L01XE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA PROTEINA QUINASA

EVEROLIMUS

EVEROLIMUS 5MG COMPRIMIDO	comprimidos	[3908567]	EVEROLIMUS
EVEROLIMUS 10MG COMP (AFINITOR)	comprimidos	[3901950] DH	EVEROLIMUS

DICTAMEN CURMP 7/2014. EVEROLIMUS (AFINITOR).
INDIACIÓN: Cáncer de mama avanzado con receptor hormonal positivo y HER2 negativo.
DECISIÓN ADOPTADA: Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT con recomendaciones específicas.Característica de las pacientes candidatas a tratamiento con everolimus:

- Que hayan desarrollado resistencia al tratamiento endocrino con letrozol o anastrozol, definida por:
 - Recurrencia durante el tratamiento adyuvante o dentro de los 12 primeros meses tras haberlo finalizado.
 - Progresión durante tratamiento en enfermedad metastásica o en el primer mes tras haberlo finalizado.
- Con PS 0-1, es decir, asintomática (incluyendo pacientes que tengan enfermedad visceral).
- Que hayan mostrado sensibilidad al tratamiento hormonal previo, que se define como:
 - Antes de recurrencia durante el tratamiento adyuvante la paciente debe haber recibido al menos 24 meses de terapia endicrina.
 - Antes de progresión en enfermedad metastásica debe haber existido estabilidad o respuesta a la línea previa de al menos 24 semanas.

Se excluyen las pacientes:

- Previamente tratadas con exemestano.
- Con presencia de metástasis cerebrales.
- Con función pulmonar deteriorada.
- Con linfangitis carcinomatosa pulmonar bilateral.
- Con trastornos activos de mucosa, oculares, gastrointestinales y cutáneos de grado >1.

De evaluarse la respuesta a los 3 meses.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01XG INHIBIDORES DEL PROTEASOMA

BORTEZOMIB

BORTEZOMIB 3,5MG 1,4ML VIAL	inyectables	(*) [3908872] UH	BORTEZOMIB
-----------------------------	-------------	------------------	------------

CARFILZOMIB

CARFILZOMIB 60 MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904556]	KYPROLIS
------------------------	-----------------------	---------------	----------

DICTAMEN CURMP 19/2017.
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-1: SE INCLUYE en la GFT con recomendaciones específicas.

Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación tras el periodo oportuno y mientras se mantengan los acuerdos de financiación actuales, para:

-Los pacientes adultos con MM con ECOG ≤2, en combinación con lenalidomida y dexametasona o dexametasona que hayan recibido una primera línea con bortezomib y sean refractarios o hayan presentado respuesta y posterior progresión (recaída) o presenten neurotoxicidad y sin comorbilidades añadidas del tipo: Insuficiencia Cardíaca Congestiva grado 3-4, Infarto Agudo de Miocardio en los últimos 4 meses y neuropatía periférica de grado ≥3-4. Se deberá valorar la progresión de la respuesta a los 6 meses de tratamiento. No hay evidencia suficiente con más de 18 ciclos de tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01XK INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP)

NIRAPARIB

NIRAPARIB 100MG COM - ZEJULA	[3909216]	ZEJULA
------------------------------	-----------	--------

DICTAMEN CURMP 14/2024. INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP) DEL CÁNCER DE OVARIO, TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO
DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYEN EN LA GFT con recomendaciones específicas.
Para el tratamiento de las pacientes que cumplan con los criterios de financiación establecidos por el Ministerio para cada uno de los medicamentos:

- NIRAPARIB: Tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial seroso, de las trompas de Falopio o peritoneal primario, de alto grado, recidivado, sensible a platino, que están en respuesta (completa o parcial) a la quimioterapia con platino y que cumplan los siguientes criterios:
 - Recaída de un cáncer seroso epitelial de alto grado de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario a más de 6 meses de finalizado el penúltimo tratamiento con platino.
 - En respuesta parcial o completa al tratamiento con platino empleado para la última recaída.
 - Haber estado tratada al menos con dos terapias de platino.

- NIRAPARIB: Tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial avanzado (estadios FIGO III y IV) de alto grado, trompas de Falopio o peritoneal primario que están en respuesta (completa o parcial) tras completar una primera línea de quimioterapia basada en platino.

- OLAPARIB: Tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial de alto grado, trompa de Falopio, o peritoneal primario, en recaída, sensible a platino, que están en respuesta (completa o parcial) a quimioterapia basada en platino y que cumplan los siguientes criterios:
 - Recaída de un cáncer de ovario, trompa de Falopio o primario peritoneal que se haya producido más de 6 meses después de la finalización del penúltimo tratamiento con platino.
 - Respuesta al tratamiento con platino realizado para la última recaída.
 - Al menos dos tratamientos con platino.
 - Mutación en BRCA 1 y/o BRCA 2 (germinal o somática).

- OLAPARIB: Tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial de alto grado avanzado (estadios FIGO III y IV) con mutación BCRA 1/2 (germinal o somática), de trompa de Falopio, o peritoneal primario, que están en respuesta (completa o parcial) tras haber completado una primera línea de quimioterapia basada en platino y que cumplan los siguientes criterios:
 - Su uso se limitará a pacientes que hayan sido tratadas con al menos 6 ciclos de quimioterapia basada en platino y que no hayan sido tratadas con bevacizumab previamente.
 - El tratamiento deberá limitarse a un máximo de 24 meses.

- OLAPARIB + BEVACIZUMAB: Tratamiento de mantenimiento de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial de alto grado avanzado (estadios FIGO III y IV), de trompa de Falopio o peritoneal primario, que están en respuesta (completa o parcial) tras haber completado una primera línea de quimioterapia basada en platino en combinación con bevacizumab y cuyo cáncer está asociado con resultado positivo para deficiencia en la recombinación homóloga (HRD) definido por una mutación BRCA 1/2 y/o inestabilidad genómica.
 - Se restringe su uso a pacientes cuyo cáncer está asociado con resultado positivo para la deficiencia en la recombinación homóloga HRD e inestabilidad genómica (GIS >=42).

- RUCAPARIB: Tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial, de trompa de Falopio o peritoneal primario, de alto grado, en recidiva, sensible al platino, que responde completa o parcialmente a la quimioterapia con platino.
Dadas las diferencias existentes en las indicaciones autorizadas y financiadas de los diferentes lparp se acuerda incluir en GFT niraparib, olaparib y rucaparib. No obstante, siempre que la situación clínica lo permita, olaparib se considerará el fármaco de elección al ser el más eficiente con las condiciones económicas vigentes.

El presente dictamen sustituye al Dictamen 04/2021 “Terapia con IPARP del cáncer de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario, de alto grado, recidivado, sensible a platino, en respuesta a platino”.

OLAPARIB

OLAPARIB 100 MG COMP	comprimidos	[3907616]	LYNPARZA
OLAPARIB 150 MG COMP	comprimidos	[3907617]	LYNPARZA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
RUCAPARIB				
RUCAPARIB 200MG COMP RECUB	comprimidos		[3908356]	RUBRACA
RUCAPARIB 250MG COMP RECUB	comprimidos		[3908358]	RUBRACA
RUCAPARIB 300MG COMP RECUB	comprimidos		[3908357]	RUBRACA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L01XX OTROS ANTINEOPLASICOS

ARSENICO TRIOXIDO

ARSENICO TRIOXIDO 10MG 10ML AMP	inyectables perfusion	[3902336] UH	TRISENOX
---------------------------------	-----------------------	--------------	----------

ASPARAGINASA

ASPARAGINASA 10.000UI VIAL (ERWINASE)	inyectables	(*) [3903045] SitEspInf	ERWINASE
---------------------------------------	-------------	-------------------------	----------

ERIBULINA

ERIBULINA 0,88MG 2ML VIAL	inyectables	[3902992]	HALAVEN
---------------------------	-------------	-----------	---------

DICTAMEN CURMP 13/2015.
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2.
Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación.

Tratamiento de pacientes con cáncer de mama metastásico:

- Con progresión de la enfermedad después de que la enfermedad haya sido tratada con una antraciclina, un taxano y capecitabina en el ámbito adyuvante o metastásico, a menos que estos tratamientos no fueran adecuados para las pacientes.
- Con ECOG 0 ó 1.
- Con esperanza de vida ≥3 meses.
- Sin metástasis cerebrales, a menos que estén tratadas y sean estables.
- Si existe insuficiencia hepática por metástasis
 - En insuficiencia leve y en insuficiencia moderada hay que reducir la dosis de eribulina siguiendo las dosis establecidas en la ficha técnica (0,92 mg/m2 y 0,62 mg/m2 respectivamente)
 - No se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática grave
- Si existe insuficiencia hepática por cirrosis: No se ha estudiado esta población de pacientes, se podrían utilizar las recomendaciones de insuficiencia hepática por metástasis pero con un control estrecho.

HIDROXICARBAMIDA

HIDROXICARBAMIDA 500MG CAPS	capsulas	[3902032]	HYDREA
-----------------------------	----------	-----------	--------

IRINOTECAN

IRINOTECÁN LIPOSOMAL 50MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3904997]	ONIVYDE
--------------------------------	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 24/2024
IRINOTECÁN LIPOSOMAL PARA EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO
INDICACIÓN: Irinotecán liposomal está indicado en combinación con 5-fluorouracilo y ácido folínico, para el tratamiento del adenocarcinoma de páncreas metastásico en pacientes adultos que han empeorado tras un tratamiento con gemcitabina.
DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

- Pacientes que hayan progresado tras una línea previa de tratamiento con gemcitabina en monoterapia o en combinación, por enfermedad localmente avanzada o metastásica con un PS de 0-2, y sólo en aquellos que no hayan sido tratados con un régimen de irinotecán previo y tengan una alta probabilidad de toxicidad con el tratamiento basado en oxaliplatino.

MITOTANO

MITOTANO 500MG COMP	comprimidos	[3902453] DH	LYSODREN
---------------------	-------------	--------------	----------

PEGASPARGASA

PEGASPARGASA 3750U 5ML VIAL	inyectables	(*) [3903011]	ONCASPAR
-----------------------------	-------------	---------------	----------

PENTOSTATINA

PENTOSTATINA 10MG VIAL	inyectables	(*) [3902314] UH	NIPENT
------------------------	-------------	------------------	--------

TOPOTECAN

TOPOTECAN 4MG VIAL	inyectables perfusion	[3902005] UH	TOPOTECAN
--------------------	-----------------------	--------------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TRETINOINA				
TRETINOINA 10MG CAPS	capsulas		[3902628] DH	VESANOID

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
VENETOCLAX				
VENETOCLAX 10MG COMP	comprimidos		[3904967]	VENCLYXTO
VENETOCLAX 50MG COMP	comprimidos		[3904968]	VENCLYXTO
VENETOCLAX 100MG COMP	comprimidos		[3904969]	VENCLYXTO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN CURMP 16/2024. TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

En el tratamiento de primera línea de la leucemia linfocítica crónica (LLC) en pacientes adultos:

- Se utilizarán preferentemente en pacientes sin del(17p)/TP53 no mutado las combinaciones finitas de venetoclax con obinutuzumab (VEN+OBI) o ibrutinib con venetoclax (IBR+VEN) al considerarse las opciones más eficientes. La decisión entre una combinación u otra se basará en las características biológicas de la enfermedad, la edad y las comorbilidades del paciente.
- Si existiese una contraindicación formal para el uso de ibrutinib (por ejemplo, anticoagulación con antagonistas de la vitamina K) o un perfil clínico de riesgo para el desarrollo de toxicidad en el ámbito cardiovascular (edad avanzada, eventos cardiovasculares previos), se considerará como opción más eficiente la combinación VEN+OBI.
- Debe evitarse el uso de venetoclax en pacientes con alto riesgo de síndrome de lisis tumoral, insuficiencia renal crónica instaurada con un aclaramiento de creatinina < 30 mL/min y en pacientes monorrenos.

- Si se considera que el uso de las combinaciones está contraindicado o que pueden no ser la opción más efectiva en el grupo de pacientes con biología desfavorable(1), estará indicado el uso indefinido en monoterapia de un inhibidor de BTK (iBTK): zanubrutinib o acalabrutinib, según criterios de eficiencia.

- La combinación de obinutuzumab con clorambucilo (OBI+CLB), también de duración finita, se mantiene para casos particulares, por ejemplo, pacientes de edad muy avanzada con comorbilidades.
- La opción de inmunoterapia (fludarabina + ciclofosfamida + rituximab (FCR) o bendamustina + rituximab (BR)) se considera superada por las nuevas opciones de tratamiento, salvo en situaciones excepcionales.

(1)Factores biológicos desfavorables:

- IGHV no mutado
- Del(17p)/TP53 mutado

Consideraciones:

- La indicación de tratamiento se restringe a los pacientes con criterios de enfermedad activa o sintomática (IWCLL).
- Las opciones de tratamiento basadas en venetoclax o un inhibidor de BTK son aplicables a pacientes con una expectativa de beneficio clínico (ECOG 0-2). No estarían recomendadas en pacientes con ECOG 3-4, salvo que el deterioro esté relacionado claramente con la enfermedad de base.
- La elección de la primera línea debe basarse en las características biológicas de la enfermedad (presencia del(17p) y/o mutación TP53, presencia de hipermutación somática de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IGHV) y otras anomalías genéticas) y del paciente (edad, comorbilidades, medicación concomitante).
- Las combinaciones finitas (VEN-OBI e IBRU-VEN) son más eficientes que las de duración indefinida. En el momento actual no se dispone de comparaciones directas entre ambas estrategias, y la evidencia actual sugiere que son aplicables a un perfil amplio de población.
- Las comparaciones directas entre las distintas opciones de iBTKs se limitan al ámbito del tratamiento de pacientes adultos con LLC que recibieron al menos un tratamiento previo.
- Las opciones terapéuticas más recientes redujeron significativamente la diferencia entre los grupos de pacientes "fit", "no-fit" y frágiles.

NOTA: Otros esquemas terapéuticos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia. La justificación de la elección de un tratamiento u otro debe documentarse en la Historia Clínica del paciente.

El presente dictamen modifica/sustituye a los Dictámenes 12/2016 "Ibrutinib en leucemia linfocítica crónica, linfoma de células del manto y macroglobulinemia de Waldenström", 05/2017 "Obinutuzumab en primera línea de leucemia linfática crónica", 04/2018 "Ibrutinib en leucemia linfocítica crónica en primera línea de tratamiento" y 05/2020 "Algoritmo de tratamiento de la leucemia linfática crónica".

DICTAMEN 14/2025

VENETOCLAX Y AZACITIDINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

INDICACIÓN: Tratamiento, en combinación con un agente hipometilante, de pacientes adultos con leucemia mieloide aguda (LMA) de nuevo diagnóstico que no son candidatos a recibir quimioterapia intensiva.

DECISIÓN ADOPTADA: D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Se restringe su uso a la combinación de venetoclax con el agente hipometilante azacitidina para el tratamiento de pacientes adultos con LMA de nuevo diagnóstico que no son candidatos a recibir quimioterapia intensiva, con ECOG =2 para pacientes de 75 años o más y ECOG =3 para pacientes menores de 75 años.

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO:

Se considera adecuado que todos los pacientes dispongan de un estudio de médula ósea, al menos, tras el ciclo 2. Los datos mínimos requeridos para la continuación del tratamiento serán el porcentaje de blastos en médula, los recuentos hemoperiféricos y la percepción de beneficio clínico. La continuidad del tratamiento estará justificada en base a estos criterios.

Asimismo, se reconoce la posibilidad de reducir la duración del tratamiento con venetoclax en casos de recuperación

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
hemoperiférica incompleta o citopenias prolongadas. Esta adaptación será discutida con carácter individual.				

L02 TERAPIA ENDOCRINA

L02AB PROGESTAGENOS (TERAPIA ENDOCRINA)

MEGESTROL

MEGESTROL 160MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3901266]	BOREA
-----------------------	--------------------------	-----------	-------

L02AE ANALOGOS HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (TERAP.ENDOCRIN

TRIPTORELINA

TRIPTORELINA ACETATO 3,75MG VIAL MENSUAL	inyectables	[3902946]	DECAPEPTYL MENSUAL
--	-------------	-----------	--------------------

L02BA ANTIESTROGENOS (TERAPIA ENDOCRINA)

TAMOXIFENO

TAMOXIFENO 10MG COMP	comprimidos	[3901893]	TAMOXIFENO
TAMOXIFENO 20MG COMP	comprimidos	[3902947]	TAMOXIFENO

L02BB ANTIANDROGENOS (TERAPIA ENDOCRINA)

APALUTAMIDA

APALUTAMIDA 240MG COMP	comprimidos	[3909201]	ERLEADA
APALUTAMIDA 60 MG COMP	comprimidos	[3908227] Restr	ERLEADA

DICTAMEN CURMP 15/2024. TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO
Consultar en :
https://www.astursalud.es/documents/35439/1210999/TRATAMIENTO_CANCER_PROSTATA_AVANZADO_DICTAMEN_15_2024.pdf/75a1ab5f-c51e-35e4-0691-e4be80758a27?t=1718178981993

BICALUTAMIDA

BICALUTAMIDA 50MG COMP	comprimidos	[3901939]	BICALUTAMIDA
------------------------	-------------	-----------	--------------

ENZALUTAMIDA

ENZALUTAMIDA 40 MG COMP	comprimidos	[3906627]	XTANDI
-------------------------	-------------	-----------	--------

L02BG INHIBIDORES ENZIMATICOS (TERAPIA ENDOCRINA)

LETROZOL

LETROZOL 2,5MG COMP	comprimidos	[3902033]	LETROZOL
---------------------	-------------	-----------	----------

L02BX OTROS ANTAGONISTAS HORMONALES Y SUSTANC.RELAC.(TERAP.ENDOCR)

ABIRATERONA

ABIRATERONA 500MG COMP	comprimidos	[3905146] DH,Restr	ZYTIGA
------------------------	-------------	--------------------	--------

DICTAMEN CURMP 15/2024. TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO
Consultar en :
https://www.astursalud.es/documents/35439/1210999/TRATAMIENTO_CANCER_PROSTATA_AVANZADO_DICTAMEN_15_2024.pdf/75a1ab5f-c51e-35e4-0691-e4be80758a27?t=1718178981993

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L03 INMUNOESTIMULANTES

L03AA FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIA (INMUNOESTIMULANTES)

FILGRASTIM

FILGRASTIM 12MU (120MCG) 0,2ML JER PREC	inyectables	(*) [3903649]	NIVESTIM
FILGRASTIM 30MU (300MCG) 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3901911] UH	NIVESTIM
FILGRASTIM 48MU (480MCG) 0,5ML JER PREC	inyectables	(*) [3901912] UH	NIVESTIM

L03AB INTERFERONES (INMUNOESTIMULANTES)

INTERFERON BETA-1A

INTERFERON BETA-1A 30MCG 0,5ML PLUMA	inyectables	(*) [3902147] UH	AVONEX PEN
INTERFERON BETA-1A 66MCG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3901904] UH	REBIF
INTERFERON BETA-1A 132MCG 1,5ML CARTUCHO	inyectables	(*) [3901905] UH	REBIF

INTERFERON BETA-1B

INTERFERON BETA-1B 250MCG VIAL	inyectables	[3901788] UH	BETAFERON
--------------------------------	-------------	--------------	-----------

PEGINTERFERON ALFA-2A

PEGINTERFERON ALFA-2A 90 MCG JERINGA	inyectables	(*) [3903848]	PEGASYS
--------------------------------------	-------------	---------------	---------

L03AX OTROS INMUNOESTIMULANTES

GLATIRAMERO ACETATO

GLATIRAMERO ACETATO 40MG 1ML JER PREC	inyectables	(*) [3904027] UH	COPAXONE
---------------------------------------	-------------	------------------	----------

PLERIXAFOR

PLERIXAFOR 24MG 1,2ML VIAL	inyectables	[3901948] UH,Restr	MOZOBIL
----------------------------	-------------	--------------------	---------

VACUNA BCG (MYCOBACTERIUM BOVIS)

BCG 200MBACT VIAL ONCOTICE	preparados irrigacion vesical	(*) [3902115] UH	ONCOTICE
----------------------------	-------------------------------	------------------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04 INMUNOSUPRESORES

L04AA INMUNOSUPRESORES SELECTIVOS

ABATACEPT

ABATACEPT 125 MG PLUMA	inyectables	(*) [3904576] UH	ORENCIA
ABATACEPT 250MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901780] UH	ORENCIA

APREMILAST

APREMILAST 30MG COMP	comprimidos	[3904377]	OTEZLA
APREMILAST INICIO COMP	comprimidos	[3904376]	OTEZLA

DICTAMEN CURMP 3/2016.
DECISIÓN ADOPTADA:
Se recomienda que se incluya en la Guía Farmacoterapéutica para el tratamiento psoriasis en placas crónica de moderada a grave en pacientes adultos que no han respondido o tienen contraindicado o no toleran otro tratamiento sistémico, incluyendo ciclosporina, metotrexato o psoraleno y luz ultravioleta A (PUVA) con las siguientes recomendaciones específicas (Categoría D-2):

Sólo en pacientes con psoriasis crónica en placas moderada (PASI 5-10 y/o BSA>5, DLQI>5, o persistencia en localizaciones especiales consideradas de difícil tratamiento con sintomatología pruriginosa predominante), estable, en pacientes adultos que no responden o no toleran:

- fototerapia y
- otro tratamiento sistémico convencional, incluyendo metotrexato a dosis efectivas en psoriasis (10- 25mg) durante el tiempo suficiente para valorar la eficacia del fármaco (12 semanas).

*Se considera respuesta inadecuada a metotrexato la no obtención de al menos una reducción del 50-75% en el PASI basal en la semana 12-16 o un PASI absoluto>5.
En el caso de pacientes con psoriasis grave (PASI>10 y/o BSA>10 y/o DLQI>10) se recomienda NO retrasar el uso de terapias biológicas más coste-efectivas.

Criterios de suspensión:
Evaluación de respuesta a las 12-16 semanas. Si no se alcanza mejoría clínica (respuesta PASI 75 o PASI 50 y reducción del BSA), se recomienda la suspensión del tratamiento.

Consideraciones especiales:
Monitorizar el peso de los pacientes con peso inferior a lo normal durante el tratamiento.

CLADRIBINA (inmunosupresor)

CLADRIBINA 10MG COMP	comprimidos	[3907476] Restr	MAVENCLAD
DICTAMEN 16/2023: ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE Y SÍNDROME DESMIELINIZANTE AISLADO (2023)			

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

EFGARTIGIMOD ALFA

EFGARTIGIMOD ALFA 400MG 20ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3908951]	VYVGART
-----------------------------------	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 02/2025

ALGORITMO TERAPÉUTICO EN LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA

MEDICAMENTOS:

- EFGARTIGIMOD ALFA (Vyvgart®) 20 mg/mL concentrado para solución para perfusión.
- ZILUCOPLÁN (Zilbrysq®) 16,6 mg, 23 mg y 32,4 mg solución inyectable en jeringa precargada.
- RAVULIZUMAB (Ultomiris®) 300 mg/3 mL y 1.100 mg/11 mL concentrado para solución para perfusión.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO CON LAS NUEVAS TERAPIAS PARA LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA

1. Miastenia gravis generalizada (MGg) refractaria con anticuerpos positivos frente a receptores de acetilcolina (AChR).
2. Estado funcional MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America) de II, III o IV.
3. Puntuación total =5 en la escala MG-ADL (EFGARTIGIMOD).
4. Puntuación total =6 en la escala MG-ADL (ZILUCOPLÁN y RAVULIZUMAB).
5. Ausencia de mejoría clínica o efectos secundarios que obligan a la suspensión del fármaco tras la utilización de la combinación de:
 - Piridostigmina
 - Esteroides
 - Dos inmunosupresores con un periodo mínimo de 3 meses cada uno (no es imprescindible haber utilizado rituximab)

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: EFGARTIGIMOD IV

- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ZILUCOPLÁN SC

- 3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: RAVULIZUMAB IV

NOTA: El orden de los fármacos sigue criterios de eficiencia.

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO:

Se realizará un seguimiento clínico en la consulta especializada de patología de enfermedades neuromusculares con revisiones periódicas cada 2-6 meses, dependiendo del estado clínico del paciente. Durante este seguimiento clínico, se realizarán escalas clínicas, como MG-ADL, MGC y QMG, considerando una reducción de 2 puntos en la puntuación total MG-ADL como beneficio clínico.

ESCALAS:

- MG-ADL (Myasthenia Gravis Activities of Daily Living): explora el impacto de los síntomas de la MGg en las actividades de la vida diaria.
- MGC (MG Composite): evalúa la presencia de síntomas y signos en relación con la MGg.
- QMG (Quantitative Myasthenia Gravis): se basa en la presencia de datos clínicos en la exploración clínica en relación con la MGg.

EVEROLIMUS

EVEROLIMUS 0,1MG COMP (CERTICAN)	comprimidos	[3902751] DH	CERTICAN
EVEROLIMUS 0,25MG COMP (CERTICAN)	comprimidos	[3902735] DH	CERTICAN
EVEROLIMUS 0,5MG COMP (CERTICAN)	comprimidos	[3902743] DH	CERTICAN
EVEROLIMUS 1MG COMP (CERTICAN)	comprimidos	[3902750] DH	CERTICAN

FINGOLIMOD

FINGOLIMOD 0,5MG CAPS	capsulas	[3902140] UH	GILENYA
-----------------------	----------	--------------	---------

GAMMAGLOBULINA ANTITIMOCITICA CONEJO

IG ANTITIMOCITICA 25MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3902562] UH	TIMOGLOBULINA
-----------------------------	-----------------------	------------------	---------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
LEFLUNOMIDA				
LEFLUNOMIDA 10MG COMP	comprimidos		[3902016] DH	LEFLUNOMIDA
MICOFENOLICO ACIDO				
MICOFENOLATO MOFETILO 250MG CAPS	capsulas		[3902157] DH	CELLCEPT
MICOFENOLATO MOFETILO 500MG COMP	comprimidos		[3902156] DH	CELLCEPT
MICOFENOLATO SOD 180MG COMP GASTRORRES	comprimidos		[3902351] DH	CEPTAVA
MICOFENOLATO SOD 360MG COMP GASTRORRES	comprimidos		[3902352] DH	CEPTAVA
MICOFENOLATO MOFETILO 500MG VIAL	inyectables perfusion		[3902320] UH	CELLCEPT
MICOFENOLATO MOFETILO 200MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral		[3902475] DH	CELLCEPT

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AB INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (INMUNOSUPRESOR)

ADALIMUMAB

ADALIMUMAB BIOSIM 20MG/0,2ML JER PREC		(*) [3909221]	ADALIMUMAB
ADALIMUMAB BIOSIM 40MG/0,4ML JER PREC		(*) [3909193]	ADALIMUMAB
ADALIMUMAB BIOSIM 40MG/0,4ML PLUMA PREC		(*) [3909192]	ADALIMUMAB
ADALIMUMAB 20MG JER PREC (HUMIRA)	inyectables	(*) [3906447]	HUMIRA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
ADALIMUMAB 40MG 0,4ML PLUMA	inyectables	(*)	[3901744] UH	HUMIRA

DICTAMEN 02/2024

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA CON AGENTES BIOLÓGICOS O INHIBIDORES DE LA VÍA JAK

1. Fracaso a FAME. En pacientes con artritis psoriásica en los que los FAME convencionales hayan sido ineficaces (durante al menos 3 meses) o hayan tenido que retirarse por intolerancia está indicado el inicio de terapia biológica. Se empleará cualquiera de los anti-TNF asociados o no a FAME, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR

- Si riesgo de infección grave se recomienda: ETANERCEPT

EN SITUACIONES ESPECIALES:

· Embarazo o deseo gestacional y lactancia: CERTOLIZUMAB

En caso de contraindicación a anti-TNF se considerará la utilización de fármacos con diferente diana terapéutica.

Según criterios de eficiencia:

1ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o TOFACITINIB)

En pacientes con comorbilidades graves que contraindiquen la utilización de fármacos biológicos o inhibidores JAK y pacientes con artritis psoriásica leve-moderada y/o enfermedad concomitante (infección activa o crónica, neoplasia activa y esteatosis hepática) se utilizará APREMILAST.

2. Ante el fracaso terapéutico a anti-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

FALLO PRIMARIO

Se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente. Según criterios de eficiencia:

1ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o TOFACITINIB)

2ª LÍNEA ANTI-IL17A/F (BIMEKIZUMAB)

3ª LÍNEA ANTI-IL17 (IXEKIZUMAB)

4ª LÍNEA ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB o GUSELKUMAB)

· En pacientes con afectación axial se priorizará el uso de anti-IL17.

· En pacientes con afectación cutánea grave extensa se priorizará el uso de anti-IL17 o anti-IL23. Según criterios de eficiencia: 1ª LÍNEA anti-IL17; 2ª LÍNEA anti-IL23.

· Si se asocia enfermedad inflamatoria intestinal o entesitis grave se priorizará el uso de anti-IL23 sobre anti-IL17.

5ª LÍNEA ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB): si enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso a anti-IL23.

FALLO SECUNDARIO

Se considerará un segundo agente anti-TNF, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR

En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente anti-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica. Según criterios de eficiencia:

1ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o TOFACITINIB)

2ª LÍNEA ANTI-IL17A/F (BIMEKIZUMAB)

3ª LÍNEA ANTI-IL17 (IXEKIZUMAB)

4ª LÍNEA ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB o GUSELKUMAB)

· En pacientes con afectación axial se priorizará el uso de anti-IL17.

· En pacientes con afectación cutánea grave extensa se priorizará el uso de anti-IL17 o anti-IL23. Según criterios de eficiencia: 1ª LÍNEA anti-IL17; 2ª LÍNEA anti-IL23.

· Si se asocia enfermedad inflamatoria intestinal o entesitis grave se priorizará el uso de anti-IL23 sobre anti-IL17.

5ª LÍNEA ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB): si enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso a anti-IL23.

*En pacientes = 65 años, pacientes fumadores o exfumadores que fumaron durante un tiempo prolongado y aquellos con factores de riesgo cardiovascular adicionales o para el desarrollo de neoplasias se recomienda pasar a la siguiente línea terapéutica.

NOTA: Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de estos medicamentos cambien, así como con la aparición de biosimilares.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
DICTAMEN 02/2024				
ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON AGENTES BIOLÓGICOS O INHIBIDORES DE LA VÍA JAK				
1. Fracaso a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales en monoterapia o combinación durante 3-6 meses.				
Se empleará cualquiera de los anti-TNF asociados a metotrexato (MTX), priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.				
1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR				
- Si riesgo de infección grave se recomienda: ETANERCEPT				
EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES Y/O CONTRAINDICACIÓN A ANTI-TNF:				
· Monoterapia:				
1ª LÍNEA ANTI-IL6 (TOCILIZUMAB)				
2ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o FILGOTINIB)				
· En pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID): ABATACEPT				
· Embarazo o deseo gestacional y lactancia: CERTOLIZUMAB				
2. Ante el fracaso terapéutico a anti-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).				
FALLO PRIMARIO				
Se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente. Según criterios de eficiencia:				
1ª LÍNEA ANTI-IL6 (TOCILIZUMAB)				
2ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o FILGOTINIB)				
3ª LÍNEA ABATACEPT				
FALLO SECUNDARIO				
Se considerará un segundo agente anti-TNF asociado a MTX, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.				
1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR				
En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente anti-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica. Según criterios de eficiencia:				
1ª LÍNEA ANTI-IL6 (TOCILIZUMAB)				
2ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o FILGOTINIB)				
3ª LÍNEA ABATACEPT				
*En pacientes = 65 años, pacientes fumadores o exfumadores que fumaron durante un tiempo prolongado y aquellos con factores de riesgo cardiovascular adicionales o para el desarrollo de neoplasias se recomienda pasar a la siguiente línea terapéutica.				
NOTA: Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.				
Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de estos medicamentos cambien, así como con la aparición de biosimilares.				

CERTOLIZUMAB PEGOL

CERTOLIZUMAB 200MG 1ML PLUMA	inyectables	[3908126]	CIMZIA
CERTOLIZUMAB 200MG 1ML JER PREC	inyectables	[3901966] DH	CIMZIA

ETANERCEPT

ETANERCEPT 50MG/1ML PLUMA PREC		[3906921]	ETANERCEPT
ETANERCEPT 10MG JER PREC ENBREL	inyectables	(*) [3902194] DH,Restr	ENBREL
ETANERCEPT 25MG JER PREC (ERELZI)	inyectables	(*) [3907506]	ERELZI
ETANERCEPT 50MG PLU PREC (ERELZI)	inyectables	(*) [3907429]	ERELZI
ETANERCEPT 50MG 1ML JER PREC ENBREL	inyectables	(*) [3901695] DH	ENBREL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
GOLIMUMAB				
GOLIMUMAB 50MG PLUMA	inyectables	(*)	[3901965] UH	SIMPONI
GOLIMUMAB 100MG PLUMA	inyectables	(*)	[3906048]	SIMPONI
INFLIXIMAB				
INFLIXIMAB BIOSIM 100MG VIAL	inyectables	(*)	[3907427]	FLIXABI
INFLIXIMAB 100MG VIAL (REMICADE)	inyectables perfusion	(*)	[3902595] UH	REMICADE

DICTAMEN 02/2024
ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON AGENTES BIOLÓGICOS O INHIBIDORES DE LA VÍA JAK

1. Fracaso a, al menos, dos AINEs con potencia antiinflamatoria demostrada durante un periodo de 4 semanas cada uno, a la dosis máxima recomendada.
Se empleará cualquiera de los anti-TNF, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

- 1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR
- Si riesgo de infección grave se recomienda: ETANERCEPT
- EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES:
- Embarazo o deseo gestacional y lactancia: CERTOLIZUMAB
2. Ante el fracaso terapéutico a anti-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

Fallo primario
Se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente. Según criterios de eficiencia:

1ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o TOFACITINIB)

2ª LÍNEA ANTI-IL17A/F (BIMEKIZUMAB)

3ª LÍNEA ANTI-IL17 (SECUKINUMAB)

Fallo secundario
Se considerará un segundo agente anti-TNF, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª LÍNEA ANTI-TNF BIOSIMILAR

En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente anti-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica. Según criterios de eficiencia:

1ª LÍNEA INHIBIDOR VÍA JAK* (UPADACITINIB o TOFACITINIB)

2ª LÍNEA ANTI-IL17A/F (BIMEKIZUMAB)

3ª LÍNEA ANTI-IL17 (SECUKINUMAB)

*En pacientes = 65 años, pacientes fumadores o exfumadores que fumaron durante un tiempo prolongado y aquellos con factores de riesgo cardiovascular adicionales o para el desarrollo de neoplasias se recomienda pasar a la siguiente línea terapéutica.

NOTA: Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de estos medicamentos cambien, así como con la aparición de biosimilares.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AC INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA (INMUMOSUPRESORES)

ANAKINRA

ANAKINRA 100MG JER PREC	inyectables	(*) [3902693] UH	KINERET
-------------------------	-------------	------------------	---------

DICTAMEN 3/2023. POSICIONAMIENTO DE ANAKINRA Y SILTUXIMAB EN COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE TERAPIA CAR-T

DECISIÓN ADOPTADA: De acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social recogidas en el "Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células T CAR (chimeric antigen receptor) anti-CD 19 (CART-19)", en el tratamiento de las potenciales complicaciones de la terapia con productos CAR-T se contemplará, en segunda y tercera línea, el uso de ANAKINRA y SILTUXIMAB en:

- Síndrome de Liberación de Citoquinas
- Neurotoxicidad asociada a las Células Neuroefectoras
- Linfohistiocitosis Hemofagocítica / Síndrome de Activación Macrofágica

De esta forma, el empleo de estos medicamentos se efectuará según los siguientes protocolos:

- IT-CART-07: Síndrome de Liberación de Citocinas (CRS)
- IT-CART-08: Síndrome de Neurotoxicidad asociado a Células Inmunoelectoras (ICANS)
- IT-CART-09: Linfohistiocitosis Hemofagocítica Secundaria / Síndrome de Activación Macrofágica (sHLH/MAS)

BASILIXIMAB

BASILIXIMAB 20MG VIAL	inyectables	(*) [3902305] UH	SIMULECT
-----------------------	-------------	------------------	----------

BIMEKIZUMAB

BIMEKIZUMAB 160MG 1 ML PLUMA	inyectables	(*) [3908997]	BIMZELX
------------------------------	-------------	---------------	---------

GUSELKUMAB

GUSELKUMAB 100MG 1ML PLUMA	inyectables	(*) [3907137]	TREMFYA
----------------------------	-------------	---------------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
IXEKIZUMAB				
IXEKIZUMAB 80 MG PLUMA	inyectables	(*)	[3905186]	TALTZ
IXEKIZUMAB 80MG JER PREC	inyectables	(*)	[3908942]	TALTZ

DICTAMEN 14/2020
POSICIONAMIENTO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS (BRODALUMAB, GUSELKUMAB, TILDRAKIZUMAB y RISANKIZUMAB) EN LA TERAPIA DE PACIENTES ADULTOS CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA/GRAVE
INDICACIÓN: Tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico.
Con los datos disponibles hasta la fecha no se puede establecer la superioridad en eficacia o seguridad de alguna de las alternativas frente al resto. Por ello, se consideró a brodalumab, guselkumab, tildrakizumab y risankizumab como equivalentes terapéuticos. Una vez realizada la evaluación económica, y considerando en su conjunto los fármacos biológicos disponibles para el tratamiento de la psoriasis en placas disponibles en GFT, se seleccionan los tratamientos en base a dianas terapéuticas, resultando el siguiente algoritmo:

1. Fracaso a terapia sistémica con fármacos convencionales (ciclosporina, metotrexato o psoraleno más luz ultravioleta). Pacientes con psoriasis en los que los fármacos convencionales hayan sido ineficaces (durante al menos 3 meses) o hayan tenido que retirarse por intolerancia, está indicado el inicio de terapia biológica. Se empleará cualquiera de los anti-TNF biosimilares, salvo contraindicación o intolerancia.
1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR
En caso de fallo a anti-TNF podrá valorarse utilizar otro fármaco del grupo antes de cambiar de diana terapéutica.

2. Ante fracaso o contraindicación a anti-TNF, se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente, por criterios de eficiencia:
1ª OPCIÓN ANTI-IL23 (TILDRAKIZUMAB)

En aquellos pacientes que cumplan alguna de las siguientes condiciones, se podrá considerar la utilización de anti-IL17 (IXEKIZUMAB) sin haber pasado previamente por anti-IL23:
-Afectación articular.
-Localizaciones especiales como cuero cabelludo, palmo-plantar o genital.
-Formas extensas (PASI≥20; BSA>20; IGA/PGA 4 ó DLQI>20)
-Formas inestables o rápidamente progresivas que requieran actuación rápida.

3. Ante fracaso o contraindicación a anti-IL23, se empleará un tercer fármaco con mecanismo de acción diferente:
1ª OPCIÓN ANTI-IL17 (IXEKIZUMAB)

● Embarazo/lactancia: En mujeres con deseo gestacional, embarazadas o en periodo de lactancia se priorizará el uso de CERTOLIZUMAB, una vez valorado el beneficio-riesgo de tratamiento.
Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.
NOTA: El presente algoritmo de tratamiento se reevaluará tras pasado un año o en el momento en el que varíen las condiciones económicas

RISANKIZUMAB				
RISANKIZUMAB 150MG PLUMA	inyectables	(*)	[3908666]	SKYRIZI
RISANKIZUMAB 600MG 10ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3908990]	SKYRIZI

SARILUMAB				
SARILUMAB 150MG PLUMA	inyectables	(*)	[3906826] SitEsp	KEVZARA
SARILUMAB 200MG PLUMA	inyectables	(*)	[3906828]	KEVZARA
SARILUMAB 200MG JER PREC	inyectables	(*)	[3906829]	KEVZARA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

SECUKINUMAB

SECUKINUMAB 150 MG PLUMA	inyectables	(*) [3904416] Restr	COSENTYX
--------------------------	-------------	---------------------	----------

DICTAMEN CURMP 02/2018.
DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que se incluya en la Guía Farmacoterapéutica como otra alternativa terapéutica para el tratamiento de psoriasis en placas crónica de moderada a grave en pacientes adultos que no responden y/o tienen contraindicada o no toleran otras terapias sistémicas, incluyendo ciclosporina, metotrexato, acitretina, y fototerapia. Asimismo, se puede usar como tratamiento de pacientes refractarios a cualquiera de los otros agentes biológicos aprobados en esta indicación.

DICTAMEN CURMP 10/2024.ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA ACTIVA
Los objetivos del tratamiento de la hidradenitis supurativa son:
· Reducir la formación de nuevas lesiones inflamatorias, tractos sinusales y cicatrices.
· Tratar lesiones existentes y reducir los síntomas asociados (p. ej., dolor, supuración).
· Minimizar la morbilidad psicológica asociada.
En los estadios iniciales el estándar de tratamiento de la hidradenitis supurativa se basa en el uso de antibióticos tópicos y sistémicos en base a sus propiedades antiinflamatorias sobre el folículo piloso.
En pacientes con enfermedad moderada-grave (escala de Hurley II-III) con respuesta inadecuada, falta de tolerancia o recaídas frecuentes al suspender el tratamiento antibiótico está indicado el tratamiento biológico.
El tratamiento de la hidradenitis supurativa activa (acné inverso) se prioriza de la siguiente manera:
1. Tratamiento antibiótico:
- 1ª OPCIÓN ANTIBIOTERAPIA: antibióticos tópicos y sistémicos.
2. Tratamiento de la hidradenitis supurativa activa de moderada a grave con una respuesta insuficiente al tratamiento sistémico convencional de la hidradenitis supurativa.
- 1ª OPCIÓN ADALIMUMAB: pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad.
- 2ª OPCIÓN SECUKINUMAB: pacientes adultos.
NOTA: Otros esquemas terapéuticos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

SILTUXIMAB

SILTUXIMAB 100MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3907376]	SYLVANT
-----------------------	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 3/2023. POSICIONAMIENTO DE ANAKINRA Y SILTUXIMAB EN COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE TERAPIA CAR-T

DECISIÓN ADOPTADA: De acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social recogidas en el "Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células T CAR (chimeric antigen receptor) anti-CD 19 (CART-19)", en el tratamiento de las potenciales complicaciones de la terapia con productos CAR-T se contemplará, en segunda y tercera línea, el uso de ANAKINRA y SILTUXIMAB en:
- Síndrome de Liberación de Citoquinas
- Neurotoxicidad asociada a las Células Neuroefectoras
- Linfohistiocitosis Hemofagocítica / Síndrome de Activación Macrofágica

De esta forma, el empleo de estos medicamentos se efectuará según los siguientes protocolos:
- IT-CART-07: Síndrome de Liberación de Citocinas (CRS)
- IT-CART-08: Síndrome de Neurotoxicidad asociado a Células Inmunoefectoras (ICANS)
- IT-CART-09: Linfohistiocitosis Hemofagocítica Secundaria / Síndrome de Activación Macrofágica (sHLH/MAS)

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

TILDRAKIZUMAB

TILDRAKIZUMAB 100MG JER PREC	inyectables	(*) [3908006]	ILUMETRI
------------------------------	-------------	---------------	----------

DICTAMEN 14/2020
POSICIONAMIENTO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS (BRODALUMAB, GUSELKUMAB, TILDRAKIZUMAB y RISANKIZUMAB) EN LA TERAPIA DE PACIENTES ADULTOS CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA/GRAVE
INDICACIÓN: Tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico.
Con los datos disponibles hasta la fecha no se puede establecer la superioridad en eficacia o seguridad de alguna de las alternativas frente al resto. Por ello, se consideró a brodalumab, guselkumab, tildrakizumab y risankizumab como equivalentes terapéuticos. Una vez realizada la evaluación económica, y considerando en su conjunto los fármacos biológicos disponibles para el tratamiento de la psoriasis en placas disponibles en GFT, se seleccionan los tratamientos en base a dianas terapéuticas, resultando el siguiente algoritmo:

1. Fracaso a terapia sistémica con fármacos convencionales (ciclosporina, metotrexato o psoraleno más luz ultravioleta). Pacientes con psoriasis en los que los fármacos convencionales hayan sido ineficaces (durante al menos 3 meses) o hayan tenido que retirarse por intolerancia, está indicado el inicio de terapia biológica. Se empleará cualquiera de los anti-TNF biosimilares, salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR
En caso de fallo a anti-TNF podrá valorarse utilizar otro fármaco del grupo antes de cambiar de diana terapéutica.

2. Ante fracaso o contraindicación a anti-TNF, se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente, por criterios de eficiencia:
1ª OPCIÓN ANTI-IL23 (TILDRAKIZUMAB)

En aquellos pacientes que cumplan alguna de las siguientes condiciones, se podrá considerar la utilización de anti-IL17 (IXEKIZUMAB) sin haber pasado previamente por anti-IL23:
-Afectación articular.
-Localizaciones especiales como cuero cabelludo, palmo-plantar o genital.
-Formas extensas (PASI≥20; BSA>20; IGA/PGA 4 ó DLQI>20)
-Formas inestables o rápidamente progresivas que requieran actuación rápida.

3. Ante fracaso o contraindicación a anti-IL23, se empleará un tercer fármaco con mecanismo de acción diferente:
1ª OPCIÓN ANTI-IL17 (IXEKIZUMAB)

● Embarazo/lactancia: En mujeres con deseo gestacional, embarazadas o en periodo de lactancia se priorizará el uso de CERTOLIZUMAB, una vez valorado el beneficio-riesgo de tratamiento.
Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.
NOTA: El presente algoritmo de tratamiento se reevaluará tras pasado un año o en el momento en el que varíen las condiciones económicas

TOCILIZUMAB

TOCILIZUMAB (BIO) 162MG/0,9ML PLUM PREC	inyectables	(*) [3909418]	TOCILIZUMAB BIOSIMILAR
TOCILIZUMAB (BIO) 20MG/ML 10ML VIAL INY	inyectables	(*) [3909419]	TOCILIZUMAB BIOSIMILAR
TOCILIZUMAB 162MG 0,9ML PLUMA PRECARG	inyectables	(*) [3908007]	AVTOZMA
TOCILIZUMAB 200MG 10ML VIAL	inyectables	(*) [3901892] UH	ROACTEMRA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
USTEKINUMAB				
USTEKINUMAB (BIOSIM) 45MG 0,5ML JER PREC		(*)	[3909111]	WEZENLA
USTEKINUMAB (BIOSIMIL) 90MG 1ML JER PREC		(*)	[3909112]	WEZENLA
USTEKINUMAB (BIOSIM) 130MG/26ML VIAL SOL	inyectables	(*)	[3909118]	WEZENLA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 11/2025

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA/GRAVE

1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-TNF BIOSIMILAR (INFLIXIMAB IV $\pm$ AZA o ADALIMUMAB)

Ver ANEXO 1 para CONTRAINDICACIÓN A ANTI-TNF, SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES y TOXICIDAD A ANTI-TNF. Ante el fracaso terapéutico a ANTI-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

FALLO PRIMARIO

Ante fallo primario existen 3 escenarios:

- Niveles plasmáticos bajos + anticuerpos ausentes/bajos: optimizar dosis +/- inmunomoduladores
- Niveles plasmáticos bajos + anticuerpos altos: cambio a otro ANTI-TNF o cambio de diana
- Niveles en rango (fallo farmacodinámico): cambio de diana

Si cambio de diana terapéutica, se establece el siguiente orden según criterios de eficiencia:

2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB biosimilar)

3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: INHIBIDOR VÍA JAK (iJAK)* (UPADACITINIB)

4ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB)

5ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-INTEGRINA** (VEDOLIZUMAB)

FALLO SECUNDARIO

2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-TNF BIOSIMILAR

En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente ANTI-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica.

Según criterios de eficiencia:

3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB biosimilar)

4ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: INHIBIDOR VÍA JAK (iJAK)* (UPADACITINIB)

5ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB)

6ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-INTEGRINA** (VEDOLIZUMAB)

*Contraindicación a iJAK:

En pacientes $\geq$ 65 años, pacientes fumadores o exfumadores que fumaron durante un tiempo prolongado y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular o con riesgo de desarrollo de neoplasias se recomienda pasar a la siguiente línea terapéutica. Podrán recibir iJAK únicamente en el caso de que no existan alternativas terapéuticas adecuadas.

**ANTI-INTEGRINA (VEDOLIZUMAB)

Se priorizará el uso de VEDOLIZUMAB en pacientes con tumores no digestivos especialmente recientes y/o agresivos, o con elevado riesgo de recidiva.

Manifestaciones extraintestinales:

En aquellos pacientes con enfermedad de Crohn y manifestaciones extraintestinales se priorizarán los fármacos con indicación en ambas patologías:

- Artritis idiopática juvenil: adalimumab.
- Artritis psoriásica: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Artritis reumatoide: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Dermatitis atópica: Consultar dictamen de “Terapia de la dermatitis atópica”.
- Espondilitis anquilosante: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Hidradenitis supurativa: Consultar dictamen de “Abordaje terapéutico de la hidradenitis supurativa activa”.
- Psoriasis: Consultar dictamen de “Terapia de pacientes adultos con psoriasis en placas moderada/grave”.
- Uveítis: adalimumab.

NOTA: Otros fármacos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de estos medicamentos cambien, así como con la aparición de biosimilares.

ANEXO 1

CONTRAINDICACIÓN A ANTI-TNF Y/O SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES:

Absolutas:

- Antecedentes de neoplasia: podrá valorarse individualmente en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tipo de tumor y tipo de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Alergia a proteínas de origen murino (para infliximab).
- Enfermedades neurológicas desmielinizantes.
- Insuficiencia cardíaca moderada a grave (NYHA clases III/IV).
- Riesgo de infección aumentado: enfermedad hepática/pulmonar grave, antecedente de infecciones oportunistas, VIH, inmunodepresión, ingreso por infección grave, etc.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
- Tuberculosis activa o latente con antecedente de tuberculosis grave, otras infecciones graves tales como sepsis e infecciones oportunistas. - EPID. Relativas: - Reacciones adversas a ANTI-TNF. - Lupus eritematoso sistémico. - Vacunación reciente con gérmenes vivos (<3 semanas). TOXICIDAD A ANTI-TNF: - Reactivación del VHB. - Insuficiencia cardiaca congestiva. - Infecciones graves. - Enfermedad del suero (reacción de hipersensibilidad retardada). - Procesos inmunomediados paradójicos (psoriasis, alopecia...). Efectos de clase. - Reacciones hematológicas. - Lupus eritematoso sistémico/síndrome tipo lupus. - Trastornos desmielinizantes. - Trastornos hepatobiliares. - Linfomas, linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL), leucemia, carcinoma de células de Merkel, melanoma, neoplasias pediátricas, sarcoidosis/reacción tipo sarcoidosis. - Reacciones graves a la perfusión con infliximab (podrá emplearse adalimumab).				

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AD INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA

CICLOSPORINA

CICLOSPORINA 25MG CAPS	capsulas	[3901623] DH	SANDIMMÚN NEORAL
CICLOSPORINA 50MG CAPS	capsulas	[3901624] DH	SANDIMMÚN NEORAL
CICLOSPORINA 100MG CAPS	capsulas	[3901625] DH	SANDIMMÚN NEORAL
CICLOSPORINA 50MG 1ML VIAL	inyectables perfusion	[3906876]	CICLOSPORINA
CICLOSPORINA 50MG 1ML AMP	inyectables perfusion	[3901910] UH	SANDIMMUN
CICLOSPORINA 100MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3901627] DH	SANDIMMÚN NEORAL

TACROLIMUS

TACROLIMUS 0,5MG CAPS (PROGRAF)	capsulas	[3903498]	PROGRAF
TACROLIMUS 1MG CAPS (PROGRAF)	capsulas	[3903497]	PROGRAF
TACROLIMUS 0,5MG CAPS	capsulas	[3902137] DH	ADOPORT
TACROLIMUS 1MG CAPS	capsulas	[3902138] DH	ADOPORT
TACROLIMUS 5MG CAPS	capsulas	[3902136] DH	ADOPORT
TACROLIMUS 5MG CAPS (PROGRAF)	capsulas	[3903496]	PROGRAF
TACROLIMUS 5MG CAPS RETARD (ADVAGRAF)	capsulas liberacion modif	[3901774] DH	ADVAGRAF
TACROLIMUS 0,5MG CAPS RETARD (ADVAGRAF)	capsulas liberacion modif	[3901772] DH	ADVAGRAF
TACROLIMUS 1MG CAPS RETARD (ADVAGRAF)	capsulas liberacion modif	[3901773] DH	ADVAGRAF
TACROLIMUS 0,75MG COMP RETARD (ENVARUSUS)	comprimidos retard	[3905077] DH	ENVARUSUS
TACROLIMUS 1 MG COMP RETARD (ENVARUSUS)	comprimidos retard	[3905078] DH	ENVARUSUS
TACROLIMUS 4 MG COMP RETARD (ENVARUSUS)	comprimidos retard	[3905079] DH	ENVARUSUS
TACROLIMUS 5MG 1ML VIAL	inyectables perfusion	[3906887]	TACROLIMUS
TACROLIMUS 5MG 1ML AMP	inyectables perfusion	[3902166] UH	PROGRAF
FM TACROLIMUS 0,5MG/ML 100 ML SUSP PEDIATRÍA	solucion/suspension oral	[4006201]	FM TACROLIMUS

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AE MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P)

OZANIMOD

OZANIMOD 0,92MG CAP	capsulas	[3908887]	ZEPOSIA
OZANIMOD INICIO 0,23MG/0,46MG CAP	capsulas	[3908886]	ZEPOSIA

PONESIMOD

PONESIMOD 20MG COMP	comprimidos	[3908833]	PONVORY
PONESIMOD INICIO COMP	comprimidos	[3908832]	PONVORY

SIPONIMOD

SIPONIMOD 1MG COMP RECUB	comprimidos	[3908806]	MAYZENT
SIPONIMOD 2MG COMP RECUB	comprimidos	[3908360]	MAYZENT

DICTAMEN 17/2023: ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA Y SECUNDARIA PROGRESIVA (2023)

El tratamiento de la esclerosis múltiple primaria progresiva y secundaria progresiva queda establecido del siguiente modo:

A. Esclerosis múltiple primaria progresiva con actividad:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: OCRELIZUMAB
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si intolerancia, fallo terapéutico o contraindicación para el uso de ocrelizumab): RITUXIMAB (según protocolo de uso hospitalario, fuera de ficha técnica)

B. Esclerosis múltiple secundaria progresiva con actividad:

- FÁRMACOS INDICADOS EN FORMAS RECURRENTES (de acuerdo con los criterios de priorización establecidos en el Dictamen 16/2023 sobre posicionamiento en la terapia de la esclerosis múltiple recurrente)
- OPCIÓN ALTERNATIVA: SIPONIMOD (en función de criterios individuales)

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AF INHIBIDORES DE LA QUINASA JAK

BARICITINIB

BARICITINIB 2MG COMP	comprimidos	[3905689]	OLUMIANT
BARICITINIB 4MG COMP	comprimidos	[3905690]	OLUMIANT

DICTAMEN 22/2023: BARICITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA GRAVE
DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:
Tratamiento de la alopecia areata grave en pacientes adultos con:
– Pérdida de pelo de una extensión ≥ 50% del cuero cabelludo.
– Episodio actual de más de 6 meses de duración.
– Tras uso de corticoesteroides orales sistémicos en monoterapia o en combinación con inmunosupresores, o en los casos de contraindicación a corticoides.

Se excluyen:
– Pacientes > 65 años.
– Pacientes con alopecia areata de subtipo difuso u otras formas de alopecia.
– Pacientes con un episodio actual de más de 8 años a menos que se hayan observado episodios de recrecimiento en las zonas afectadas del cuero cabelludo en los últimos 8 años.

Debe reevaluarse la necesidad de continuar el tratamiento en la semana 36 mediante la medida de la variable SALT (Severity of Alopecia Tool) ≤ 20% (afectación ≤ 20% del cuero cabelludo, es decir, afectación leve).
Este dictamen podrá ser revisado en el momento en que existan alternativas de tratamiento disponibles.

FILGOTINIB

FILGOTINIB 100MG COMP	comprimidos	[3908754]	JYSELECA
FILGOTINIB 200MG COMP	comprimidos	[3908755]	JYSELECA

TOFACITINIB

TOFACITINIB 10MG COMP	comprimidos	[3907337]	XELJANZ
TOFACITINIB 5MG COMP	comprimidos	[3906386]	XELJANZ

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
UPADACITINIB				
UPADACITINIB 15MG COMP LIB PROLONG	comprimidos retard		[3908146]	RINVOQ
UPADACITINIB 30MG COMP LIB PROLONG	comprimidos retard		[3908906]	RINVOQ
UPADACITINIB 45MG COMP LIB PROLONG	comprimidos retard		[3909017]	RINVOQ

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 12/2025

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCEROSA MODERADA/GRAVE

1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-TNF BIOSIMILAR (INFLIXIMAB IV ± AZA o ADALIMUMAB)

Ver ANEXO 1 para CONTRAINDICACIÓN A ANTI-TNF, SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES y TOXICIDAD A ANTI-TNF. Ante el fracaso terapéutico a ANTI-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

FALLO PRIMARIO

Ante fallo primario existen 3 escenarios:

- Niveles plasmáticos bajos + anticuerpos ausentes/bajos: optimizar dosis +/- inmunomoduladores
- Niveles plasmáticos bajos + anticuerpos altos: cambio a otro ANTI-TNF o cambio de diana
- Niveles en rango (fallo farmacodinámico): cambio de diana

Si cambio de diana terapéutica, se establece el siguiente orden según criterios de eficiencia:

2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: INHIBIDOR VÍA JAK (iJAK)* (UPADACITINIB)

3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB)

4ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB)

5ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-INTEGRINA** (VEDOLIZUMAB)

6ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: MODULADOR R-ESFINGOSINA (ETRASIMOD)

7ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL23 (MIRIKIZUMAB)

FALLO SECUNDARIO

2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-TNF BIOSIMILAR

En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente ANTI-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica.

Según criterios de eficiencia:

3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: INHIBIDOR VÍA JAK (iJAK)* (UPADACITINIB)

4ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL23 (RISANKIZUMAB)

5ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB)

*Contraindicación a iJAK:

En pacientes = 65 años, pacientes fumadores o exfumadores que fumaron durante un tiempo prolongado y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular o con riesgo de desarrollo de neoplasias se recomienda pasar a la siguiente línea terapéutica. Podrán recibir iJAK únicamente en el caso de que no existan alternativas terapéuticas adecuadas.

**ANTI-INTEGRINA (VEDOLIZUMAB)

Se priorizará el uso de VEDOLIZUMAB en pacientes con tumores no digestivos especialmente recientes y/o agresivos, o con elevado riesgo de recidiva.

Manifestaciones extraintestinales:

En aquellos pacientes con colitis ulcerosa y manifestaciones extraintestinales se priorizarán los fármacos con indicación en ambas patologías:

- Artritis idiopática juvenil: adalimumab.
- Artritis psoriásica: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Artritis reumatoide: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Dermatitis atópica: Consultar dictamen de “Terapia de la dermatitis atópica”.
- Espondilitis anquilosante: Consultar dictamen de “Terapia de enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes”.
- Hidradenitis supurativa: Consultar dictamen de “Abordaje terapéutico de la hidradenitis supurativa activa”.
- Psoriasis: Consultar dictamen de “Terapia de pacientes adultos con psoriasis en placas moderada/grave”.
- Uveítis: adalimumab.

RESERVORITIS:

El abordaje terapéutico de las reservoritis queda establecido del siguiente modo: Tratamiento antibiótico > ANTI-TNF > VEDOLIZUMAB IV

NOTA: Otros fármacos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia. Este dictamen podrá ser revisado en el momento en el que las condiciones de indicación y de financiación de estos medicamentos cambien, así como con la aparición de biosimilares.

ANEXO 1

CONTRAINDICACIÓN A ANTI-TNF Y/O SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES:

Absolutas:

- Antecedentes de neoplasia: podrá valorarse individualmente en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tipo de tumor y tipo de enfermedad inflamatoria intestinal.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
- Alergia a proteínas de origen murino (para infliximab). - Enfermedades neurológicas desmielinizantes. - Insuficiencia cardíaca moderada a grave (NYHA clases III/IV). - Riesgo de infección aumentado: enfermedad hepática/pulmonar grave, antecedente de infecciones oportunistas, VIH, inmunodepresión, ingreso por infección grave, etc. - Tuberculosis activa o latente con antecedente de tuberculosis grave, otras infecciones graves tales como sepsis e infecciones oportunistas. - EPID. Relativas: - Reacciones adversas a ANTI-TNF. - Lupus eritematoso sistémico. - Vacunación reciente con gérmenes vivos (<3 semanas). TOXICIDAD A ANTI-TNF: - Reactivación del VHB. - Insuficiencia cardíaca congestiva. - Infecciones graves. - Enfermedad del suero (reacción de hipersensibilidad retardada). - Procesos inmunomediados paradójicos (psoriasis, alopecia...). Efectos de clase. - Reacciones hematológicas. - Lupus eritematoso sistémico/síndrome tipo lupus. - Trastornos desmielinizantes. - Trastornos hepatobiliares. - Linfomas, linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL), leucemia, carcinoma de células de Merkel, melanoma, neoplasias pediátricas, sarcoidosis/reacción tipo sarcoidosis. - Reacciones graves a la perfusión con infliximab.				

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AG ANTICUERPOS MONOCLONALES INMUNOSUPRESORES

ALEMTUZUMAB

ALEMTUZUMAB 12 MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3903730] Restr	LEMTRADA
------------------------	-----------------------	---------------------	----------

DICTAMEN 16/2023: ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE Y SÍNDROME DESMIELINIZANTE AISLADO (2023)

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
ANIFROLUMAB				
ANIFROLUMAB 300MG 2ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3909059]	SAPHNELO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 15/2025

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EXTRARRENAL

1. INICIO DE TRATAMIENTO

Todos los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) extrarrenal moderado-grave (SLEDAI > 6) deben recibir:

- Hidroxicloroquina (HCQ) a dosis adecuadas, siempre que no exista contraindicación absoluta y,
- Glucocorticoides (GC) en la dosis más baja posible para controlar la actividad, valorando la conveniencia de tratar con pulsos de metilprednisolona (125-500 mg IV) según manifestaciones y gravedad de las mismas y,
- Inmunosupresor convencional: micofenolato de mofetilo (MMF) o azatioprina (AZA) o metotrexato (MTX), a dosis estándar. Ciclofosfamida (CYC) en el caso de vasculitis, encefalitis y nefritis lúpica.

Las variables clínicas requeridas al inicio del tratamiento farmacológico son las siguientes:

- Puntuación en la escala SLEDAI.
- Niveles de C3 (mg/dL).
- Niveles de C4 (mg/dL).
- Titulación de anticuerpos anti-DNA: prueba positiva confirmada por inmunofluorescencia con Crithidia luciliae.
- Tratamiento específico previo para LES (fármacos, dosis y fechas de tratamiento).
- Tratamiento específico actual para LES administrado conjuntamente (fármaco, dosis y fecha de inicio).
- Nefropatía lúpica activa: estimación del filtrado, proteinuria, microhematuria.
- Manifestaciones clínicas del sistema nervioso central (SNC).

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS (BELIMUMAB O ANIFROLUMAB)

Se consideran candidatos los pacientes que cumplen todos los siguientes criterios:

- Pacientes adultos = 18 años (belimumab IV = 5 años).
- Persistencia de actividad de la enfermedad (SLEDAI > 6) a pesar del tratamiento con HCQ y agentes inmunosupresores (MMF, AZA, MTX y/o CYC en los casos indicados) después de 12 semanas con una dosis superior a 5 mg/día de prednisona o equivalente.

No se consideran candidatos a recibir tratamiento con anifrolumab o belimumab:

- Pacientes con manifestaciones de LES aisladas o predominantes en el SNC.
- Pacientes con infección activa o crónica grave clínicamente significativa.
- Pacientes que reciben tratamiento simultáneo con otro fármaco biológico para el LES.
- Además, en el caso de belimumab:
- Pacientes con trasplante renal y/o de órganos mayores o trasplante de células madres hematopoyéticas/médula ósea.
- Pacientes con hipogammaglobulinemia (IgG < 400 mg/dL) o deficiencia de IgA (IgA < 10 mg/dL).

2. POSICIONAMIENTO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS

1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: BELIMUMAB SC*

*Con carácter excepcional y de forma individualizada: belimumab IV.

2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ANIFROLUMAB

SE PRIORIZARÁ en las siguientes situaciones clínicas:

- Afectación cutánea grave (CLASI > 20) o artritis persistente a las 12 semanas de tratamiento.
- Falta de respuesta o intolerancia (efectos adversos) documentada a belimumab.
- Pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular que necesiten una rápida reducción de la dosis de corticoides (VER ANEXO 1).

3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: RITUXIMAB

Debe considerarse como terapia de 3ª línea en LES extrarrenal moderado-grave, en las siguientes situaciones clínicas (Uso Fuera de Indicación RD 1015/2009):

- Manifestaciones hematológicas graves: anemia hemolítica autoinmune o trombocitopenia.
- Paciente neuropsiquiátrico refractario: síntomas neurológicos graves (psicosis, convulsiones) tras el fracaso de inmunosupresores y GC.
- Vasculitis severa con riesgo vital.

USO TEMPRANO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS:

En pacientes con alto riesgo de daño acumulativo que ya presenten daño establecido (SDI > 0), considerar el uso de biológicos (belimumab o anifrolumab) tras el diagnóstico y evaluación inicial, especialmente si el daño puede ser debido al uso crónico de corticoides.

3. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

Las variables clínicas necesarias para el seguimiento o la discontinuación del tratamiento farmacológico se evaluarán cada 6 meses. Por lo tanto, la duración de la prescripción tendrá una validez de 6 meses.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

Las variables son las siguientes:

- Empeoramiento o nueva afectación de otros órganos, con manifestaciones clínicas moderadas o severas.
- Tratamiento específico actual para el LES administrado conjuntamente (fármaco, dosis y fecha de inicio).
- Motivo de discontinuación del tratamiento, si aplica.

Escalas:

- SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index
- CLASI: Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index
- SDI: Systemic Damage Index

ANEXO I: CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Se utilizarán los modelos de riesgo SCORE2 para estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) mortal y no mortal a 10 años en individuos sin diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedades genéticas relacionadas con la tensión arterial (TA) o los lípidos. En particular, se utilizará la estimación para regiones de bajo riesgo que incluye a España.

Pacientes entre 40-69 años: El modelo SCORE2 estima el riesgo a 10 años de infarto de miocardio no mortal, ictus no mortal o mortalidad cardiovascular. Calculadora online SCORE2.

Pacientes a partir de 70 años: El modelo SCORE2-Older Persons (SCORE2-OP) estima el riesgo a 5 y a 10 años de infarto de miocardio no mortal, ictus no mortal o mortalidad cardiovascular. Calculadora online SCORE2-OP.

En el caso de pacientes con ECV establecida, DM, ERC o enfermedad genética relacionada con la TA o los lípidos, se estratificará directamente el riesgo cardiovascular (RCV) sin necesidad de una estimación cuantitativa, en base al algoritmo propuesto en las Guías ESC 2019.

Alto RCV: Son aquellos con un riesgo SCORE a los 10 años de presentar ECV = 5% y < 10%, que conlleva un objetivo de LDL-C < 70 mg/dL y una reducción del LDL-C = 50% sobre la cifra basal. En este subgrupo de pacientes están:

- Aquellos con un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) marcadamente elevado, como colesterol total (CT) > 310 mg/dL o LDL-C > 190 mg/dL o TA = 180/110 mmHg.
- Hipercolesterolemia familiar (HCF) sin otros FRCV.
- ERC moderada, filtrado glomerular (FG) = 30-59 mL/min/1.73 m2.
- Diabéticos sin daños en órganos diana de = 10 años de evolución u otro FRCV adicional.

Muy Alto RCV: Son aquellos con un riesgo SCORE a los 10 años de presentar ECV = 10%, que conlleva un objetivo de LDL-C < 55 mg/dL y una reducción del LDL-C = 50% sobre la cifra basal. En este subgrupo de pacientes están:

- Aquellos con ECV clínica o diagnosticada por imagen (Ej.: estenosis carotídea = 50%).
- HCF con ECV o uno o más FRCV.
- ERC severa o terminal, FG < 30 mL/min/1.73 m2.
- DM y lesión en órgano diana o 3 FRCV importantes (HTA, obesidad, fumador, dislipemia, varón = 55 años o mujer = 65 años); o inicio temprano de DM1 de larga duración (> 20 años).

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
BELIMUMAB				
BELIMUMAB 200MG 1ML JER PREC	inyectables	(*)	[3906969]	BENLYSTA
BELIMUMAB 120MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902182] UH	BENLYSTA
BELIMUMAB 400MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902181] UH	BENLYSTA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 20/2025 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA NEFRITIS LÚPICA CLASE III, IV ± V

TRATAMIENTO

- Hidroxicloroquina (HCQ): se ha de utilizar en todos los pacientes, a dosis adecuadas, siempre que no exista contraindicación absoluta. Es fundamental asegurar el cumplimiento del tratamiento con HCQ para evitar recaídas, ya que este fármaco prolonga la remisión durante la terapia inmunosupresora y contribuye a mejorar el pronóstico renal. Dosis máxima: 5 mg/kg/día, sin superar los 400 mg/día.

- Consideraciones generales:

1. El tratamiento no inmunosupresor es fundamental durante la fase de inducción y de mantenimiento. En pacientes con nefritis lúpica (NL), son especialmente importantes: un estilo de vida saludable —que incluya ejercicio físico regular, evitar el sobrepeso y el tabaquismo—, la fotoprotección constante y el control y tratamiento de todos los factores de riesgo cardiovascular.

2. El tratamiento estándar habitual de la NL incluye:

a. Control de la presión arterial (PA) con IECA o ARA-II, titulando la dosis hasta alcanzar una PA objetivo <120/75 mmHg si la proteinuria es >1 g/24h, y <130/80 mmHg si la proteinuria es <1 g/24h, asociando, si fuera preciso, otros hipotensores para alcanzar estas cifras.

b. Control de la proteinuria utilizando, si es posible, IECA o ARA-II. Valorar el uso de iSGLT2 y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides para alcanzar el objetivo terapéutico.

3. El tratamiento inmunosupresor debe mantenerse entre 3 y 5 años tras alcanzar la remisión clínica. Durante este periodo, se recomienda reducir gradualmente la dosis de los fármacos inmunosupresores para mejorar la tolerabilidad, consolidar la respuesta terapéutica y prevenir nuevos brotes.

FASE DE INDUCCIÓN: 3-6 meses de duración. SE RECOMIENDA TRIPLE TERAPIA INICIAL.

1. Corticosteroides. Todos los pacientes deben recibirlos (salvo contraindicación) en combinación con otros inmunosupresores. Como régimen de elección, se recomiendan pulsos de 6-metilprednisolona por vía intravenosa (IV) (250-500 mg/día) durante 3 días consecutivos, seguidos de un régimen de dosis reducida con prednisona oral (o equivalente) ≤0,5 mg/kg/día (máximo 40 mg/día), con una disminución progresiva hasta ≤5 mg/día a los 6 meses, si la evolución clínica lo permite.

2. Ácido micofenólico y análogos (MPAA) [en dosis equivalentes a 2 g/día de micofenolato de mofetilo (MMF)] o ciclofosfamida IV [utilizando, preferiblemente, la pauta "Eurolupus": 500 mg/2 semanas vía IV, durante 6 ciclos].

- MMF: Se recomienda su uso por su menor toxicidad, especialmente en pacientes en edad fértil y con buen cumplimiento terapéutico.

- Ciclofosfamida IV: Se recomienda reservar su uso para pacientes con riesgo de incumplimiento terapéutico, o que presenten contraindicaciones o intolerancia a MPAA.

3. Belimumab o inhibidores de la calcineurina (tacrolimus o voclosporina). Según el perfil clínico del paciente:

- Si existe proteinuria ≥3 g/24h o síndrome nefrótico completo, se recomiendan los inhibidores de la calcineurina como tratamiento de elección, siempre que la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) sea ≥30 mL/min/1,73 m². Se dispone de datos limitados sobre el uso de voclosporina en pacientes con una TFGe basal de 30 a <45 mL/min/1,73 m². Únicamente se recomienda utilizar voclosporina en estos pacientes si el beneficio supera el riesgo.

- Si hay manifestaciones extrarrenales y/o alta actividad serológica (títulos elevados de anti-dsDNA y/o consumo de complemento y/o aumento de anti-C1q) o antecedentes de recaídas o necesidad de reducir la dosis de corticoides, se recomienda belimumab como tratamiento de elección.

FASE DE MANTENIMIENTO: 3-5 años tras la obtención de la remisión.

1. HCQ. Tratamiento de forma continuada, salvo contraindicación absoluta o intolerancia.

2. Corticosteroides. Prednisona oral: 2,5-5 mg/día. Considerar la retirada a los 18-24 meses desde inicio del tratamiento, en pacientes que presenten remisión clínica e inmunológica.

3. MPAA. Reducción gradual y progresiva de la dosis de MPAA a partir de los 18-24 meses, con el objetivo final de su retirada después de 3 a 5 años de tratamiento.

4. Azatioprina (AZA). Dosis 1,5-2 mg/kg/día. En pacientes con intolerancia/contraindicación a MPAA después de ciclofosfamida y en pacientes gestantes. Reducción gradual y progresiva de la dosis de AZA a partir de los 18-24 meses, con el objetivo final de su retirada después de 3 a 5 años de tratamiento.

5. Belimumab. Tratamiento individualizado.

6. Inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, voclosporina, ciclosporina). Tras 9-18 meses de tratamiento, iniciar una retirada progresiva en pacientes con respuesta completa. En aquellos con respuesta parcial, considerar la retirada entre los 12 y 24 meses. La pauta debe individualizarse según la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento.

1. BELIMUMAB: Dosis: 400 mg SC/semana durante 4 semanas y, posteriormente, 200 mg SC/semana.

1.1. INICIO DEL TRATAMIENTO

- Pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) ≥18 años y presencia de NL activa de clase III, IV o V (incluyendo las clases mixtas III/V y IV/V).

- En combinación con corticoides y MPAA o ciclofosfamida para la terapia de inducción, o MPAA o AZA para la terapia de mantenimiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

1.2. NO SE CONSIDERAN CANDIDATOS A RECIBIR BELIMUMAB

- Pacientes con infección activa grave.
- Pacientes con trasplante renal y/o de órganos mayores o trasplante de células madre hematopoyéticas.
- Pacientes con infección activa o latente por VHB, VHC o VIH en ausencia de tratamiento antiviral específico.
- Pacientes en tratamiento con otras terapias biológicas (uso concomitante contraindicado).
- Pacientes con hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dL) o deficiencia de IgA (IgA <10 mg/dL).
- En pacientes con valores basales del cociente proteína/creatinina (P/C) >3 g/g, considerando los resultados del análisis de subgrupos no pre-especificado que sugieren beneficios inferiores en este subgrupo de pacientes, se recomienda evaluar cuidadosamente la conveniencia de iniciar el tratamiento con belimumab.

1.3. SEGUIMIENTO

1.3.1. Variables clínicas requeridas al inicio del tratamiento y a los 3, 6 y 12 meses:

- Analítica con función renal (creatinina y TFG_e), hemograma, perfil lipídico y glucemia.
- Marcadores de actividad de la enfermedad (autoanticuerpos anti-dsDNA y niveles de complemento C3 y C4).
- Presión arterial.
- Control y ajuste de las dosis requeridas de corticoides orales.
- Registro de los tratamientos concomitantes (fármaco, dosis y duración).
- Reacciones adversas.
- Fecha y tipo de biopsia (al inicio).

1.3.2. Renovación: 12 meses.

Evaluación de la efectividad para la continuación del tratamiento, definida como el cumplimiento de todos los siguientes criterios:

- Reducción de la dosis de glucocorticoides a ≤5 mg/día tras 12 meses de tratamiento.
- Incremento progresivo de la TFG_e, llegando a normalizarse o, al menos, sin un descenso superior al 10% respecto al valor basal tras 12 meses de tratamiento.
- Mejoría de la proteinuria: reducción ≥50% respecto al valor basal.

1.3.3. Renovaciones posteriores.

El médico responsable deberá aportar evidencia de que se ha mantenido la respuesta clínica inicial obtenida tras los primeros 12 meses de tratamiento con belimumab. Las solicitudes de renovación posteriores deberán ser evaluadas anualmente. La duración del tratamiento será determinada de forma individualizada.

1.3.4. Suspensión del tratamiento.

Se suspenderá el tratamiento con belimumab en caso de:

- Falta de respuesta a los 12 meses de tratamiento.
 - Descenso de la TFG_e >20% con respecto al valor basal.
 - Remisión renal completa: se valorará la retirada progresiva del tratamiento inmunosupresor.
- Se recomienda iniciar la retirada con los glucocorticoides, seguida de los inmunosupresores convencionales y, finalmente, los anticuerpos monoclonales. Belimumab deberá retirarse de forma lenta y progresiva al cabo de 3 a 5 años tras alcanzar la remisión clínica.
- Falta de adherencia al tratamiento o negativa expresa del paciente a continuar con el tratamiento.
 - Planificación o confirmación de embarazo. Categoría C de riesgo en el embarazo. Valorar balance beneficio-riesgo de forma individualizada.
 - Uso de corticosteroides fuera de los límites terapéuticos establecidos, así como la terapia con anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) u otros fármacos biológicos.

2. INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA (TACROLIMUS Y VOCLOSPORINA):

Dosis:

- Tacrolimus: 0,1-0,15 mg/kg/día y ajustar, posteriormente, a niveles plasmáticos entre 3-5 ng/dL (o a 5-8 ng/dL en caso de falta de respuesta).
- Voclosporina: 23,7 mg dos veces al día vía oral. Ajuste terapéutico en función de la TFG_e según ficha técnica.

2.1. INICIO DEL TRATAMIENTO

- Pacientes con diagnóstico de LES ≥18 años y presencia de NL activa de clase III, IV o V (incluyendo las clases mixtas III/V y IV/V) o,
 - Pacientes con proteinuria >3 g/24h para las clases III y IV (incluyendo las clases mixtas III/V y IV/V), o con proteinuria >1 g/24h para pacientes con componente membranoso (clase V).
 - Siempre en combinación con corticoides y MMF y en pacientes con una TFG_e basal ≥30 mL/min/1,73 m². Se dispone de datos limitados sobre el uso de voclosporina en pacientes con una TFG_e basal de 30 a <45 mL/min/1,73 m². Únicamente se recomienda utilizar voclosporina en estos pacientes si el beneficio supera el riesgo.
- NOTA: Se limita la financiación de voclosporina a pacientes con contraindicación, aparición de efectos adversos no deseados o situaciones en las que no sea adecuada la utilización de tacrolimus. No se financia en combinación con

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
belimumab y ciclofosfamida.				
2.2. SEGUIMIENTO				
2.2.1. Variables clínicas requeridas al inicio del tratamiento y a los 3, 6 y 12 meses:				
- Analítica con función renal (creatinina y TFG), hemograma, perfil lipídico y glucemia.				
- Marcadores de actividad de la enfermedad (autoanticuerpos anti-dsDNA y niveles de complemento C3 y C4).				
- Presión arterial.				
- Control y ajuste de las dosis requeridas de corticoides orales.				
- Registro de los tratamientos concomitantes (fármaco, dosis y duración).				
- Reacciones adversas.				
- Riesgo de interacciones.				
3. RITUXIMAB:				
Alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la nefritis lúpica refractaria. Utilización según protocolo de uso hospitalario. Uso fuera de indicación (RD 1015/2009).				
El presente dictamen anula al Dictamen 05/2023 “Belimumab en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico activo y de la nefritis lúpica activa”.				

NATALIZUMAB

NATALIZUMAB BIOSIMILAR 300MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3909073]	NATALIZUMAB
NATALIZUMAB 300MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3901698] UH	TYSABRI

OCRELIZUMAB

OCRELIZUMAB 300MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3906967]	OCREVUS
DICTAMEN 17/2023: ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA Y SECUNDARIA PROGRESIVA (2023)			
El tratamiento de la esclerosis múltiple primaria progresiva y secundaria progresiva queda establecido del siguiente modo:			
A. Esclerosis múltiple primaria progresiva con actividad:			
- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: OCRELIZUMAB			
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si intolerancia, fallo terapéutico o contraindicación para el uso de ocrelizumab): RITUXIMAB (según protocolo de uso hospitalario, fuera de ficha técnica)			
B. Esclerosis múltiple secundaria progresiva con actividad:			
- FÁRMACOS INDICADOS EN FORMAS RECURRENTES (de acuerdo con los criterios de priorización establecidos en el Dictamen 16/2023 sobre posicionamiento en la terapia de la esclerosis múltiple recurrente)			
- OPCIÓN ALTERNATIVA: SIPONIMOD (en función de criterios individuales)			

OFATUMUMAB

OFATUMUMAB 20MG 0,4ML PLUMA	inyectables	(*) [3908895]	KESIMPTA
-----------------------------	-------------	---------------	----------

L04AH INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR

SIROLIMUS

SIROLIMUS 0,5MG COMP	comprimidos	[3902009] DH	RAPAMUNE
SIROLIMUS 1MG COMP	comprimidos	[3902847] DH	RAPAMUNE
SIROLIMUS 1MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [3902745] DH	RAPAMUNE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AJ INHIBIDORES DEL SISTEMA DEL COMPLEMENTO

ECULIZUMAB

ECULIZUMAB BIOSIMILAR 300MG 30ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3908904]	BEKEMV
ECULIZUMAB 300 MG VIAL	inyectables perfusion	(*) [3903388] Restr	SOLIRIS

DICTAMEN 09/2019: ECULIZUMAB EN HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA
DECISIÓN ADOPTADA: Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación del mismo. Categoría D-2.

Se valorarán de manera individualizada todas las solicitudes de Eculizumab en HPN para los pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Criterios de inicio de tratamiento:

El diagnóstico de HPN debe establecerse por citometría de flujo.

Los pacientes elegibles para tratamiento con eculizumab deben cumplir las dos condiciones siguientes:

- tamaño del clon de granulocitos HPN > 10%, y
- valor de LDH > 1,5 veces el límite superior normal.

Además, los pacientes deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- evento embólico o trombótico que requiera terapia anticoagulante,
- anemia recurrente o crónica en la que se hayan excluido otras causas y demostrada por más de una medida de Hb<10 g/dL con síntomas concurrentes de anemia,
- insuficiencia pulmonar, disnea y/o dolor torácico con limitación de la actividad normal (NYHA clase III) y/o diagnóstico establecido de hipertensión arterial pulmonar, en el que se hayan excluido otras causas,
- espasmos de musculatura lisa con episodios recurrentes de dolor grave que requieran hospitalización y/o analgesia narcótica, en el que se hayan excluido otras causas.

- Criterios de exclusión:

- Anemia aplásica o leucemia mieloide aguda o síndrome mielodisplásico de alto riesgo.
- Pacientes con infección bacteriana activa o historial de infección meningocócica o antecedentes de esplenectomía.

- Criterios de seguimiento:

- A los 3 meses: grado de hemólisis (niveles LDH, haptoglobina, bilirrubina).
- Cada 6 meses: hemograma y grado de hemólisis (niveles de LDH, haptoglobina, bilirrubina y Coombs directo), historia de transfusiones durante cada periodo (número de CH transfundidos, frecuencia y posible causa), estudio de sobrecarga de hierro, eventos trombóticos (confirmar con pruebas de imagen todos los casos sospechosos, la localización y la gravedad), control de la función renal, reacciones adversas (tipo y grado), infecciones (tipo y localización), y evolución de la enfermedad hacia otras patologías hematológicas (anemia aplásica, leucemia o síndrome mielodisplásico).

- Criterios de retirada:

- Ausencia de una mejora evidente en las necesidades transfusionales: descenso en el número de concentrados transfundidos en el último año, condicionados por la hemólisis crónica y no justificados por otras causas clínicas (sangrado o traumatismo).
- En ausencia de necesidades transfusionales: persistencia de hemólisis clínica, definida como LDH por encima del LAN, junto con haptoglobina descendida y bilirrubina elevada durante al menos 2-3 determinaciones realizadas durante la fase crónica del tratamiento con eculizumab.
- Evolución a aplasia o síndrome mielodisplásico o leucemia.
- Aparición de toxicidad limitante o efectos adversos graves relacionados con el tratamiento.
- Aparición de cuadros infecciosos con riesgo vital.
- Aparición de eventos trombóticos relevantes demostrados con técnicas de imagen durante el tratamiento crónico con eculizumab (esté el paciente anticoagulado o no), no explicables por otras causas.
- Remisión de la enfermedad.

En caso de interrupción del tratamiento para HPN se controlará estrechamente a los pacientes para detectar posibles signos y síntomas de hemólisis intravascular grave.

Será necesaria la elaboración, por parte del médico responsable, de un INFORME ANUAL documentando la mejoría clínica o estabilización del paciente.

DICTAMEN 20/2023: ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO
INDICACIÓN: Tratamiento en adultos y niños del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa).
DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación tras el periodo que se estime oportuno en:
• Tratamiento en adultos y niños del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa).

AVACOPAN 10MG CAP	capsulas	[3909455]
-------------------	----------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
RAVULIZUMAB				
RAVULIZUMAB 1100MG 11ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3908812]	ULTOMIRIS
RAVULIZUMAB 300MG 3ML VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3908811]	ULTOMIRIS
ZILUCOPLAN				
ZILUCOPLAN 16,6MG INY JER PREC	inyectables	(*)	[3909182]	ZILBRYSQ
ZILUCOPLAN 23MG INY JER PREC	inyectables	(*)	[3909183]	ZILBRYSQ
ZILUCOPLAN 32,4MG INY JER PREC	inyectables	(*)	[3909184]	ZILBRYSQ

L04AK INHIBIDORES DE LA DIHIDROOROTATO DESHIDROGENASA (DHODH)

TERIFLUNOMIDA				
TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP	comprimidos		[3903156] UH	AUBAGIO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

L04AX OTROS INMUNOSUPRESORES

AZATIOPRINA

AZATIOPRINA 50MG COMP	comprimidos	[3902814]	IMUREL
FM AZATIOPRINA 10MG/ML 100ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006045]	FM AZATIOPRINA

LENALIDOMIDA

LENALIDOMIDA 5MG CAPS	capsulas	[3901583] UH	REVLIMID
LENALIDOMIDA 10MG CAPS	capsulas	[3901584] UH	REVLIMID
LENALIDOMIDA 15MG CAPS	capsulas	[3901585] UH,Restr	REVLIMID
LENALIDOMIDA 25MG CAPS	capsulas	[3901586] UH	REVLIMID

PIRFENIDONA

PIRFENIDONA 267 MG COMP	comprimidos	[3907277]	ESBRIET
PIRFENIDONA 801MG COMP	comprimidos	[3906556]	ESBRIET

DICTAMEN 1/2023. POSICIONAMIENTO EN LATERAPIA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

DECISIÓN ADOPTADA: Pirfenidona se considerará el fármaco de elección al ser el más eficiente con las condiciones económicas vigentes. Se priorizará su uso como primera opción terapéutica, frente a nintedanib, siempre que la situación clínica lo permita, en el tratamiento de:

– FPI leve-moderada, con solicitud para trasplante pulmonar o no candidatos al mismo, patrón no obstructivo ni borderline -con una razón FEV1/CVF superior a 0,8-, y DLCO predicho de 35%-90%.

Se debe valorar la eficacia del tratamiento a los 6-12 meses en base a la CVF y DLCO:

– Si reducción de CVF $\leq 10\%$ o de DLCO $< 15\%$ → continuar tratamiento.

– Si reducción de CVF $> 10\%$ o de DLCO $\geq 15\%$ → suspender tratamiento y valorar el uso de otras alternativas terapéuticas.

El presente dictamen:

- Sustituye a los Dictámenes 05/2015 "Pirfenidona en fibrosis pulmonar idiopática" y 02/2016 "Nintedanib en fibrosis pulmonar idiopática".

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
POMALIDOMIDA				
POMALIDOMIDA 3 MG CAPSULAS	capsulas		[3903656] UH,Restr	IMNOVID
POMALIDOMIDA 4 MG CAPSULAS	capsulas		[3903657] UH,Restr	IMNOVID

DICTAMEN CURMP 9/2015.

DECISIÓN ADOPTADA: Se propone la INCLUSIÓN EN LA GFT con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación del mismo. Categoría D-2.

Pomalidomida en combinación con dexametasona está indicada en el tratamiento de los pacientes adultos con mieloma múltiple resistente al tratamiento o recidivante que hayan recibido al menos dos tratamientos previos, incluyendo lenalidomida y bortezomib, y que hayan experimentado una progresión de la enfermedad en el último tratamiento.

Con las siguientes puntualizaciones:

1. Se consideran resistentes los pacientes que hayan progresado durante el tratamiento o en los 60 días tras la última dosis.
2. El paciente debe haber recibido al menos 2 líneas de tratamiento previo, con un mínimo de 2 ciclos cada una y debe haber sido expuesto de forma necesaria a lenalidomida, bortezomib y un agente alquilante.
3. En aquellos pacientes con respuesta inicial prolongada a bortezomib se valorará el retratamiento con bortezomib habitualmente junto con un agente adicional, antes del uso de pomalidomida, si la duración de la respuesta previa fue superior a 18 meses.
4. Se deben cumplir los criterios fundamentales de inclusión y exclusión del ensayo clínico pivotal:
 - Aclaramiento de creatinina mayor de 45 ml/min.
 - Ausencia de neuropatía de grado 2 o superior.
 - Ausencia de hipersensibilidad a talidomida, lenalidomida o dexametasona
 - Ausencia de enfermedad cardíaca sustancial (New York Heart Association Clase III o IV, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio o angina de pecho mal controlada).
 - Ausencia de anormalidades de laboratorio: recuento absoluto de neutrófilos $< 1 \times 10^9$ /L, recuento de plaquetas $< 75 \times 10^9$ /L, calcio sérico corregido $> 3,5$ mmol/L, bilirrubina total $> 34,2$ mmol/L, hemoglobina < 8 g/dL, concentraciones de enzimas hepáticas superior a tres veces el límite superior de la normalidad.
 - ECOG 0-1.

TALIDOMIDA

TALIDOMIDA 50MG CAPS	comprimidos		[3903037] SitEspInf	THALIDOMIDE
----------------------	-------------	--	---------------------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

M SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO

M01 ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMATICOS

M01A DERIVADOS DEL ACIDO ACETICO Y SUSTANC.RELACIONADAS (AINES)

DICLOFENACO

DICLOFENACO 50MG COMP	comprimidos	[3901222]	VOLTAREN
DICLOFENACO 75MG 3ML AMP	inyectables	[3901221]	DOLOTREN
DICLOFENACO 100MG SUP	supositorios	[3901903]	VOLTAREN

INDOMETACINA

INDOMETACINA 25MG CAPS	capsulas	[3902478]	INACID
INDOMETACINA 100MG SUP	supositorios	[3902477]	INACID

M01A DERIVADOS DEL ACIDO PROPIONICO (AINES)

DEKKETOPROFENO

DEKKETOPROFENO 50MG 2ML AMP	inyectables	[3901323]	DEKKETOPROFENO
-----------------------------	-------------	-----------	----------------

IBUPROFENO

IBUPROFENO 600MG COMP	comprimidos	[3901180]	IBUPROFENO
IBUPROFENO 400 MG 100 ML SOL IV	inyectables perfusion	[3906118]	SOLIBU
DICTAMEN CURMP 12/2018. DECISIÓN ADOPTADA: Categoría E: Se recomienda que SE INCLUYA EN LA GFT sin recomendaciones específicas.			
IBUPROFENO 400MG SOBRE	polvo/granulado oral	[3907987]	IBUPROFENO
IBUPROFENO 20MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902615]	IBUPROFENO
IBUPROFENO 40MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3901842]	DALSY

NAPROXENO

NAPROXENO 500MG COMP	comprimidos	[3901157]	NAPROXENO
----------------------	-------------	-----------	-----------

M01A OTROS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMATICOS NO ESTREOIDEOS

NABUMETONA

NABUMETONA 1000MG COMP DISPER	comprimidos	[3908963]	RELIF
-------------------------------	-------------	-----------	-------

M01C PENICILAMINA Y SIMILARES (ANTIREUMATICOS)

PENICILAMINA

PENICILAMINA 250MG CAPS	capsulas	[3901616]	CUPRIPEN
-------------------------	----------	-----------	----------

M02 PRODUCTOS TOPICOS PARA DOLOR ARTICULAR Y MUSCULAR

M02A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS PARA USO TOPICO

DICLOFENACO

DICLOFENACO 10MG/G GEL TOP 60G	gel cutaneo	[3906214]	DICLOFENACO
--------------------------------	-------------	-----------	-------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

M02A PREPARADOS CON AC.SALICILICO Y DERIV.(AINES TOPIC)

SALICILICO ACIDO EN ASOCIACION

MIRTECAINA/SALICILATO DIETILAMINA POMADA	pomada cutanea	[3902610]	ALGESAL ACTIVADO
--	----------------	-----------	------------------

M02A OTROS PROD.TOPICOS PARA DOLOR ARTICULAR Y MUSCULAR

DIMETILSULFOXIDO

FM DIMETILSULFOXIDO 99,9% 50ML SOL TÓP	liquido uso topico	[4006083]	FM DIMETILSULFOXIDO
--	--------------------	-----------	---------------------

M03 RELAJANTES MUSCULARES

M03A DERIVADOS DE LA COLINA (RELAJANTES MUSCULARES)

SUXAMETONIO

SUCCINILCOLINA 100MG 2ML AMP	inyectables	(*) [3901406] UH	ANECTINE
------------------------------	-------------	------------------	----------

M03A OTROS COMPUESTOS DE AMONIO CUATERNARIO (RELAJ.MUSC

ATRACURIO

ATRACURIO 50MG 5ML AMP	inyectables	(*) [3902909] UH	TRACRIUM
------------------------	-------------	------------------	----------

CISATRACURIO

CISATRACURIO 10MG 5ML AMP	inyectables	(*) [3902148] UH	CISATRACURIO
---------------------------	-------------	------------------	--------------

CISATRACURIO 20MG 10ML AMP	inyectables	(*) [3902253] UH	CISATRACURIO
----------------------------	-------------	------------------	--------------

ROCURONIO BROMURO

ROCURONIO 50MG 5ML VIAL	inyectables	(*) [3901802] UH	ESMERON
-------------------------	-------------	------------------	---------

M03A OTROS RELAJANTES MUSCULARES

TOXINA BOTULINICA

TOXINA BOTULINICA A 100U VIAL BOTOX	inyectables	(*) [3902765] UH	BOTOX
-------------------------------------	-------------	------------------	-------

TOXINA BOTULINICA A 500U VIAL DYSPORT	inyectables	(*) [3902150] UH	DYSPO
---------------------------------------	-------------	------------------	-------

TOXINA BOTULINICA B 5000U VIAL NEUROBLOC	inyectables	(*) [3901706] UH,Restr	NEUROBLOC
--	-------------	------------------------	-----------

M03B OTROS RELAJANTES MUSCULARES DE ACCION CENTRAL

BACLOFENO

BACLOFENO 10MG COMP	comprimidos	[3902505]	LIORESAL
---------------------	-------------	-----------	----------

BACLOFENO 25MG COMP	comprimidos	[3902506]	LIORESAL
---------------------	-------------	-----------	----------

BACLOFENO 0,05MG 1ML AMP INTRATEC	inyectables	[3902331] UH	LIORESAL INTRATECAL
-----------------------------------	-------------	--------------	---------------------

BACLOFENO 10MG 20ML AMP INTRATEC	inyectables	[3902332] UH	LIORESAL INTRATECAL
----------------------------------	-------------	--------------	---------------------

BACLOFENO 10MG 5ML AMP INTRATEC	inyectables	[3902333] UH	LIORESAL INTRATECAL
---------------------------------	-------------	--------------	---------------------

FM BACLOFENO 5 MG/ML 100 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006046]	FM BACLOFENO
---------------------------------------	--------------------------	---------------	--------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

M03C DANTROLENO Y DERIVADOS (RELAJANTES MUSCULARES)

DANTROLENO

DANTROLENO 20MG VIAL	inyectables	[3903044]	SitEsp	DANTROLÉN
DANTROLENO 120MG VIAL	inyectables perfusion	[3909176]		AGILUS

M04 PREPARADOS CONTRA LA GOTA

M04A PREPARADOS QUE INHIBEN PRODUCCION DE ACIDO URICO

ALOPURINOL

ALOPURINOL 100MG COMP	comprimidos	[3902697]		ZYLORIC
ALOPURINOL 300MG COMP	comprimidos	[3902883]		ZYLORIC
FM ALOPURINOL 20 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006028]		FM ALOPURINOL

M04A PREPARADOS SIN EFECTO SOBRE METABOL. ACIDO URICO

COLCHICINA

COLCHICINA 0,5MG COMP	comprimidos	[3906215]		COLCHICINA
-----------------------	-------------	-----------	--	------------

M05 MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ENFERMEDADES OSEAS

M05B BIFOSFONATOS (MEDICAM.CON EFECTO SOBRE MINERALIZACION OSEA)

ZOLEDRONICO ACIDO

ZOLEDRONICO ACIDO 4MG 100ML VIAL	inyectables perfusion	[3902263]	UH	ZOMETA
----------------------------------	-----------------------	-----------	----	--------

M05B OTROS MEDICAM. CON EFECTO SOBRE LA MINERALIZACION

DENOSUMAB

DENOSUMAB (BIOSIMILAR) 60 MG/1ML JER PRE	inyectables	(*) [3909448]		DENOSUMAB
DENOSUMAB 120 MG VIAL	inyectables	(*) [3904197]	Restr	XGEVA

DICTAMEN CURMP 17/2014.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría C-1: El medicamento es de una eficacia y seguridad comparable a las alternativas existentes para las indicaciones propuestas. Además no aporta ninguna mejora en la relación coste-efectividad, ni en la organización o gestión de los servicios. Por tanto NO SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica.

Puede ser considerado el uso de denosumab en pacientes muy seleccionados con metástasis óseas de tumores sólidos para prevenir los eventos relacionados con el esqueleto cuando su vía venosa haga impracticable la administración de ácido zoledrónico o cuando tengan un ClCr <50 mL/min. Se podrá solicitar denosumab con carácter excepcional y de forma individualizada y con el visto bueno de la Dirección de cada Hospital. Los tratamientos que se autoricen requerirán de una reevaluación periódica de la necesidad de dicho tratamiento.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N SISTEMA NERVIOSO

N01 ANESTESICOS

N01AB HIDROCARBUROS HALOGENADOS (ANESTESICOS GENERALES)

ISOFLURANO

ISOFLURANO 100% INH PULM FRASCO 100ML	envases inhalacion	[3909261]	SERACONDA
---------------------------------------	--------------------	-----------	-----------

SEVOFLURANO

SEVOFLURANO 100% SOL NEBUL	envases inhalacion	[3902101] UH	SEVORANE
----------------------------	--------------------	--------------	----------

N01AF BARBITURATOS (ANESTESICOS GENERALES)

TIOPENTAL SODICO

TIOPENTAL 500MG VIAL	inyectables	[3901407] UH	TIOBARBITAL
TIOPENTAL 1G VIAL	inyectables	[3901408] UH	TIOBARBITAL

N01AH OPIOIDES ANESTESICOS

FENTANILO

FENTANILO 0,15MG 3ML AMP	inyectables	[3902438] UH,Estup	FENTANEST
--------------------------	-------------	--------------------	-----------

REMIFENTANILO

REMIFENTANILO 2MG VIAL	inyectables perfusion	[3902089] UH,Estup	REMIFENTANILO
REMIFENTANILO 5MG VIAL	inyectables perfusion	[3902088] UH,Estup	ULTIVA

N01AX OTROS ANESTESICOS GENERALES

ETOMIDATO

ETOMIDATO 20MG 10ML AMP	inyectables	[3902652] UH	HYPNOMIDATE
-------------------------	-------------	--------------	-------------

KETAMINA

KETAMINA 500MG 10ML VIAL	inyectables	[3903050]	KETOLAR
--------------------------	-------------	-----------	---------

OXIDO NITROSO EN ASOCIACION

OXIDO NITROSO/OXIGENO50% 5L GAS INH	envases inhalacion	[3901647] UH	KALINOX
-------------------------------------	--------------------	--------------	---------

PROPOFOL

PROPOFOL 1% 200MG 20ML EMUL LIPID AMP	inyectables	[3902707] UH	PROPOFOL-LIPURO
PROPOFOL 1% 500MG 50ML EMUL LIPID VIAL	inyectables	[3902708] UH	PROPOFOL-LIPURO
PROPOFOL 1% 1000MG 100ML EMUL LIPID VIAL	inyectables	[3902720] UH	PROPOFOL-LIPURO
PROPOFOL 2%1000MG 50ML EMUL LIPID VIAL	inyectables	[3902482] UH	PROPOFOL-LIPURO

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N01BA ESTERES DEL ACIDO AMINO BENZOICO (ANESTESICOS LOCALES)

PROCAINA

PROCAINA 2% 200MG 10ML AMP	inyectables	[3901715]	PROCAINA 2%
----------------------------	-------------	-----------	-------------

TETRACAINA

TETRACAINA 0,75% POMADA UROLOGICA	preparados uretrales	[3903102]	LUBRICANTE UROLOGICO
-----------------------------------	----------------------	-----------	----------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N01BB AMIDAS (ANESTESICOS LOCALES)

ARTICAINA EN ASOCIACION

ARTICAINA 4%/ADRENALINA 1% 1,8ML CARPULE	inyectables	[3901273]	ULTRACAIN CON EPINEFRINA
--	-------------	-----------	--------------------------

ASOCIACIONES ANESTESICOS TOPICOS AMIDAS

LIDOCAINA 2,5%/PRILOCAINA 2,5% CREMA	crema cutanea	[3902154]	EMLA
--------------------------------------	---------------	-----------	------

BUPIVACAINA EN ASOCIACION

BUPIVACAINA 0,25% 10ML+ADRENALINA AMP	inyectables	[3901288]	INIBSACAIN
---------------------------------------	-------------	-----------	------------

BUPIVACAINA

BUPIVACAINA 0,25% 25MG 10ML AMP	inyectables	[3901419]	INIBSACAIN
BUPIVACAINA 0,5% 50MG 10ML AMP	inyectables	[3901420]	INIBSACAIN
BUPIVACAINA 0,75% 75MG 10ML AMP	inyectables	[3901431]	INIBSACAIN
BUPIVACAINA 4% 200MG 5ML AMP	inyectables	[3901232]	BUPIVACAÍNA
BUPIVACAINA HIPERBAR. 0,5% 20MG 4ML AMP	inyectables	[3901397] UH	BUPIVACAINA HIPERBARICA

LEVOBUPIVACAINA

LEVOBUPIVACAINA 0,5% 50MG 10ML AMP	inyectables	[3902764] UH	LEVOBUPIVACAINA
LEVOBUPIVACAINA 1,25MG/ML 100ML SOL IV	inyectables	[3902347] UH	LEVOBUPIVACAINA

LIDOCAINA EN ASOCIACION

LIDOCAINA/ADRENALINA/TETRACAINA GEL	gel cutaneo	(*) [3903075]	GEL LAT
LIDOCAINA 2%+ADRENALINA 1,8ML CARTUCHO	inyectables	[3901295]	LIDOCAINA

LIDOCAINA

LIDOCAINA 1% 100MG 10ML AMP	inyectables	[3901480]	LIDOCAINA
LIDOCAINA 2% 200MG 10ML AMP	inyectables	[3901479]	LIDOCAINA
LIDOCAINA 5% 500MG 10ML AMP	inyectables	[3901478]	LIDOCAINA
LIDOCAINA 10% AEROSOL TOP	liquido uso topico	[3902732]	XILONIBSA AEROSOL

MEPIVACAINA EN ASOCIACION

MEPIVACAINA 2%+ADRENALINA 1,8ML CARTUCHO	inyectables	[3901289]	SCANDINIBSA
--	-------------	-----------	-------------

MEPIVACAINA

MEPIVACAINA 1% 100MG 10ML AMP	inyectables	[3901332] UH	MEPIVACAINA
MEPIVACAINA 2% 200MG 10ML AMP	inyectables	[3901334] UH	MEPIVACAINA
MEPIVACAINA 3% 1,8ML CARTUCHO	inyectables	[3901286]	MEPIVACAINA

ROPIVACAINA

ROPIVACAINA 0,2% 20MG 10ML AMP	inyectables	[3902129]	ROPIVACAINA
ROPIVACAINA 0,75% 75MG 10ML AMP	inyectables	[3902128]	ROPIVACAINA
ROPIVACAINA 0,2% 200MG 100ML SOL	inyectables perfusion	[3902127]	ROPIVACAINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N01BX OTROS ANESTESICOS LOCALES

CAPSAICINA

CAPSAICINA 0,075% CREMA	crema cutanea	[3902776]	CAPSICIN CREMA
-------------------------	---------------	-----------	----------------

N02 ANALGESICOS

N02AA ALCALOIDES NATURALES DEL OPIO

MORFINA

MORFINA 10MG COMP	comprimidos	[3902523] Estup	SEVREDOL
MORFINA 10MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902928] Estup	MST CONTINUS
MORFINA 30MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902927] Estup	MST CONTINUS
MORFINA 60MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902929] Estup	MST CONTINUS
MORFINA 100MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902930] Estup	MST CONTINUS
MORFINA 1% 10MG 1ML AMP	inyectables	[3901722] Estup	CLORURO MORFICO 1%
MORFINA 2% 40MG 2ML AMP	inyectables	[3901723] Estup	CLORURO MORFICO 2%
MORFINA 4% 400MG 10ML AMP	inyectables	[3901227] Estup	CLORURO MÓRFICO 4%

N02AB DERIVADOS FENILPIPERIDINA (ANALGESICOS OPIACEOS)

FENTANILO

FENTANILO 12,5 MCG/H PARCHE TRANSDERMICO	parches transdermicos	[3904448] Estup	DUROGESIC MATRIX
FENTANILO 25MCG/H PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901916] Estup	DUROGESIC MATRIX
FENTANILO 50MCG/H PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901915] Estup	DUROGESIC MATRIX
FENTANILO 100MCG/H PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901914] Estup	DUROGESIC MATRIX

PETIDINA

PETIDINA 50MG 1ML AMP	inyectables	[3906216] Estup	DOLANTINA
-----------------------	-------------	-----------------	-----------

N02AX OTROS ANALGESICOS OPIACEOS

TRAMADOL

TRAMADOL 50MG CAPS	capsulas	[3901456]	TRAMADOL
TRAMADOL 100MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902549]	TRAMADOL RETARD
TRAMADOL 150MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901996]	TRAMADOL RETARD
TRAMADOL 100MG/ML(12,5MG/PULS) SOL ORAL	gotas orales	[3901995]	ADOLONTA
TRAMADOL 100MG 2ML AMP	inyectables	[3901455]	ADOLONTA

N02BA ACIDO SALICILICO Y DERIVADOS

ACETILSALICILICO ACIDO

ACETILSALICILICO ACIDO 500MG COMP	comprimidos	[3902322]	ASPIRINA
ACETILSALICILATO LISINA 900MG VIAL	inyectables	[3901154]	INYESPRIN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N02BB PIRAZOLONAS (ANALGESICOS)

METAMIZOL SODICO

METAMIZOL 575MG CAPS	capsulas	[3901202]	NOLOTIL
METAMIZOL 2G 5ML AMP	inyectables	[3901203]	METAMIZOL

N02BE ANILINAS (ANALGESICOS)

PARACETAMOL

PARACETAMOL 500MG COMP	comprimidos	[3901160]	PARACETAMOL
PARACETAMOL 1G 100ML SOL IV	inyectables perfusion	[3901763] UH	PARACETAMOL
PARACETAMOL 100MG/ML GOTAS	solucion/suspension oral	[3901820]	PARACETAMOL
PARACETAMOL 1G SOBRE	solucion/suspension oral	[3901292]	DOLOCATIL
PARACETAMOL 150MG SUP LACTANTES	supositorios	[3902435]	FEBRECTAL LACTANTE
PARACETAMOL 300MG SUP INF	supositorios	[3902436]	FEBRECTAL NIÑOS

N02CC AGONISTAS SELECTIVOS RECEPTORES DE LA 5HT (ANTIMIGRAÑOSOS)

SUMATRIPTAN

SUMATRIPTAN 50MG COMP	comprimidos	[3901523]	IMIGRAN NEO
SUMATRIPTAN 6MG 0,5ML JER PREC	inyectables	[3902134]	SUMATRIPTAN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N02CD ANTAG. LIGANDO PEPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE CALCITONINA

ATOGEPAT

ATOGEPA T 60MG COMP	comprimidos	[3909104]	AQUIPTA
----------------------------------	-------------	-----------	---------

DICTAMEN 20/2024
PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA CON FÁRMACOS DIRIGIDOS FRENTE AL CGRP O SU RECEPTOR
CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN:
Para la profilaxis de la migraña con fármacos dirigidos contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o su receptor, los pacientes deben cumplir los siguientes criterios:

- Edad ≥ 18 años.
- 8 o más días de migraña al mes (migraña episódica de alta frecuencia y migraña crónica).
- 3 o más fracasos con tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses (siendo uno de estos tratamientos la toxina botulínica en el caso de migraña crónica) y habiéndose comprobado la correcta adherencia al tratamiento.

Se entiende como "dosis suficiente" la dosis máxima tolerada por el paciente siempre que esta se encuentre, al menos, en el rango de dosis eficaz recomendada para la profilaxis de la migraña.
Dosis recomendadas en la profilaxis de la migraña:

- Propranolol 60-160 mg/día
- Metoprolol 100-200 mg/día
- Topiramato 100-200 mg/día
- Flunarizina 5-10 mg/día
- Amitriptilina 25-75 mg/día

1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ATOGEPAT
- RIMEGEPAT (solo indicado en migraña episódica): se podrá usar como alternativa a atogepant en mujeres lactantes.

- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO:
- 2.1. GALTANEZUMAB
 - 2.2. ERENUMAB
 - 2.3. FREMANEZUMAB
 - 2.4. EPTINEZUMAB

En caso de necesidad de cambio de tratamiento debido a fracaso, efectos adversos o cambio de vía de administración, debe justificarse detalladamente en la historia clínica del paciente.

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO Y CRITERIOS DE SUSPENSIÓN:
A los 3-6 meses del inicio del tratamiento se deberá determinar si se alcanzan los siguientes objetivos terapéuticos (debe cumplirse el punto 1 o 2), que deberán quedar documentados en la historia clínica del paciente:

1. Reducción en el número de días de migraña al mes con respecto a la situación inicial de al menos el 50% en la migraña episódica de alta frecuencia y del 30% en la migraña crónica.
2. Una mejoría clínicamente relevante en la escala HIT-6 “Headache Impact Test” (reducción de ≥ 5 puntos) o en la escala PGI-C “Patient Global Impression of Change” (mejoría de ≥ 1 punto) o en la escala MIDAS “Migraine Disability Assessment Scale”(mejoría de ≥ 1 grado de discapacidad).

Se realizará un seguimiento terapéutico del paciente cada 6 meses. El tratamiento deberá suspenderse cuando no se cumpla alguna de las determinaciones del seguimiento terapéutico.
Asimismo, puede plantearse la interrupción del tratamiento con anticuerpos monoclonales en pacientes adecuadamente controlados al cabo de 12-18 meses. Si el paciente recae puede reiniciarse el tratamiento con el mismo fármaco.
El presente dictamen sustituye al Dictamen 14/2023 "Abordaje terapéutico de la profilaxis de la migraña con anticuerpos monoclonales dirigidos frente al CGRP".

EPTINEZUMAB

EPTINEZUMAB 100MG 1ML VIAL	inyectables perfusion	(*) [3909084]	VYEPTI
----------------------------	-----------------------	---------------	--------

ERENUMAB

ERENUMAB 140MG 1ML PLUMA	inyectables	(*) [3907926] Restr	AIMOVIG
--------------------------	-------------	---------------------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
FREMANEZUMAB				
FREMANEZUMAB 225MG PLUMA	inyectables	(*) [3908706]		AJOVY
GALCANEZUMAB				
GALCANEZUMAB 120 MG PLUMA	inyectables	(*) [3907798]		EMGALITY
DICTAMEN 20/2024 PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA CON FÁRMACOS DIRIGIDOS FRENTE AL CGRP O SU RECEPTOR CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN: Para la profilaxis de la migraña con fármacos dirigidos contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o su receptor, los pacientes deben cumplir los siguientes criterios: · Edad ≥ 18 años. · 8 o más días de migraña al mes (migraña episódica de alta frecuencia y migraña crónica). · 3 o más fracasos con tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses (siendo uno de estos tratamientos la toxina botulínica en el caso de migraña crónica) y habiéndose comprobado la correcta adherencia al tratamiento. Se entiende como "dosis suficiente" la dosis máxima tolerada por el paciente siempre que esta se encuentre, al menos, en el rango de dosis eficaz recomendada para la profilaxis de la migraña. Dosis recomendadas en la profilaxis de la migraña: · Propranolol 60-160 mg/día · Metoprolol 100-200 mg/día · Topiramato 100-200 mg/día · Flunarizina 5-10 mg/día · Amitriptilina 25-75 mg/día 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: ATOGEPANT - RIMEGEPANT (solo indicado en migraña episódica): se podrá usar como alternativa a atogepant en mujeres lactantes. 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: 2.1. GALCANEZUMAB 2.2. ERENUMAB 2.3. FREMANEZUMAB 2.4. EPTINEZUMAB En caso de necesidad de cambio de tratamiento debido a fracaso, efectos adversos o cambio de vía de administración, debe justificarse detalladamente en la historia clínica del paciente. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO Y CRITERIOS DE SUSPENSIÓN: A los 3-6 meses del inicio del tratamiento se deberá determinar si se alcanzan los siguientes objetivos terapéuticos (debe cumplirse el punto 1 o 2), que deberán quedar documentados en la historia clínica del paciente: 1. Reducción en el número de días de migraña al mes con respecto a la situación inicial de al menos el 50% en la migraña episódica de alta frecuencia y del 30% en la migraña crónica. 2. Una mejoría clínicamente relevante en la escala HIT-6 “Headache Impact Test” (reducción de ≥ 5 puntos) o en la escala PGI-C “Patient Global Impression of Change” (mejoría de ≥ 1 punto) o en la escala MIDAS “Migraine Disability Assessment Scale”(mejoría de ≥ 1 grado de discapacidad). Se realizará un seguimiento terapéutico del paciente cada 6 meses. El tratamiento deberá suspenderse cuando no se cumpla alguna de las determinaciones del seguimiento terapéutico. Asimismo, puede plantearse la interrupción del tratamiento con anticuerpos monoclonales en pacientes adecuadamente controlados al cabo de 12-18 meses. Si el paciente recae puede reiniciarse el tratamiento con el mismo fármaco. El presente dictamen sustituye al Dictamen 14/2023 "Abordaje terapéutico de la profilaxis de la migraña con anticuerpos monoclonales dirigidos frente al CGRP".				
RIMEGEPANT				
RIMEGEPANT 75MG LIOFILIZADOS ORALES	comprimidos	[3909041]		VYDURA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N03 ANTIEPILEPTICOS

N03AA BARBITURICOS Y DERIVADOS (ANTIEPILEPTICOS)

FENOBARBITAL

FM FENOBARBITAL 2,5 MG CÁPSULAS NEONATOS	capsulas	[4006091]	FM FENOBARBITAL
FM FENOBARBITAL 5 MG CÁPSULAS NEONATOS	capsulas	[4006228]	FM FENOBARBITAL
FENOBARBITAL 15MG COMP	comprimidos	[3901607]	LUMINALETAS
FENOBARBITAL 100MG COMP	comprimidos	[3902543] Psico	LUMINAL
FENOBARBITAL 200MG 1ML AMP	inyectables	[3901685] Psico	LUMINAL
FM FENOBARBITAL 10MG/ML 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006090]	FM FENOBARBITAL

PRIMIDONA

PRIMIDONA 250MG COMP	comprimidos	[3901709]	MYSOLINE
----------------------	-------------	-----------	----------

N03AB DERIVADOS DE HIDANTOINA (ANTIEPILEPTICOS)

FENITOINA

FENITOINA 100MG COMP	comprimidos	[3901542]	SINERGINA
FENITOINA 100MG 2ML VIAL	inyectables	[3906886]	FENITOINA
FENITOINA 100MG 2ML AMP	inyectables	[3901329] UH	FENITOINA
FENITOINA 6MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902856] SitEspInf	EPANUTÍN

N03AD DERIVADOS DE SUCCINIMIDA (ANTIEPILEPTICOS)

ETOSUXIMIDA

ETOSUXIMIDA 250MG CAPS	capsulas	[3902504]	ETOSUXIMIDA
ETOSUXIMIDA 50MG/ML JBE	solucion/suspension oral	[3902984] SitEspInf	ZARONTÍN

N03AE DERIVADOS DE BENZODIAZEPINA (ANTIEPILEPTICOS)

CLONAZEPAM

CLONAZEPAM 0,5MG COMP	comprimidos	[3902612] Psico	RIVOTRIL
CLONAZEPAM 2MG COMP	comprimidos	[3902613] Psico	RIVOTRIL
CLONAZEPAM 2,5MG/ML GOTAS	gotas orales	[3902611] Psico	RIVOTRIL
CLONAZEPAM 1MG 1ML AMP	inyectables	[3901387] Psico	RIVOTRIL

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N03AF DERIVADOS DE CARBOXAMIDA (ANTIEPILETICOS)

CARBAMAZEPINA

CARBAMAZEPINA 200MG COMP	comprimidos	[3901250]	CARBAMAZEPINA
CARBAMAZEPINA 400MG COMP	comprimidos	[3901251]	CARBAMAZEPINA
FM CARBAMAZEPINA 40 MG/ML 100 ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006052]	FM CARBAMAZEPINA

OXCARBAZEPINA

OXCARBAZEPINA 300MG COMP	comprimidos	[3901185]	TRILEPTAL
OXCARBAZEPINA 600MG COMP	comprimidos	[3901188]	TRILEPTAL
OXCARBAZEPINA 60MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902304]	TRILEPTAL

N03A DERIVADOS DE ACIDOS GRASOS (ANTIEPILEPTICOS)

TIAGABINA

TIAGABINA 5MG COMP RECUB	comprimidos	[3902040]	GABITRIL
--------------------------	-------------	-----------	----------

VALPROICO ACIDO

VALPROICO ACIDO 200MG COMP	comprimidos	[3901506]	DEPAKINE
VALPROICO ACIDO 300MG COMP RETARD	comprimidos	[3902053]	DEPAKINE CRONO
VALPROICO ACIDO 500MG COMP	comprimidos	[3901305]	DEPAKINE
VALPROICO ACIDO 500MG COMP RETARD	comprimidos	[3902054]	DEPAKINE CRONO
VALPROICO ACIDO 400MG VIAL	inyectables	[3901697] UH	ACIDO VALPROICO
VALPROICO ACIDO 200MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3901507]	DEPAKINE

VIGABATRINA

VIGABATRINA 500MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3902402]	SABRILEX
-------------------------	--------------------------	-----------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N03AX OTROS ANTIEPILEPTICOS

GABAPENTINA

GABAPENTINA 100MG CAPS	capsulas	[3902087]	GABAPENTINA
GABAPENTINA 300MG CAPS	capsulas	[3901376]	GABAPENTINA
GABAPENTINA 400MG CAPS	capsulas	[3901401]	GABAPENTINA
GABAPENTINA 600MG COMP	comprimidos	[3901370]	GABAPENTINA
GABAPENTINA 800MG COMP	comprimidos	[3901393]	GABAPENTINA
FM GABAPENTINA 100 MG/ML 100 ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4006103]	FM GABAPENTINA

LACOSAMIDA

LACOSAMIDA 50MG COMP	comprimidos	[3901871]	VIMPAT
LACOSAMIDA 100MG COMP	comprimidos	[3901872]	VIMPAT
LACOSAMIDA 200MG COMP	comprimidos	[3901873]	VIMPAT
LACOSAMIDA 200MG 20ML VIAL	inyectables perfusion	[3901874] UH,Restr	VIMPAT
LACOSAMIDA 10MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3903005]	VIMPAT

LAMOTRIGINA

LAMOTRIGINA 5MG COMP DISPER	comprimidos	[3902803]	LAMICTAL
LAMOTRIGINA 25MG COMP DISPER	comprimidos	[3902029]	LAMICTAL
LAMOTRIGINA 100MG COMP DISPER	comprimidos	[3902050]	LAMICTAL

LEVETIRACETAM

LEVETIRACETAM 1000MG COMP	comprimidos	[3902202]	LEVETIRACETAM
LEVETIRACETAM 250MG COMP	comprimidos	[3902204]	LEVETIRACETAM
LEVETIRACETAM 500MG COMP	comprimidos	[3902203]	LEVETIRACETAM
LEVETIRACETAM 500MG 5ML VIAL	inyectables perfusion	[3902262] UH	LEVETIRACETAM
LEVETIRACETAM 100MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3901528]	KEPPRA

PERAMPANEL

PERAMPANEL 2MG COMP	comprimidos	[3908965]	FYCOMPA
PERAMPANEL 4MG COMP	comprimidos	[3902270]	FYCOMPA
PERAMPANEL 6MG COMP	comprimidos	[3901100]	FYCOMPA
PERAMPANEL 0,5MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3908964]	FYCOMPA

PREGABALINA

PREGABALINA 150MG CAPS	capsulas	[3901296]	PREGABALINA
PREGABALINA 25MG CAPS	capsulas	[3901291]	PREGABALINA
PREGABALINA 75MG CAPS	capsulas	[3901423]	PREGABALINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TOPIRAMATO				
TOPIRAMATO 15MG CAPS DIPER	capsulas		[3902728]	TOPAMAX DISPERSABLE
TOPIRAMATO 25MG COMP	comprimidos		[3901958]	TOPAMAX
TOPIRAMATO 100MG COMP	comprimidos		[3901956]	TOPAMAX
FM TOPIRAMATO 10 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[4006206]	FM TOPIRAMATO
FM TOPIRAMATO 10 MG/ML SUSP ORAL **LIBRE AZUCAR**	solucion/suspension oral	(*)	[4006238]	FM TOPIRAMATO
ZONISAMIDA				
ZONISAMIDA 25MG CAPS	capsulas		[3901560]	ZONISAMIDA
ZONISAMIDA 50MG CAPS	capsulas		[3901562]	ZONISAMIDA
ZONISAMIDA 100MG CAPS	capsulas		[3901561]	ZONISAMIDA
FM ZONISAMIDA 10 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[4006242]	FM ZONISAMIDA

N04 MEDICAMENTOS CONTRA EL PARKINSON

N04AA AMINAS TERCIARIAS (ANTIPARKINSONIANOS)

BIPERIDENO				
BIPERIDENO 2MG COMP	comprimidos		[3902718]	AKINETON
BIPERIDENO 4MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3902719]	AKINETON RETARD
BIPERIDENO 5MG 1ML AMP	inyectables		[3902568]	AKINETON INYECTABLE
TRIHEXIFENIDILO				
TRIHEXIFENIDILO 5MG COMP	comprimidos		[3902318]	ARTANE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N04BA DOPA Y DERIVADOS (ANTIPARKINSONIANOS)

FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA

FOSLEVODOPA/FOSCARBI 2400+120MG 10ML VIA	inyectables perfusion	(*) [3909063]	DUODOPA
--	-----------------------	---------------	---------

DICTAMEN 01/2025

ALGORITMO TERAPÉUTICO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

MEDICAMENTOS:

- APOMORFINA (APO-go® PEN) 10 mg/mL solución inyectable, para perfusión subcutánea continua de apomorfina (PSCA).
- LEVODOPA/CARBIDOPA (Duodopa®) 20 mg/mL + 5 mg/mL gel intestinal, para perfusión intestinal continua de levodopa/carbidopa (PICLC).
- FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA (Duodopa®) 240 mg/mL + 12 mg/mL solución para perfusión, para perfusión subcutánea continua de foslevodopa/foscarbidopa (PSCFF).

INDICACIÓN PARA TERAPIAS DE SEGUNDA LÍNEA CON DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN

Enfermedad de Parkinson con buena respuesta a L-dopa y complicaciones motoras/no motoras no controladas con tratamiento convencional:

A. Si no presenta trastorno del control de impulsos (TCI), disautonomía ni psicosis:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: APOMORFINA SUBCUTÁNEA
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si efectos secundarios o pérdida de eficacia): FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA SUBCUTÁNEA
- 3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si efectos secundarios o pérdida de eficacia): LEVODOPA/CARBIDOPA GEL INTESTINAL

B. Si presenta trastorno del control de impulsos, disautonomía o psicosis:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA SUBCUTÁNEA
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si efectos secundarios o pérdida de eficacia): LEVODOPA/CARBIDOPA GEL INTESTINAL

? Si el paciente presenta acinesia nocturna grave:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: APOMORFINA SUBCUTÁNEA (si no hay TCI, disautonomía ni psicosis)
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO: FOSLEVODOPA/FOSCARBIDOPA SUBCUTÁNEA

PERFILES DE PACIENTES CANDIDATOS A TERAPIAS DE SEGUNDA LÍNEA (TSL):

Fenotipos motores:

- Discinesias graves con dosis bajas de levodopa: la levodopa en infusión (tanto subcutánea como intestinal) puede reducir las discinesias molestas y discapacitantes.
- Sintomatología axial (bloques de la marcha, inestabilidad y caídas) refractaria a tratamiento convencional: considerar en primer lugar una terapia de infusión antes que otras TSL.

Fenotipos no motores:

- Los síntomas no motores que responden a levodopa pueden mejorar con todas las TSL.
- Deterioro cognitivo: la cirugía está contraindicada en pacientes con demencia, pero puede considerarse una terapia de infusión en casos de pacientes con cuidador implicado.
- Psicosis: las terapias de infusión con levodopa pueden ser útiles en el control de la sintomatología psiquiátrica relacionada con la medicación.
- Apatía: la terapia de infusión con apomorfina podría reducir más la apatía que el resto de TSL.
- Trastornos del control de impulsos: la cirugía y las terapias de infusión con levodopa son las mejores opciones para el control de esta sintomatología.

NOTA: Otros esquemas terapéuticos deberán ser valorados de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
LEVODOPA+INHIBIDOR CARBOXILASA+INHIBIDOR COMT				
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 50/12,5/200MG COMP	comprimidos		[3902646]	STALEVO
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 75/18,5/200MG COMP	comprimidos		[3901920]	STALEVO
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 100/25/200MG COMP	comprimidos		[3902654]	STALEVO
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 125/31/200MG COMP	comprimidos		[3901921]	STALEVO
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 150/37,5/200MG COMP	comprimidos		[3902661]	STALEVO
LEVODO/CARBIDO/ENTAC 200/50/200MG COMP	comprimidos		[3901860]	STALEVO
LEVODOPA+INHIBIDOR DECARBOXILASA				
LEVODOPA/BENSERAZIDA 200/50MG COMP	comprimidos		[3902034]	MADOPAR
LEVODOPA/CARBIDOPA 250/25MG COMP	comprimidos		[3901675]	SINEMET 250/25
LEVODOPA/CARBIDOPA 100/25MG COMP	comprimidos		[3901673]	SINEMET PLUS
LEVODOPA/CARBIDOP 100/25MG COMP RETARD	comprimidos liberacion modif		[3901674]	SINEMET PLUS RETARD
LEVODOPA/CARBIDOP 200/50MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3901690]	SINEMET RETARD
FM LEVODOPA/CARBIDOPA 5/1,25 MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*)	[4006126]	FM LEVODOPA/CARBIDOPA

N04BC AGONISTAS DOPAMINERGICOS (ANTIPARKINSONIANOS)

APOMORFINA

APOMORFINA 30MG 3ML PLUMA	inyectables		[3902302] DH	APO-GO PEN
---------------------------	-------------	--	--------------	------------

CABERGOLINA

CABERGOLINA 1MG COMP	comprimidos		[3902311]	SOGILEN
----------------------	-------------	--	-----------	---------

PRAMIPEXOL

PRAMIPEXOL 0,18MG COMP	comprimidos		[3901807]	MIRAPEXIN
PRAMIPEXOL 0,7MG COMP	comprimidos		[3901810]	MIRAPEXIN
PRAMIPEXOL 0,26MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3901961]	MIRAPEXIN
PRAMIPEXOL 1,05MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3901962]	MIRAPEXIN

ROPINIROL

ROPINIROL 2MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3901837]	REQUIP PROLIB
ROPINIROL 4MG COMP RETARD	comprimidos retard		[3901838]	REQUIP PROLIB

ROTIGOTINA

ROTIGOTINA 2MG/DIA PARCHES	parches transdermicos		[3901632]	NEUPRO
ROTIGOTINA 4MG/DIA PARCHES	parches transdermicos		[3901633]	NEUPRO

N04BD INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (ANTIPARKINSONIANOS)

RASAGILINA

RASAGILINA 1MG COMP	comprimidos		[3906219]	RASAGILINA
---------------------	-------------	--	-----------	------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N05 PSICOLEPTICOS

N05AA FENOTIAZINAS ALIFATICAS (ANTIPSICOTICOS)

CLORPROMAZINA

CLORPROMAZINA 25MG COMP	comprimidos	[3902491]	LARGACTIL
CLORPROMAZINA 100MG COMP	comprimidos	[3902490]	LARGACTIL
CLORPROMAZINA 40MG/ML GOTAS	gotas orales	[3902133]	LARGACTIL
CLORPROMAZINA 25MG 5ML AMP	inyectables	[3902492]	LARGACTIL

LEVOMEPRIMAZINA

LEVOMEPRIMAZINA 25MG COMP	comprimidos	[3901330]	SINOAN
LEVOMEPRIMAZINA 100MG COMP	comprimidos	[3901331]	SINOAN
LEVOMEPRIMAZINA 40MG/ML GOTAS	gotas orales	[3902218]	SINOÁN
LEVOMEPRIMAZINA 25MG 1ML AMP	inyectables	[3902908]	SINOAN

N05AB FENOTIAZINAS PIPERAZINICAS (ANTIPSICOTICOS)

FLUFENAZINA

FLUFENAZINA DECANOATO 25MG 1ML AMP	inyectables	[3902527]	MODECATE
------------------------------------	-------------	-----------	----------

N05AD BUTIROFENONAS (ANTIPSICOTICOS)

HALOPERIDOL

HALOPERIDOL 2MG/ML GOTAS	gotas orales	[3901602]	HALOPERIDOL
HALOPERIDOL 5MG 1ML AMP	inyectables	[3901599]	HALOPERIDOL

N05AF DERIVADOS DE TIOXANTENO (ANTIPSICOTICOS)

ZUCLOPENTIXOL

ZUCLOPENTIXOL 200MG 1ML AMP DEPOT	inyectables	[3902178]	CLOPIXOL DEPOT
ZUCLOPENTIXOL 50MG 1ML AMP	inyectables	[3902177]	CLOPIXOL ACUFASE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N05AH DIAZEPINAS, OXAZEPINAS, TIAZEPINAS Y OXEPINAS (ANTIPSICOTIC)

CLOTIAPINA

CLOTIAPINA 40MG COMP	comprimidos	[3902428]	ETUMINA
----------------------	-------------	-----------	---------

CLOZAPINA

CLOZAPINA 100MG COMP	comprimidos	[3902085]	LEPONEX
CLOZAPINA 25MG COMP	comprimidos	[3902086]	LEPONEX

OLANZAPINA

OLANZAPINA 2,5MG COMP	comprimidos	[3902747]	OLANZAPINA
OLANZAPINA 5MG COMP BUCODISPER	comprimidos bucodispersables	[3902767]	ZYPREXA VELOTAB
OLANZAPINA 10MG COMP BUCODISPER	comprimidos bucodispersables	[3902766]	ZYPREXA VELOTAB
OLANZAPINA 10MG VIAL	inyectables	[3902825]	ZYPREXA

QUETIAPINA

QUETIAPINA 25MG COMP	comprimidos	[3901177]	QUETIAPINA
QUETIAPINA 100MG COMP	comprimidos	[3901889]	QUETIAPINA
QUETIAPINA 200MG COMP	comprimidos	[3901178]	QUETIAPINA
QUETIAPINA 300MG COMP	comprimidos	[3901179]	QUETIAPINA

N05AL BENZAMIDAS (ANTIPSICOTICOS)

SULPIRIDA

SULPIRIDA 50MG CAPS	capsulas	[3902355]	SULPIRIDA
SULPIRIDA 100MG 2ML AMP	inyectables	[3902407]	DOGMATIL

TIAPRIDA

TIAPRIDA 100MG COMP	comprimidos	[3902651]	TIAPRIZAL
---------------------	-------------	-----------	-----------

N05A LITIO (ANTIPSICOTICOS)

LITIO CARBONATO

LITIO CARBONATO 400MG COMP	comprimidos liberacion modif	[3902363]	PLENUR
----------------------------	------------------------------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N05AX OTROS ANTIPSICOTICOS

ARIPIPAZOL

ARIPIPAZOL 10MG COMP BUCODISP	comprimidos bucodispersables	[3901564]	ARIPIPAZOL
ARIPIPAZOL 15MG COMP BUCODISP	comprimidos bucodispersables	[3901565]	ABILIFY
ARIPIPAZOL 300MG VIAL	inyectables	[3905434]	ABILIFY MAINTENA
ARIPIPAZOL 400MG VIAL	inyectables	[3905436]	ABILIFY MAINTENA
ARIPIPAZOL 720MG/2,4ML JER PREC	inyectables	[3909258]	ABILIFY MAINTENA
ARIPIPAZOL 960MG/3,2ML JER PREC	inyectables	[3909259]	ABILIFY MAINTENA

DICTAMEN 10/2025 ARIPIPAZOL DE ADMINISTRACIÓN BIMESTRAL (ABILIFY MAINTENA®)
INDICACIÓN: Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol.
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas:
– Se debe administrar cada dos meses (cada 56 días) mediante inyección intramuscular (IM).
– La pauta posológica inicial general recomendada al hacer la transición desde Abilify Maintena® 400 mg una vez al mes es Abilify Maintena® 960 mg no antes de 26 días después de la inyección anterior de Abilify Maintena® 400 mg. Abilify Maintena® 960 mg debe entonces administrarse una vez cada dos meses (cada 56 días).

La dosis inicial puede administrarse también siguiendo una de las pauta adicionales siguientes:

- Inicio con una inyección: el día del inicio después del tratamiento por vía oral, se debe administrar una inyección de Abilify Maintena® 960 mg y continuar el tratamiento con entre 10 mg y 20 mg diarios de aripiprazol oral durante 14 días consecutivos para mantener las concentraciones terapéuticas de aripiprazol durante el inicio del tratamiento.
- Inicio con dos inyecciones: el día del inicio después del tratamiento por vía oral, se debe administrar una inyección de Abilify Maintena® 960 mg y una inyección de Abilify Maintena® 400 mg en dos lugares de inyección diferentes, junto con una dosis de 20 mg de aripiprazol oral.
- Si hay reacciones adversas con la dosis de Abilify Maintena® 960 mg, debe considerarse la reducción a Abilify Maintena® 720 mg una vez cada dos meses.
- Requiere visado en pacientes mayores de 75 años

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
PALIPERIDONA				
PALIPERIDONA 3MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901799]		INVEGA
PALIPERIDONA 6MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3901800]		INVEGA
PALIPERIDONA 1.000MG/5ML JER PRE	inyectables	[3909268]		BYANNLI
PALIPERIDONA 700MG/3,5ML JER PRE	inyectables	[3909267]		BYANNLI
PALIPERIDONA 50MG/0,5ML JERINGA PRECARGA	inyectables	[3905426]		PALMEUX/PALIPERIDONA EFG
PALIPERIDONA 75MG/0,75ML JERINGA PRECARG	inyectables	[3905427]		PALMEUX/PALIPERIDONA EFG
PALIPERIDONA 100MG/1ML JERINGA PRECARGAD	inyectables	[3905428]		PALMEUX/PALIPERIDONA EFG
PALIPERIDONA 150MG/1,5ML JERINGA PRECARG	inyectables	[3905429]		PALMEUX/PALIPERIDONA EFG
PALIPERIDONA 175MG/0,875ML JERING PRECAR	inyectables	[3905430]		TREVICTA
PALIPERIDONA 263MG/1,315ML JERIN PRECARG	inyectables	[3905431]		TREVICTA
PALIPERIDONA 350MG/1,75ML JERINGA PRECAR	inyectables	[3905432]		TREVICTA
PALIPERIDONA 525MG/2,625ML JERIN PRECARG	inyectables	[3905433]		TREVICTA

DICTAMEN 09/2025 PALIPERIDONA DE ADMINISTRACIÓN SEMESTRAL (BYANNLI®)

INDICACIÓN: Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con las formulaciones inyectables mensuales o trimestrales de palmitato de paliperidona.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas:

- Se debe administrar cada 6 meses mediante inyección intramuscular (IM).
- Los pacientes que están adecuadamente tratados con una inyección mensual de palmitato de paliperidona en dosis de 100 mg o 150 mg (preferiblemente durante cuatro meses o más) o con una inyección trimestral de palmitato de paliperidona en dosis de 350 mg o 525 mg (durante al menos un ciclo de inyección de tres meses) y no requieren ajuste de dosis se pueden cambiar a la inyección semestral de palmitato de paliperidona.

Transición a Byannli® de pacientes tratados adecuadamente con una inyección mensual de palmitato de paliperidona:

- Si la última dosis de paliperidona inyectable mensual es de 100 mg, Byannli® se iniciará en la dosis siguiente* con 700 mg.
- Si la última dosis de paliperidona inyectable mensual es de 150 mg, Byannli® se iniciará en la dosis siguiente* con 1000 mg.

*No se han estudiado las dosis de Byannli® equivalentes a las dosis de 25 mg, 50 mg o 75 mg de la inyección mensual de palmitato de paliperidona.

Transición a Byannli® de pacientes tratados adecuadamente con una inyección trimestral de palmitato de paliperidona:

- Si la última dosis de paliperidona inyectable trimestral es de 350 mg, Byannli® se iniciará en la dosis siguiente* con 700 mg.
- Si la última dosis de paliperidona inyectable trimestral es de 525 mg, Byannli® se iniciará en la dosis siguiente* con 1000 mg.

*No se han estudiado las dosis de Byannli® equivalentes a las dosis de 175 mg o 263 mg de la inyección trimestral de palmitato de paliperidona.

- Requiere visado en pacientes mayores de 75 años.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
RISPERIDONA				
RISPERIDONA 1MG COMP	comprimidos		[3902418]	RISPERIDONA FLAS
RISPERIDONA 3MG COMP	comprimidos		[3901573]	RISPERIDONA FLAS
RISPERIDONA 100MG INY JER PREC	inyectables		[3909310]	OKEDI
RISPERIDONA 75MG INY JER PREC	inyectables		[3909309]	OKEDI
RISPERIDONA 25MG VIAL	inyectables	(*)	[3902387]	RISPERDAL CONSTA
RISPERIDONA 37,5MG VIAL	inyectables	(*)	[3902389]	RISPERDAL CONSTA
RISPERIDONA 50MG VIAL	inyectables	(*)	[3902388]	RISPERDAL CONSTA
RISPERIDONA 1MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral		[3901798]	RISPERDAL

DICTAMEN 08/2025 RISPERIDONA DE ADMINISTRACIÓN MENSUAL (OKEDI®)
INDICACIÓN: Tratamiento de la esquizofrenia en adultos en los que se ha establecido la tolerabilidad y efectividad con risperidona oral.
DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas:
– Se debe administrar cada 28 días mediante inyección intramuscular (IM).
– El tratamiento se debe iniciar conforme a las condiciones clínicas del paciente: Pacientes adultos en los que se ha establecido la tolerabilidad y efectividad con risperidona oral o risperidona inyectable de acción prolongada cada dos semanas.

Cambio de risperidona oral por Okedi®
- Dosis de risperidona oral previa de 3 mg/día a Okedi® 75 mg inyectable cada 28 días
- Dosis de risperidona oral previa de 4 mg/día o superior a Okedi® 100 mg inyectable cada 28 días

Cambio de risperidona inyectable de acción prolongada cada dos semanas por Okedi®
- 37,5 mg de risperidona de acción prolongada cada dos semanas a 75 mg de Okedi® inyectable cada 28 días
- 50 mg de risperidona de acción prolongada cada dos semanas a 100 mg de Okedi® inyectable cada 28 días

Requiere visado en pacientes mayores de 75 años.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N05BA BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)

ALPRAZOLAM

ALPRAZOLAM 0,25MG COMP	comprimidos	[3901309] Psico	ALPRAZOLAM
ALPRAZOLAM 0,5MG COMP	comprimidos	[3901308] Psico	ALPRAZOLAM
ALPRAZOLAM 1MG COMP	comprimidos	[3901310] Psico	ALPRAZOLAM
ALPRAZOLAM 0,5MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902151] Psico	TRANKIMAZIN RETARD
ALPRAZOLAM 1MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902152] Psico	TRANKIMAZIN RETARD

BROMAZEPAM

BROMAZEPAM 1,5MG CAPS	capsulas	[3901193] Psico	BROMAZEPAN
BROMAZEPAM 3MG CAPS	capsulas	[3901194] Psico	BROMAZEPAN

CLOBAZAM

CLOBAZAM 10MG COMP	comprimidos	[3902800] Psico	NOIAFREN
--------------------	-------------	-----------------	----------

CLORAZEPATO DIPOTASICO

CLORAZEPATO DIPOTASICO 10MG CAPS	capsulas	[3901301] Psico	TRANXILIUM
CLORAZEPATO DIPOTASICO 15MG CAPS	capsulas	[3901302] Psico	TRANXILIUM
CLORAZEPATO DIPOTASICO 5MG CAPS	capsulas	[3901300] Psico	CLORAZEPATO
CLORAZEPATO DIPOTASICO 50MG COMP	comprimidos	[3901307] Psico	TRANXILIUM

DIAZEPAM

DIAZEPAM 5MG COMP	comprimidos	[3901380] Psico	DIAZEPAN
DIAZEPAM 10MG COMP	comprimidos	[3901381] Psico	DIAZEPAN
DIAZEPAM 10MG 2ML AMP	inyectables	[3901386] Psico	VALIUM
DIAZEPAM 5MG 2,5ML ENEMA	liquido rectal	[3902079] Psico	STESOLID
DIAZEPAM 10MG 2,5ML ENEMA	liquido rectal	[3902080] Psico	STESOLID

LORAZEPAM

LORAZEPAM 1MG COMP	comprimidos	[3901375] Psico	LORAZEPAM
LORAZEPAM 5MG COMP	comprimidos	[3901764] Psico	LORAZEPAM
FM LORAZEPAM 1MG/ML 30ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006128]	FM LORAZEPAM

N05BB DERIVADOS DIFENILMETANO (ANSIOLITICOS)

HIDROXIZINA

HIDROXIZINA 25MG COMP	comprimidos	[3902323]	ATARAX
HIDROXIZINA 2MG/ML JBE	solucion/suspension oral	[3901929]	ATARAX

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N05CD BENZODIAZEPINAS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)

LORMETAZEPAM

LORMETAZEPAM 1MG COMP	comprimidos	[3901237] Psico	LORMETAZEPAM
LORMETAZEPAM 2MG COMP	comprimidos	[3901238] Psico	LORMETAZEPAM

MIDAZOLAM

MIDAZOLAM 7,5MG COMP	comprimidos	[3901541] Psico	DORMICUM
MIDAZOLAM 5MG 5ML AMP	inyectables	[3901342] UH,Psico	MIDAZOLAM
MIDAZOLAM 15MG 3ML AMP	inyectables	[3901359] UH,Psico	MIDAZOLAM
MIDAZOLAM 50MG 10ML AMP	inyectables	[3901382] UH,Psico	MIDAZOLAM

N05CF MEDICAM.RELAC.CON BENZODIAZEPINAS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)

ZOLPIDEM

ZOLPIDEM 10MG COMP	comprimidos	[3909068]	ZOLPIDEM
--------------------	-------------	-----------	----------

N05C OTROS HIPNOTICOS Y SEDANTES

CLOMETIAZOL

CLOMETIAZOL 192MG CAPS	capsulas	[3902091]	DISTRANEURINE
------------------------	----------	-----------	---------------

DEXMEDETOMIDINA

DEXMEDETOMIDINA 200MCG 2ML AMP	inyectables perfusion	[3904676] UH,Restr	DEXDOR
DEXMEDETOMIDINA1000 MCG 10 ML VIAL	inyectables perfusion	[3904677] UH,Restr	DEXDOR

DICTAMEN CURMP 6/2016.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas y compromiso de reevaluación.

Para las INDICACIONES que seleccionan a los pacientes que se benefician más del tratamiento, de acuerdo con la decisión de financiación del fármaco y con el protocolo de la SEMYCUYC, concretamente:

1. Paciente con sedación difícil con los sedantes habituales, por tolerancia o fracaso terapéutico a dosis máximas seguras de sedantes habituales (midazolán 0,25mg/kg/h y propofol 4,5 mg/kg/h) que impidan mantener al paciente en nivel de sedación RASS 0-3, una vez cubiertas las necesidades analgésicas.

2. Paciente en el que repetidamente fracasan las pruebas de ventilación espontánea al reducir los sedantes habituales, por presentar descarga adrenérgica y agitación o pánico, impidiendo la retirada de la ventilación mecánica aun teniendo una analgesia efectiva endovenosa.

a. Antes de iniciar perfusión de dexmedetomidina se emplearan 5 mg endovenosos de haloperidol, que podrán repetirse en 15 minutos.

b. Si no se controla el cuadro delirio/agitación se iniciará dexmedetomidina a dosis habituales en perfusión.

3. Paciente en sedación 0 a -3 en proceso de desconexión de la ventilación mecánica, en el que otros sedantes afectan al centro respiratorio e impiden avanzar en la desconexión.

4. Paciente en ventilación mecánica que desarrolla delirio.

A. Antes del tratamiento con dexmedetomidina se emplearan 5 mg endovenosos de haloperidol, que podrán repetirse en 15 minutos.

B. Si no se controla el cuadro delirio/agitación se iniciará dexmedetomidina a dosis habituales en perfusión.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N06 PSICOANALEPTICOS

N06AA INHIB. NO SELECTIVOS RECAPTACION MONOAMINA (ANTIDEPRESIVOS)

AMITRIPTILINA

AMITRIPTILINA 10MG COMP	comprimidos	[3902673]	TRYPTIZOL
AMITRIPTILINA 25MG COMP	comprimidos	[3902674]	TRYPTIZOL
AMITRIPTILINA 75MG COMP	comprimidos	[3902828]	TRYPTIZOL

CLOMIPRAMINA

CLOMIPRAMINA 10MG GRAG	comprimidos	[3902312]	ANAFRANIL
CLOMIPRAMINA 25MG GRAG	comprimidos	[3902881]	ANAFRANIL
CLOMIPRAMINA 75MG COMP	comprimidos	[3902276]	ANAFRANIL
CLOMIPRAMINA 25MG 2ML AMP	inyectables	[3902880]	ANAFRANIL

MAPROTILINA

MAPROTILINA 25MG COMP	comprimidos	[3902513]	LUDIOMIL
MAPROTILINA 75MG COMP	comprimidos	[3902949]	LUDIOMIL

N06AB INHIB. SELECTIVOS RECAPTACION SEROTONINA (ANTIDEPRESIVOS)

CITALOPRAM

CITALOPRAM 20MG COMP	comprimidos	[3901135]	CITALOPRAM
CITALOPRAM 30MG COMP	comprimidos	[3901552]	CITALOPRAM

FLUOXETINA

FLUOXETINA 20MG CAPS	capsulas	[3901174]	FLUOXETINA
FLUOXETINA 4MG/ML 70ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902422]	FLUOXETINA

PAROXETINA

PAROXETINA 20MG COMP	comprimidos	[3901175]	PAROXETINA
----------------------	-------------	-----------	------------

SERTRALINA

SERTRALINA 50MG COMP	comprimidos	[3901498]	SERTRALINA
SERTRALINA 100MG COMP	comprimidos	[3901499]	SERTRALINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N06AX OTROS ANTIDEPRESIVOS

DULOXETINA

DULOXETINA 30MG CAPS	capsulas	[3901556]	DULOXETINA
DULOXETINA 60MG CAPS	capsulas	[3901557]	DULOXETINA

ESKETAMINA

ESKETAMINA 28MG PULVERIZADOR NASAL	nebulizacion nasal	[3908899]	SPRAVATO
------------------------------------	--------------------	-----------	----------

DICTAMEN CURMP 18/2023.

POSICIONAMIENTO DE ESKETAMINA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RESISTENTE AL TRATAMIENTO INDICACIÓN:

- En combinación con un ISRS o IRSN en adultos con trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, que no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes con antidepresivos en el episodio depresivo moderado o grave actual.
- Financiado en pacientes adultos entre 18-74 años que no han respondido al menos a tres estrategias diferentes con antidepresivos, siendo al menos una de ellas una estrategia de combinación o potenciación en el episodio depresivo grave actual.
- Indicación no financiada: Administrado de forma conjunta con terapia antidepresiva oral en adultos con un episodio de trastorno depresivo mayor de moderado a grave, como tratamiento agudo a corto plazo, para la rápida reducción de los síntomas depresivos, los cuales de acuerdo al criterio clínico constituyen una emergencia psiquiátrica.

DECISIÓN ADOPTADA:

Categoría D-2. Se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas y con el compromiso de reevaluación tras 1 año. Se crea un COMITÉ EVALUADOR DE ESKETAMINA dependiente de la CURMP formado por psiquiatras y farmacéuticos de diferentes Áreas Sanitarias de Asturias para la valoración de las solicitudes individualizadas de tratamiento con esketamina.

Requisitos para la solicitud de esketamina:

- Pacientes adultos entre 18 y 74 años con trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, descartando comorbilidad psiquiátrica activa o comorbilidades médicas (hipertiroidismo no suficientemente tratado, síntomas del tracto urinario, etc.) que puedan interferir con el tratamiento.
- Pacientes que no han respondido al menos a tres estrategias diferentes con antidepresivos (incluyendo antidepresivos de distinta clase), siendo al menos una de ellas una estrategia de combinación o potenciación, en el episodio depresivo grave actual.
- Que el paciente haya firmado un consentimiento informado (Anexo I) que debe ser recabado por el psiquiatra que solicite el tratamiento y quedará registrado en la historia clínica.
- Los pacientes deben comprometerse a llevar a cabo las visitas clínicas necesarias para la adecuada administración del fármaco en el entorno hospitalario. El incumplimiento por parte del paciente contraindica la administración del tratamiento y conlleva la suspensión del mismo.

Criterios de exclusión:

- Hipersensibilidad a esketamina, ketamina o a alguno de los excipientes.
- Pacientes en los que el aumento de la presión arterial o intracraneal suponga un riesgo grave:
 - Pacientes con vasculopatía aneurismática (incluida la de vasos intracraneales, torácica o de la aorta abdominal o de arterias periféricas y malformaciones arteriovenosas).
 - Pacientes con antecedentes de hemorragia intracerebral.
 - Episodio cardiovascular reciente (en las 6 semanas previas), incluido el infarto de miocardio.
- Paciente con alto riesgo de abuso de sustancias.

Retirada:

- Por intolerancia o efectos adversos relevantes.
- Por falta de adherencia al antidepresivo oral ISRS o IRSN.
- Por fracaso o respuesta parcial que no alcance la reducción $\geq 30\%$ en cualquiera de las evaluaciones realizadas.
- Fin de tratamiento: 6-7 meses una vez que mejoren los síntomas depresivos.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
MIANSERINA				
MIANSERINA 10MG COMP	comprimidos		[3902773]	LANTANON
MIANSERINA 30MG COMP	comprimidos		[3902857]	LANTANON
MIRTAZAPINA				
MIRTAZAPINA 30MG COMP	comprimidos		[3901496]	MIRTAZAPINA
MIRTAZAPINA 15MG COMP BUCODISP	comprimidos bucodispersables		[3901790]	MIRTAZAPINA
OXITRIPTAN				
FM OXITRIPTAN POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral		[4006160]	FM OXITRIPTAN
TRAZODONA				
TRAZODONA 100MG COMP	comprimidos		[3901164]	TRAZODONA
VENLAFAXINA				
VENLAFAXINA 75MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif		[3901856]	VENLAFAXINA RETARD
VENLAFAXINA 150MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif		[3901855]	VENLAFAXINA RETARD
VENLAFAXINA 50MG COMP	comprimidos		[3901621]	VENLAFAXINA
VORTIOXETINA				
VORTIOXETINA 10MG COMP	comprimidos		[3909203]	BRINTELLIX
VORTIOXETINA 5MG COMP	comprimidos		[3909202]	BRINTELLIX

N06BC XANTINAS (PSICOESTIMULANTES)

CAFEINA				
CAFEINA CITRATO 20MG 1ML AMP	inyectables		[3902018] UH	PEYONA

N06BX OTROS PSICOESTIMULANTES Y NOOTROPICOS

IDEBENONA				
IDEBENONA 45MG COMP	comprimidos		[3903052] SitEspInf	MNESIS

N06DA ANTICOLINESTERASAS (MEDICAMENTOS CONTRA DEMENCIA)

DONEPEZILO				
DONEPEZILO 5MG COMP	comprimidos		[3901960] DH	DONEPEZILO
DONEPEZILO 10MG COMP	comprimidos		[3901959] DH	DONEPEZILO
GALANTAMINA				
GALANTAMINA 8MG CAPS RETARD	capsulas liberacion modif		[3901544] DH	GALANTAMINA
RIVASTIGMINA				
RIVASTIGMINA 4,6MG PARCHE TRANSDERMICO	parches transdermicos		[3904956] DH	RIVASTIGMINA
RIVASTIGMINA 9,5MG PARCHE TRANSDERMICO	parches transdermicos		[3901814] DH	RIVASTIGMINA
RIVASTIGMINA 13,3MG PARCHE TRANSDERMICO	parches transdermicos		[3904957] DH	RIVASTIGMINA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N06DX OTROS MEDICAMENTOS CONTRA LA DEMENCIA

MEMANTINA

MEMANTINA 10MG COMP	comprimidos	[3902642] DH	MEMANTINA
---------------------	-------------	--------------	-----------

N07 OTROS MEDICAMENTOS DE ACCION SISTEMA NERVIOSO

N07AA ANTICOLINESTARASAS (OTROS MEDICAMENTOS DE ACCION SOBRE SNC)

NEOSTIGMINA

NEOSTIGMINA 0,5MG 1ML AMP	inyectables	[3901412]	NEOSTIGMINA
NEOSTIGMINA 2,5MG 5ML AMP	inyectables	[3901570]	NEOSTIGMINA

PIRIDOSTIGMINA

PIRIDOSTIGMINA 60MG COMP	comprimidos	[3902077]	MESTINON
--------------------------	-------------	-----------	----------

N07BA MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DEPENDENCIA A NICOTINA

NICOTINA

NICOTINA 7MG/DIA 17,5MG PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901748]	NIQUITIN
NICOTINA 14MG/DIA 35MG PARCHE TRANSDERM	parches transdermicos	[3901746]	NIQUITIN
NICOTINA 21MG/DIA 52,5MG PARCHE TRANSDER	parches transdermicos	[3901749]	NIQUITIN

N07BB MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DEPENDENCIA A ALCOHOL

ACAMPROSATO

ACAMPROSATO 333MG COMP RECUB	comprimidos	[3902146]	CAMPRAL
------------------------------	-------------	-----------	---------

N07BC MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DEPENDENCIA A OPIOIDES

BUPRENORFINA EN ASOCIACION

BUPRENORFINA/NALOXONA 2MG/0,5MG SUBL COM		[3906916]	BUPRENORFINA/NALOXONA 2MG/0,5M
BUPRENORFINA/NALOXONA 8MG/2MG COMP SUBLI	comprimidos sublinguales	[3909038]	BUPRENORFINA/NALOXONA 8MG/2MG

BUPRENORFINA

BUPRENORFINA 64MG INY LIB PROL JER PREC	inyectables	[3909205]	BUVIDAL
BUPRENORFINA 96MG INY LIB PROL JER PREC	inyectables	[3909206]	BUVIDAL

METADONA

METADONA 30 MG COMP	comprimidos	[3906925] Estup	METASEDIN
METADONA 40 MG COMP	comprimidos	[3906926] Estup	METASEDIN
METADONA 5 MG COMP	comprimidos	[3906927] Estup	METASEDIN
FM METADONA 0,1 MG/ML SOL ORAL NEONATOS	solucion/suspension oral	(*) [4006137]	FM METADONA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N07CA MEDICAMENTOS CONTRA EL VERTIGO

BETAHISTINA

BETAHISTINA 8MG COMP	comprimidos	[3902369]	SERC
BETAHISTINA 16MG COMP	comprimidos	[3902798]	SERC

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

N07XX OTROS MEDICAMENTOS ACCION SOBRE SISTEMA NERVIOSO

DIMETILFUMARATO

DIMETILFUMARATO 120 MG CAPS	capsulas	[3903732] UH	TECFIDERA
DIMETILFUMARATO 240 MG CAPS	capsulas	[3903733] UH	TECFIDERA

DICTAMEN 16/2023: ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE Y SÍNDROME DESMIELINIZANTE AISLADO (2023)

El tratamiento de la esclerosis múltiple recurrente y síndrome desmielinizante aislado queda establecido del siguiente modo:

A. NO datos de mal pronóstico:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO*: DIMETILFUMARATO o TERIFLUNOMIDA
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO (si efectos adversos con la primera línea): OZANIMOD

Como alternativa a los anteriores, y en función de criterios individuales (comorbilidades o situaciones especiales):

- Interferón β 1b s.c.
- Interferón β 1a s.c.
- Interferón β 1a i.m.
- Acetato de glatirámico s.c.

A.1. Si respuesta subóptima tras utilización de los anteriores tratamientos:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO*: FINGOLIMOD
CLADRIBINA: si deseo gestacional o historia de mala adherencia
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO* (si efectos adversos o respuesta subóptima a la primera): OFATUMUMAB o NATALIZUMAB
- 3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO* (si efectos adversos o respuesta subóptima a la segunda): OCRELIZUMAB o ALEMTUZUMAB

A.2. Si datos de mal pronóstico tras utilización de los anteriores tratamientos:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO*: OFATUMUMAB o NATALIZUMAB
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO* (si efectos adversos o respuesta subóptima a la primera): OCRELIZUMAB o ALEMTUZUMAB

B. Si datos de mal pronóstico:

- 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO*: OFATUMUMAB o NATALIZUMAB
- 2ª LÍNEA DE TRATAMIENTO* (si efectos adversos o respuesta subóptima a la primera): OCRELIZUMAB o ALEMTUZUMAB

*La priorización se hará en estos casos en función de criterios de seguridad, eficiencia y perfil clínico

Datos de mal pronóstico, ya sean clínicos o radiológicos:

CLÍNICOS. Cualquiera de los siguientes:

- 1. EDSS ≥ 2 al inicio.
- 2. Síntomas de topografía multirregional o en el tronco encefálico o en cerebelo o en la con afectación cognitiva precoz.
- 3. Recuperación incompleta tras un primer brote.
- 4. Historia de ≥ 2 brotes en el año previo.

RADIOLÓGICOS. Cualquiera de los siguientes:

- 1. Presencia de ≥ 10 lesiones en la secuencia T2.
- 2. Presencia de ≥ 2 lesiones captantes de gadolinio.
- 3. Aumento de la carga lesional (aumento del número de lesiones o crecimiento de las previas) con respecto a la resonancia previa.
- 4. Lesiones de topografía infratentorial o medular.

Criterios de respuesta subóptima, ya sean clínicos o radiológicos:

CLÍNICOS: al menos una recidiva durante el año anterior, mientras recibían la terapia.

RADIOLÓGICOS: incremento de la carga lesional en T2 (aumento del número de lesiones o crecimiento de las previas), o bien aparición de lesiones nuevas captantes de gadolinio.

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

FAMPRIDINA

FAMPRIDINA 10 MG COMP LIB PROLONGADA	comprimidos retard	[3901069] Restr	FAMPYRA
--------------------------------------	--------------------	-----------------	---------

DICTAMEN CURMP 2/2014.

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D-2: se incluyen en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas.

Fampridina se incluye en la Guía Farmacoterapéutica con recomendaciones específicas, exclusivamente de acuerdo a las siguientes condiciones de utilización:

Los pacientes candidatos a tratamiento con fampridina son aquellos con esclerosis múltiple, que además sean adultos y que tengan discapacidad en la marcha (EDSS 4-7), con el objeto de mejorar su marcha. Fampridina tiene que ser prescrita por médicos expertos en el tratamiento de la esclerosis múltiple y cuando la capacidad de deambulación del paciente se considere un aspecto clave dentro de las limitaciones que causa la patología.

Debe seguirse el siguiente protocolo:

- Pacientes adultos con EM y discapacidad de la marcha (EDSS 4-7), aclaramiento de creatinina superior a 80 mL/min, sin historia previa de crisis epilépticas y sin tratamiento con medicamentos inhibidores del transportador de cationes orgánicos-2 (OCT2) como es cimetidina.

- Valoración basal mediante la realización de

1. T25FW

2. MSWS-12

- Valorar a las dos semanas: el paciente respondedor a fampridina y, por tanto, candidato a continuar tratamiento es aquel que muestre una mejoría superior al 20% en la velocidad de la marcha (T25FW) y que también tenga una mejoría de 6 puntos en el MSWS-12.

- Reevaluar la respuesta a los 3 meses con los mismos criterios y posteriormente cada 6 meses, o cuando se observe un empeoramiento de la marcha. En caso de empeoramiento de la marcha suspender fampridina y valorar la respuesta del paciente.

- Si la EM del paciente progresa hasta EDSS ≥ 7 suspender fampridina

RILUZOL

RILUZOL 50MG COMP	comprimidos	[3902209] UH	RILUZOL
-------------------	-------------	--------------	---------

RILUZOL 5 MG/ML SUSPENSION	solucion/suspension oral	[3903373]	TEGLUTIK
----------------------------	--------------------------	-----------	----------

TAFAMIDIS

TAFAMIDIS 61MG CAPS	capsulas	[3908977]	VYNDAQEL
---------------------	----------	-----------	----------

DICTAMEN 19/2023.TAFAMIDIS EN EL TRATAMIENTO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA EN PACIENTES ADULTOS (ATTR-CM)

MEDICAMENTO: Tafamidis (Vyndaqel®) 61 mg cápsulas blandas.

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas:

Para el tratamiento de la amiloidosis por transtiretina nativa o hereditaria en pacientes adultos con miocardiopatía (ATTR-CM) siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes con la forma nativa (ATTRwt-CM) a partir de 60 años y pacientes con la forma hereditaria (ATTRv-CM) a partir de 45 años.

- Pacientes con fracción de eyección preservada y con evidencia de afectación cardíaca mediante ecocardiografía, con un grosor de la pared del tabique interventricular en la diástole final > 12 mm.

- Clase I a III de la New York Heart Association (NYHA).

- Antecedentes de insuficiencia cardíaca, con al menos una hospitalización previa o evidencia clínica de insuficiencia cardíaca (sin hospitalización) que requiriesen tratamiento diurético.

- Fenotipo cardíaco predominante, confirmado mediante genotipado de TTR.

- Gammagrafía nuclear confirmatoria de la transtiretina.

- Test de la marcha de 6 minutos (TM6M) de > 100 m.

- Valor de NT-proBNP (péptido natriurético pro-B de tipo N-terminal) ≥ 600 pg/mL.

- No haber recibido un trasplante de corazón o de hígado.

- No tener implantado un dispositivo de asistencia ventricular (DAV).

- No estar recibiendo otros tratamientos modificadores de la enfermedad para la ATTR.

Asimismo, se incluyen los siguientes criterios de interrupción del tratamiento:

- Pacientes que progresen a la clase IV de la NYHA o,

- Pacientes que reciban un trasplante de corazón o de hígado o,

- Pacientes a los que se les implante un dispositivo de asistencia ventricular (DAV).

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
TETRABENAZINA				
TETRABENAZINA 25MG COMP	comprimidos		[3901885]	NITOMAN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

P ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES

P01 ANTIPROTOZOARIOS

P01AB DERIVADOS DE NITROIMIDAZOL (ANTIPROTOZOARIOS)

METRONIDAZOL

METRONIDAZOL 250MG COMP	comprimidos	[3901200]	METRONIDAZOL
METRONIDAZOL 25MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902443]	FLAGYL

P01AX OTROS AMEBICIDAS Y ANTIPROTOZOARIOS

MEPACRINA

MEPACRINA 100MG COMP	comprimidos	[3902975] SitEspInf	MEPACRINA
----------------------	-------------	---------------------	-----------

P01BA AMINOQUINOLINAS (ANTIMALARICOS)

CLOROQUINA

CLOROQUINA 155MG (250MG SAL) COMP	comprimidos	[3902545]	RESOCHIN
-----------------------------------	-------------	-----------	----------

HIDROXICLOROQUINA

HIDROXICLOROQUINA 200MG COMP	comprimidos	[3902756]	DOLQUINE
------------------------------	-------------	-----------	----------

PRIMAQUINA

PRIMAQUINA 15MG COMP	comprimidos	[3909178]	PRIMAQUINA
----------------------	-------------	-----------	------------

P01BC METANOLQUINOLINAS (ANTIMALARICOS)

QUININA

QUININA 300MG COMP	comprimidos	[3902989] SitEspInf	QUININE SULPHATE
QUININA 250MG 2ML AMP	inyectables	[3902981] SitEspInf	QUINIMAX

P01BD DIAMINOPYRIMIDINAS (ANTIMALARICOS)

PIRIMETAMINA

PIRIMETAMINA 25MG COMP	comprimidos	[3902381]	DARAPRIM
FM PIRIMETAMINA 2MG/ML 50ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006172]	FM PIRIMETAMINA

P01BE ARTEMISININA Y DERIVADOS

ARTESUNATO

ARTESUNATO 60 MG POLVO PARA INYECCION	inyectables	[3901075] SitEspInf	ARTESUN
---------------------------------------	-------------	---------------------	---------

P01BF ARTEMISINA Y DERIVADOS EN ASOCIACION

ARTENIMOL + PIPERAQUINA

PIPERAQUINA/DIHIROARTEMIS 320/40MG COMP	comprimidos	[3902217]	EURARTESIM
---	-------------	-----------	------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

P01CX OTROS MEDICAMENTOS CONTRA LEHISMANIASIS Y TRIPANOSOMIASIS

PENTAMIDINA ISETIONATO

PENTAMIDINA 300MG VIAL	inyectables	[3902510] UH	PENTACARINAT
------------------------	-------------	--------------	--------------

P02 ANTIHELMINTICOS

P02BA DERIVADOS DE QUINOLINA (TREMATOCIDAS)

PRAZIQUANTEL

PRAZICUANTEL 600MG COMP	comprimidos	[3903042] SitEspInf	BILTRICIDE
-------------------------	-------------	---------------------	------------

P02BX OTROS TREMATOCIDAS

TRICLABENDAZOL

TRICLABENDAZOL 250MG COMP	comprimidos	[3902986] SitEspInf	EGATÉN
---------------------------	-------------	---------------------	--------

P02CA DERIVADOS DE BENZIDAMIZOL (NEMATOCIDAS)

ALBENDAZOL

ALBENDAZOL 400MG COMP RECUB	comprimidos	[3902250]	ESKAZOLE
-----------------------------	-------------	-----------	----------

MEBENDAZOL

MEBENDAZOL 20MG/ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	[3902970]	LOMPER
------------------------------	--------------------------	-----------	--------

P02CB DERIVADOS DE PIPERAZINA (NEMATOCIDAS)

DIETILCARBAMAZINA

DIETILCARBAMAZINA 100MG COMP	comprimidos	[3903025] SitEspInf	NOTEZINE
------------------------------	-------------	---------------------	----------

P02CF AVERMECTINAS (NEMATOCIDAS)

IVERMECTINA

IVERMECTINA 3MG COMP	comprimidos	[3902695]	IVERMECTINA
----------------------	-------------	-----------	-------------

P03 ECTOPARASITICIDAS, INCLUIDOS ESCABICIDAS

P03AC PIRETRINAS (ECTOPARASITICIDAS)

PERMETRINA

PERMETRINA 5% CREMA	crema cutanea	[3902100]	SARCOP
---------------------	---------------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

R SISTEMA RESPIRATORIO

R01 PREPARACIONES NASALES

R01AA SIMPATICOMIMETICOS SOLOS (DESCONGESTIONANTES NASALES)

OXIMETAZOLINA

OXIMETAZOLINA 0,5MG/ML NEBUL NASAL	nebulizacion nasal	[3902680]	NASOLINA
------------------------------------	--------------------	-----------	----------

R01AD CORTICOSTEROIDES (NASALES)

FLUTICASONA (NASAL)

FLUTICASONA 50MCG/NEBUL NASAL SPRAY	nebulizacion nasal	[3902240]	FLIXONASE
-------------------------------------	--------------------	-----------	-----------

R03 MEDICAMENTOS CONTRA ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS VIAS RESPIRAT

R03AC AGONISTAS BETA-2-ADRENERGICOS SELECTIVOS

SALBUTAMOL

SALBUTAMOL 2,5MG 2,5ML AMP NEBUL	inhalacion pulmonar	[3905746]	SALBUAIR
SALBUTAMOL 100MCG/INH AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3901278]	SALBUTAMOL

R03AK ADRENERGICOS ASOCIADOS A OTROS ANTIASMATICOS

FORMOTEROL + BUDESONIDA

FORMOTEROL/BUDESON 4,5/160MCG TURBUHALER	dosis polvo inhalacion	[3901383]	DUORESP SPIROMAX
FORMOTEROL/BUDESON 9/320MCG TURBUHALER	dosis polvo inhalacion	[3902704]	BUFOMIX EASYHALER
BUDESONIDA/FORMOTEROL 160/4,5MCG INH PRE	inhalacion pulmonar	[3906922]	SYMBICORT ENVASE A PRESION

SALMETEROL + FLUTICASONA

SALMETEROL/FLUTICAS 50/100MCG/INHALADOR	dosis polvo inhalacion	[3902572]	SERETIDE ACCUHALER
SALMETEROL/FLUTICAS 25/50MCG AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902738]	SERETIDE
SALMETEROL/FLUTICAS 25/125MCG AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902739]	SERETIDE
SALMETEROL/FLUTICAS 25/250MCG AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902740]	SERETIDE

R03BA GLUCOCORTICOIDES (ANTIASMATICOS)

BUDESONIDA

BUDESONIDA 0,5MG 2ML SUSP NEBUL	inhalacion pulmonar	[3901567]	BUDESONIDA
BUDESONIDA 1MG 2ML SUSP NEBUL	inhalacion pulmonar	[3901566]	BUDESONIDA
BUDESONIDA 200MCG/INH AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902090]	BUDESONIDA

FLUTICASONA (INHALAT)

FLUTICASONA 50MCG/INH AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902244]	FLIXOTIDE
-------------------------------	---------------------	-----------	-----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

R03BB ANTICOLINERGICOS (ANTIASMATICOS)

IPRATROPIO BROMURO

IPRATROPIO BROMURO 20MCG/INH AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3902344]	ATROVENT
IPRATROPIO BROMURO 250MCG 1ML AMP NEBUL	inhalacion pulmonar	[3901626]	BROMURO IPRATROPIO
IPRATROPIO BROMURO 500MCG 2ML AMP NEBUL	inhalacion pulmonar	[3901930]	BROMURO IPRATROPIO

TIOTROPIO BROMURO

TIOTROPIO BROMURO 2,5MCG AEROSOL	inhalacion pulmonar	[3906221]	SPIRIVA RESPIMAT
----------------------------------	---------------------	-----------	------------------

R03CC AGONISTAS BETA-2-ADRENERGICOS SELECTIVOS (ANTIASMATICOS)

SALBUTAMOL

SALBUTAMOL 500MCG 1ML AMP	inyectables	[3901643]	VENTOLIN
SALBUTAMOL 0,4MG/ML JBE	solucion/suspension oral	[3902686]	VENTOLIN

R03DA XANTINAS (ANTIASMATICOS SISTEMICOS)

CAFEINA BENZOATO

CAFEINA BENZOATO 200MG 1ML AMP	inyectables	[3901152]	CAFEINA BENZOATO
--------------------------------	-------------	-----------	------------------

CITRATO DE CAFÉÍNA

FM CITRATO DE CAFÉÍNA 10MG/ML 50ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006050]	FM CITRATO DE CAFÉÍNA
---	--------------------------	---------------	-----------------------

TEOFILINA

TEOFILINA 300MG COMP RETARD	comprimidos retard	[3902822]	TEROMOL RETARD
-----------------------------	--------------------	-----------	----------------

R03DC ANTAGONISTAS RECEPTORES DEL LEUKOTRIENO (ANTIASMATICOS)

MONTELUKAST

MONTELUKAST 10MG COMP	comprimidos	[3901896]	SINGULAIR
MONTELUKAST 4MG SOBRE	polvo/granulado oral	[3902675]	SINGULAIR

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

R03DX OTROS ANTIASMATICOS DE USO SISTEMICO

BENRALIZUMAB

BENRALIZUMAB 30MG PLUMA	inyectables	(*) [3908306]		FASENRA
-------------------------	-------------	---------------	--	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
MEPOLIZUMAB				
MEPOLIZUMAB 100MG PLUMA	inyectables	(*)	[3907518] Restr	NUCALA
MEPOLIZUMAB 100MG VIAL	inyectables		[3904746] Restr	NUCALA

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

DICTAMEN 05/2025

POSICIONAMIENTO EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE

El asma grave se caracteriza por precisar múltiples fármacos a altas dosis para su tratamiento (escalones 5-6 de la Guía Española para el Manejo del Asma -GEMA- y 5 de la Global Initiative for Asthma -GINA-) e incluye tanto a los pacientes controlados como a los no controlados.

El asma grave no controlada (AGNC) se define como aquella enfermedad que persiste con síntomas o exacerbaciones pese a recibir tratamiento con glucocorticoides inhalados / agonistas B2 adrenérgicos de acción prolongada (GCI / LABA) a dosis elevadas en el último año, o bien corticoides orales (CO) durante al menos seis meses del mismo periodo.

En función del mecanismo fisiopatológico subyacente, dentro del asma grave se han definido dos patrones inflamatorios: T2 (presente en el asma alérgica y eosinofílica) y no T2. Si además se tiene en cuenta la presencia o ausencia de distintos marcadores inflamatorios, el AGNC se clasifica en tres fenotipos fundamentales para decidir el tratamiento más adecuado en cada caso: fenotipo alérgico-T2, fenotipo eosinofílico-T2 y fenotipo no T2.

En los pacientes con AGNC que pertenezcan al fenotipo alérgico o al fenotipo eosinofílico estaría indicado iniciar tratamiento biológico con anticuerpos monoclonales, dirigidos hacia la inmunoglobulina E (IgE) (fenotipo alérgico) o hacia las distintas interleucinas implicadas en el proceso (fenotipo eosinofílico: IL5, IL4 e IL13). La selección debe realizarse en función del recuento de eosinófilos en sangre, de la función pulmonar, del uso de corticoides orales de mantenimiento y de la presencia de comorbilidades (poliposis nasal, enfermedad respiratoria exacerbada por el ácido acetilsalicílico (EREA), urticaria crónica y dermatitis atópica).

El tratamiento del AGNC alérgica y/o eosinofílica queda establecido del siguiente modo:

1ª OPCIÓN TRATAMIENTO DUPILUMAB (ANTI IL4/IL13) o MEPOLIZUMAB (ANTI IL5)

- Si recuento de eosinófilos (EoS) = 300 células/ μ L o,
- FeNO = 50 (FeNO = 35 en niños de 6 a 11 años) o,
- EoS = 150 y < 300 células/ μ L SI: > 2 exacerbaciones graves en el último año o > 1 exacerbación grave que requiera hospitalización, o con uso crónico de CO.
- De elección si dermatitis atópica asociada.
- Si EoS = 500 células/ μ L o,
- EoS < 500 células/ μ L SI: > 2 exacerbaciones graves en el último año que requieran el uso de = 2 ciclos de corticoides orales o sistémicos o aumento de la dosis de mantenimiento durante al menos 3 días, o > 1 exacerbación grave que requiera hospitalización, ingreso en la UCI o ventilación mecánica, si tras valorar individualizadamente su uso se aprecia un control muy deficiente del asma, refractario a las demás opciones disponibles.
- La elección entre dupilumab y mepolizumab será a criterio del clínico, siempre que se cumplan las respectivas condiciones de financiación.
- En el caso de que un paciente no responda a dupilumab o mepolizumab, deberá continuar con el tratamiento alternativo (mepolizumab o dupilumab) antes de considerar la opción de tratamiento con tezepelumab.

2ª OPCIÓN TRATAMIENTO TEZEPELUMAB (ANTI TSLP)

- Tratamiento de mantenimiento adicional en adultos y adolescentes a partir de 12 años con asma grave refractaria insuficientemente controlada con dosis altas de corticoides inhalados más LABA y/o antagonistas muscarínicos de acción prolongada (LAMA) que hayan presentado = 2 exacerbaciones que requirieran tratamiento con CO o sistémicos o = 1 hospitalización por exacerbación grave en el año previo.

3ª OPCIÓN TRATAMIENTO BENRALIZUMAB (ANTI IL5)

- Si EoS = 500 células/ μ L o,
- EoS < 500 células/ μ L SI: > 2 exacerbaciones graves en el último año que requieran el uso de = 2 ciclos de corticoides orales o sistémicos o aumento de la dosis de mantenimiento durante al menos 3 días, o > 1 exacerbación grave que requiera hospitalización, ingreso en la UCI o ventilación mecánica, si tras valorar individualizadamente su uso se aprecia un control muy deficiente del asma, refractario a las demás opciones disponibles.
- Se podrá priorizar el uso de benralizumab frente a tezepelumab en pacientes con marcada eosinofilia (EoS = 500 células/ μ L).

TRATAMIENTO ANTI IgE: OMALIZUMAB y DUPILUMAB

- En asma alérgica grave persistente con test cutáneo positivo o con sensibilización a alérgenos perennes en pacientes = 6 años con valores de IgE total entre 30-1.500 UI/mL. En pacientes adultos y adolescentes (a partir de 12 años), además deben presentar una función pulmonar reducida (FEV1 <80%).
- El tratamiento con omalizumab deberá ser considerado únicamente para pacientes con asma mediada de forma convincente por IgE.
- En pacientes con EoS > 300 células/ μ L e inicio del asma en la infancia-adolescencia puede valorarse inicio de tratamiento con omalizumab.
- La selección entre omalizumab y el resto de alternativas tendrá en cuenta criterios de eficiencia (la dosis de omalizumab depende del peso y de los niveles de IgE).

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

TRATAMIENTO ASMA GRAVE FENOTIPO NO T2: TEZEPELUMAB

- Tezepelumab reduce significativamente las exacerbaciones del asma y mejora la función pulmonar en pacientes con asma grave, independientemente de la presencia de eosinofilia o niveles elevados de FeNO.
Esto lo convierte en una opción terapéutica para pacientes con asma grave y fenotipo no T2.

ASMA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

- En niños de 6 a < 12 años los fármacos con indicación y financiación son: dupilumab y mepolizumab (AGNC alérgica y/o eosinofílica) y omalizumab (AGNC alérgica).

A los 6 meses del inicio de tratamiento o en los posteriores controles de seguimiento, se valorará la retirada en los pacientes que no consigan mejorar el control de la enfermedad (reducción del 50% de las exacerbaciones o de la dosis de corticoides).

OMALIZUMAB

OMALIZUMAB (BIOSIMILAR) 75MG/1ML JER PRE		(*) [3909390]	OMALIZUMAB BIOSIMILAR
OMALIZUMAB (BIOSIMILAR) 150MG/1ML JER PR	inyectables	(*) [3909408]	OMALIZUMAB BIOSIMILAR

DICTAMEN CURMP 5/2016.

INDICACIÓN: tratamiento de la urticaria crónica espontánea en pacientes adultos y adolescentes (12 años y más) con respuesta inadecuada a antiH1.

DECISIÓN ADOPTADA: Se recomienda que se incluya en la Guía Farmacoterapéutica para el tratamiento de la UCE en pacientes adultos y adolescentes (12 años y más) con las siguientes recomendaciones específicas (Categoría D-2)

- Tratamiento adicional de tercera línea a la dosis de 300 mg/4 semanas, en aquellos pacientes sin respuesta previa (UAS7 > 16) a antiH1 hasta 4 veces la dosis autorizada en ficha técnica y tras al menos 8 semanas de tratamiento.
- Pauta inicial de tratamiento: omalizumab 300 mg cada 4 semanas.
- Suspender el tratamiento de todos los pacientes sin respuesta tras 8-12 semanas de tratamiento (valoración antes de la administración de la tercera dosis).
- Estrategia de reducción de dosis efectiva en pacientes respondedores. Se considera respondedor si UAS7<6 en la semana 8:

- A partir de la semana 12 pasar a una administración de 150 mg cada 2 semanas e ir aumentando una semana el espaciado del intervalo de administración mientras el UAS <2, hasta llegar a la pauta de de 150 mg cada 8 semanas.
- Si tras el primer cambio el UAS >2, pasar a 300 mg cada 2 semanas. Si con esto no controla la enfermedad, suspender el tratamiento por falta de eficacia. Si se controla seguir con 300 mg e ir espaciando una semana el intervalo mientras el UAS <2, hasta llegar a la pauta de de 300 mg cada 8 semanas.

- Si tras alguno de los espaciados posteriores tanto en la dosis de 150 mg como de 300 mg se produce empeoramiento del control de los síntomas (UAS >2), volver a la pauta anterior con control de la enfermedad.
- Si se alcanza una pauta de 150 mg cada 8 semanas o de 300 mg cada 8 semanas y el UAS < 2, suspender el tratamiento temporalmente con monitorización por si hay recurrencia de los síntomas.

TEZEPELUMAB

TEZEPELUMAB 210MG PLUMA	inyectables	(*) [3908979]	TEZSPIRE
-------------------------	-------------	---------------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

R05 PREPARADOS PARA LA TOS Y EL RESFRIADO

R05CB MUCOLITICOS

ACETILCISTEINA

ACETILCISTEINA 600MG COMP EFERV	comprimidos efervescentes	[3902761]	FLUMIL FORTE
ACETILCISTEINA 300MG 3ML AMP	inyectables	[3902446]	FLUMIL
ACETILCISTEINA 200MG SOBRE	solucion/suspension oral	[3902694]	FLUIMUCIL

DORNASA ALFA

DORNASA ALFA 2,5MGI 2,5ML AMP NEBUL	inhalacon pulmonar	(*) [3902259] UH	PULMOZYME
-------------------------------------	--------------------	------------------	-----------

MESNA

MESNA 600MG 3ML AMP NEBUL	inhalacon endotraqueopulmonar	[3902198]	MUCOFLUID
---------------------------	----------------------------------	-----------	-----------

R05DA ALCALOIDES DEL OPIO Y DERIVADOS (ANTITUSIVOS)

CODEINA

CODEINA 28,7MG COMP	comprimidos	[3902368]	CODEISAN
CODEINA 2MG/ML JARABE	solucion/suspension oral	[3903436]	TOSEINA

DEXTROMETORFAN

DEXTROMETORFAN 15MG/ML GOTAS	gotas orales	[3901512]	ROMILAR
------------------------------	--------------	-----------	---------

R05DB ANTITUSIVOS, EXCLUIDOS ASOCIACIONES CON EXPECTORANTES

CLOPERASTINA

CLOPERASTINA 3,54MG/ML JBE	solucion/suspension oral	[3902037]	FLUTOX
----------------------------	--------------------------	-----------	--------

R06 ANTIHISTAMINICOS DE USO SISTEMICO

R06AA AMINOALQUIL-ETERES (ANTIISTAMINICOS)

DOXILAMINA EN ASOCIACION

DOXILAMINA/PIRIDOXINA 10/10MG CAPS	capsulas liberacion modif	[3902875]	CARIBAN
------------------------------------	---------------------------	-----------	---------

R06AB ALQUILAMINAS SUSTITUIDAS (ANTIISTAMINICOS)

DEXCLORFENIRAMINA

DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	comprimidos	[3902588]	POLARAMINE
DEXCLORFENIRAMINA 5MG 1ML AMP	inyectables	[3902223]	DEXCLORFENIRAMINA
DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML JBE	solucion/suspension oral	[3902580]	POLARAMINE

R06AE DERIVADOS PIPERAZINICOS (ANTIISTAMINICOS)

CETIRIZINA

CETIRIZINA 1MG/1ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3908929]	ZYRTEC
-----------------------------	--------------------------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

R06AX OTROS ANTIHISTAMINICOS DE USO SISTEMICO

EBASTINA

EBASTINA 10MG COMP FLASH	comprimidos	[3908556]	EBASTINA
--------------------------	-------------	-----------	----------

R07 OTROS PRODUCTOS APARATO RESPIRATORIO

R07AA SURFACTANTES PULMONARES

SURFACTANTE PULMONAR

SURFACTANTE PULMONAR 120MG 1,5ML VIAL	inhalacion endotraqueopulmonar	(*) [3902495] UH	CUROSURF
SURFACTANTE PULMONAR 240MG 3ML VIAL	inhalacion endotraqueopulmonar	(*) [3902493] UH	CUROSURF

R07AX OTROS PRODUCT.DE ACCION SOBRE APARATO RESPIRATORIO

ANFOTERICINA B

FM ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 25 MG/6,25 ML SOL INH	inhalaion pulmonar	(*) [4006040]	FM ANFOTERICINA B
FM ANFOTERICINA B DEOXICOLATO INTRAPLEURAL	inyectables	(*) [4006038]	FM ANFOTERICINA B

ELEXACAFITOR/TEZACAFITOR/IVACAFITOR

IVA/TEZA/ELEXACAFITOR 75/50/100MG COMP	comprimidos	[3907586] Restr	KAFTRIO
IVA/TEZA/ELEXACAFITOR 60/40/80MG SOB	polvo/granulado oral	[3909197]	KAFTRIO
IVA/TEZA/ELEXACAFITOR 75/50/100MG SOB	polvo/granulado oral	[3909198]	KAFTRIO

OXIDO NITRICO

OXIDO NITRICO 450PPM 20L GAS INH BOTELLA	envases inhalacion	[3901848] UH	VASOKINOX
OXIDO NITRICO 800PPM 10L GAS INH BOTELLA	envases inhalacion	[3902256] UH	INOMAX

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S ORGANOS DE LOS SENTIDOS

S01 OFTALMOLOGICOS

S01AA ANTIBIOTICOS (OFTALMICOS)

AMIKACINA

FM AMIKACINA 5% 10ML COLIRIO	colirio	(*) [4006031]	FM AMIKACINA
------------------------------	---------	---------------	--------------

CEFTAZIDIMA

FM CEFTAZIDIMA 50MG/ML 10ML COLIRIO REFORZADO	colirio	(**) [4006060]	FM CEFTAZIDIMA
FM CEFTAZIDIMA 100MG/0,5ML SUBCONJUNTIVAL	inyectables	(*) [4006058]	FM CEFTAZIDIMA
FM CEFTAZIDIMA 2 MG/0,1ML INTRAVÍTREA	inyectables	(**) [4006059]	FM CEFTAZIDIMA

CEFUROXIMA

FM CEFUROXIMA 1MG/0,1ML 5ML INTRACAMERAL	inyectables	(*) [4006061]	FM CEFUROXIMA
--	-------------	---------------	---------------

ERITROMICINA

ERITROMICINA 5MG/G 3,5G POMADA OFT	pomada oftálmica	[3906222]	OFTALMOLOSA CUSI ERITROMICINA
------------------------------------	------------------	-----------	-------------------------------

TOBRAMICINA

TOBRAMICINA 0,3% COLIRIO	colirio	[3902917]	TOBREX
TOBRAMICINA 0,3% UNGÜENTO OFT	pomada oftálmica	[3901731]	TOBREX

VANCOMICINA

FM VANCOMICINA 50MG/ML 10ML COLIRIO REFORZADO	colirio	(*) [4006215]	FM VANCOMICINA
FM VANCOMICINA 1MG/0,1ML INTRAVITREA	inyectables	(**) [4006212]	FM VANCOMICINA
FM VANCOMICINA 25MG/0,5 ML SUBCONJUNTIVAL	inyectables	(*) [4006213]	FM VANCOMICINA

S01AD ANTIVIRALES (OFTALMOLOGICOS)

ACICLOVIR

ACICLOVIR 3% POMADA OFT	pomada oftálmica	[3902891]	ZOVIRAX
-------------------------	------------------	-----------	---------

S01AE FLUOROQUINOLONAS (ANTIINFECCIOSOS OFTALMICOS)

CIPROFLOXACINO

CIPROFLOXACINO 0,3 % POMADA OFT	pomada oftálmica	[3906224]	OFTACILOX
---------------------------------	------------------	-----------	-----------

OFLOXACINO

OFLOXACINO 0,3 % COLIRIO	colirio	[3906223]	EXOCIN
--------------------------	---------	-----------	--------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S01AX OTROS ANTIINFECCIOSOS (OFTALMICOS)

ANFOTERICINA B

FM ANFOTERICINA B 0,2% 10 ML COLIRIO	colirio	(*) [4006037]	FM ANFOTERICINA B
FM ANFOTERICINA 5 MCG/0,1ML INTRAVITREA	inyectables	(*) [4006039]	FM ANFOTERICINA

CLORHEXIDINA

FM CLORHEXIDINA 0,02% 10ML COLIRIO	colirio	(*) [4006074]	FM CLORHEXIDINA
------------------------------------	---------	---------------	-----------------

POVIDONA IODADA

FM POVIDONA IODADA 2,5% 5ML COLIRIO	colirio	(*) [4006179]	FM POVIDONA IODADA
-------------------------------------	---------	---------------	--------------------

VORICONAZOL

FM VORICONAZOL 10MG/ML 5ML COLIRIO	colirio	(*) [4006224]	FM VORICONAZOL
FM VORICONAZOL 10 MCG/0,1 ML SOL INTRAVITREA	inyectables	(*) [4006225]	FM VORICONAZOL

S01BA CORTICOSTEROIDES SOLOS (OFTALMICOS)

DEXAMETASONA

DEXAMETASONA 0,1% COLIRIO	colirio	[3901609]	COLIRCUSI DEXAMETASONA
DEXAMETASONA 0,7MG IMPLANTE INTRAVITREO DICTAMEN CURMP 16/2016	implante oftalmico	[3902011] UH	OZURDEX

DECISIÓN ADOPTADA: Categoría D2: Se incluye en la GFT con recomendaciones específicas:

· Para las indicaciones autorizadas en los pacientes que presenten una respuesta incompleta o empeoramiento a los fármacos antiangiogénicos o para los pacientes que no es apropiada la terapia no-corticoidea.

La eficacia se evaluará tras un año de tratamiento (2 implantes por paciente) y entonces se valorará la necesidad y conveniencia del empleo de implantes sucesivos.

DEXAMETASONA 0,05% POMADA OFT	pomada oftalmica	[3902072]	OFTALMOLOSA CUSI DEXAMETASONA
-------------------------------	------------------	-----------	----------------------------------

FLUOCINOLONA INTRAVITREA

FLUOCINOLONA 0,19MG IMPLANTE INTRAVITR	implante oftalmico	[3907620]	ILUVIEN
--	--------------------	-----------	---------

DICTAMEN 02/2022. FLUOCINOLONA ACETÓNIDO EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO Y UVEÍTIS NO INFECCIOSA.
INDICACIÓN: Tratamiento del deterioro visual asociado al edema macular diabético crónico, cuando la respuesta a las terapias disponibles se considera insuficiente. Prevención de la recidiva en uveítis no infecciosa recurrente que afecta al segmento posterior del ojo.
D-1. SE INCLUYE en la Guía Farmacoterapéutica con RECOMENDACIONES específicas: Su indicación estará limitada a:
- Edema macular diabético crónico con deterioro visual asociado:
· 3ª línea de tratamiento (más de 3 años de evolución) después de los antiangiogénicos y en aquellos pacientes que tienen una respuesta subóptima con varios implantes intravítreos de dexametasona (Ozurdex®).
· Pacientes operados de cataratas con lente intraocular con respuesta subóptima a las terapias disponibles.
- Prevención de la recidiva en uveítis no infecciosa recurrente que afecta al segmento posterior del ojo, tras recurrencia a tratamientos previos e implantes de dexametasona (Ozurdex®).

FLUOROMETOLONA

FLUOROMETOLONA 0,1% COLIRIO	colirio	[3902919]	FML/ISOPTO FLUCON
-----------------------------	---------	-----------	-------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S01BC ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (OFTALMICOS)

DICLOFENACO

DICLOFENACO 0,1 % COLIRIO MONODOSIS	colirio	[3906225]	DICLOFENACO
-------------------------------------	---------	-----------	-------------

S01CA CORTICOSTEROIDES ASOC. A ANTIINFECCIOSOS (OFTALM)

DEXAMETASONA ASOC. A ANTIINFECCIOSOS

DEXAMETASONA/TOBRAMICINA COLIRIO	colirio	[3902047]	TOBRADEX
DEXAMETASONA/CLORANFENICOL POMADA OFT	pomada oftálmica	[3902551]	OFTALMOLOSA CUSI DE ICOL

S01EA SIMPATICOMIMETICOS EN TERAPIA DEL GLAUCOMA

BRIMONIDINA

BRIMONIDINA 2 MG/ML COLIRIO ENVASE UNIDO	colirio	[3909048]	BRIMONIDINA
BRIMONIDINA 0,2% COLIRIO	colirio	[3901619]	ALPHAGAN

S01EB PARASIMPATICOMIMETICOS EN TERAPIA DEL GLAUCOMA

ACETILCOLINA

ACETILCOLINA 20MG/2ML VIAL	inyectables	[3902934] UH	ACETILCOLINA
----------------------------	-------------	--------------	--------------

PILOCARPINA

PILOCARPINA 2% COLIRIO	colirio	[3901612]	COLIRCUSI PILOCARPINA
FM PILOCARPINA 0,125% COLIRIO DILUIDO	colirio	[4006169]	FM PILOCARPINA

S01EC INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBONICA (ANTIGLAUCOM

ACETAZOLAMIDA

ACETAZOLAMIDA 250MG COMP	comprimidos	[3902416]	EDEMOX
ACETAZOLAMIDA 500MG VIAL	inyectables	[3903055] SitEspInf	DIAMOX
FM ACETAZOLAMIDA 25MG/ML 50ML SUSP ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006001]	FM ACETAZOLAMIDA

DORZOLAMIDA

DORZOLAMIDA 2% COLIRIO	colirio	[3902215]	TRUSOPT
------------------------	---------	-----------	---------

S01ED BETABLOQUEANTES (ANTIGLAUCOMA)

TIMOLOL

TIMOLOL 0,5% COLIRIO	colirio	[3902837]	TIMOFTOL
----------------------	---------	-----------	----------

S01EE ANALOGOS DE PROSTAGLANDINAS (ANIGLAUCOMATOSOS)

LATANOPROST

LATANOPROST 0,005% COLIRIO	colirio	[3902022]	XALATAN
----------------------------	---------	-----------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S01EX OTROS PREPARADOS ANTIGLAUCOMA

GLICEROL

GLICEROL 5ML VIAL	inyectables	[3901213]	GLICERINA
-------------------	-------------	-----------	-----------

S01FA ANTICOLINERGICOS (MIDRIATICOS)

ATROPINA

ATROPINA 1% COLIRIO	colirio	[3901688]	COLIRCUSI ATROPINA
---------------------	---------	-----------	--------------------

CICLOPENTOLATO

CICLOPENTOLATO 1% COLIRIO	colirio	[3901687]	COLIRCUSI CICLOPÉJICO
---------------------------	---------	-----------	-----------------------

TROPICAMIDA

TROPICAMIDA 1% COLIRIO	colirio	[3901613]	COLIRCUSI TROPICAMIDA
------------------------	---------	-----------	-----------------------

S01FB SIMPATICOMIMETICOS EXCL.ANTIGLAUCOMA (MIDRIATICOS)

FENILEFRINA

FENILEFRINA 10% COLIRIO	colirio	(*) [3901608]	COLIRCUSI FENILEFRINA
-------------------------	---------	---------------	-----------------------

S01HA ANESTESICOS LOCALES (OFTALMICOS)

ANESTESICOS LOCALES EN ASOCIACION

TETRAC/OXIBUPROC COLIRIO	colirio	(*) [3902372]	COLIRIO ANESTESICO DOBLE
--------------------------	---------	---------------	--------------------------

COCAÍNA

FM COCAÍNA 100MG/ML 4ML COLIRIO	colirio	(*) [4006075]	FM COCAÍNA
---------------------------------	---------	---------------	------------

S01JA COLOREANTES (OFTALMICOS)

FLUORESCEINA EN ASOCIACION

LIDOCAINA 4% FLUO...ODIO 0,25% MONODOSIS	colirio	[3909046]	MINIMS
--	---------	-----------	--------

FLUORESCEINA

FLUORESCEINA 2% COLIRIO	colirio	[3902370]	COLIRCUSI FLUORESCEINA
FLUORESCEINA 10% 5ML AMP	inyectables	[3902715] UH	FLUORESCEINA OCULOS

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S01LA MEDICAMENTOS ANTINEOVASCULARIZANTES (TRAST.OCULARES VASCUL.)

AFLIBERCEPT

AFLIBERCEPT 4 MG 0,1 ML VIAL	inyectables	(*) [3903586] UH	EYLEA
FM AFLIBERCEPT 2 MG 0,05 ML INTRAVITREO	inyectables	(*) [4006014]	FM AFLIBERCEPT

DICTAMEN CURMP 16/2014.

AFLIBERCEPT (EYLEA®) PARA TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD NEOVASCULAR (EXUDATIVA) Y ALTERACIÓN VISUAL DEBIDA A EDEMA MACULAR SECUNDARIO A LA OCLUSIÓN DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA

Categoría C-2: SE INCLUYE en la GFT COMO EQUIVALENTE TERAPÉUTICO.

Es de una eficacia y seguridad comparable a las alternativas existentes para las indicaciones propuestas. No aporta mejora en la relación coste-efectividad; sin embargo, se estima que su incorporación a los procedimientos de compra podría suponer ventajas en la gestión.

Se proponen los criterios de uso siguientes:

- Para pacientes que inicien tratamiento con fármacos antiangiogénicos, aflibercept se considera el tratamiento de elección en DMAE exudativa y alteración visual debida a edema macular secundario a OVCR.
- Para pacientes que hayan iniciado tratamiento con ranibizumab, en DMAE exudativa y alteración visual debida a edema macular secundario a OVCR, y sin criterios de suspensión, se mantendrá el tratamiento con el mismo fármaco.

Se proponen los criterios de suspensión (comunes a todos los fármacos antiangiogénicos):

- Falta de respuesta, definida como un empeoramiento de la enfermedad respecto a su nivel previo, desde un punto de vista anatomofuncional, cuyos signos clínicos serían:
 - Pérdida de agudeza visual: cualquier pérdida neta igual o superior a 1 línea en los optotipos de exploración (15% o su equivalente en 3 líneas).
 - Ausencia de desaparición del fluido intra o subretiniano, o incremento en el grosor macular central en el análisis de tomografía de coherencia óptica (OCT).
 - En DMAE exudativa: aparición de nuevas hemorragias en la exploración oftalmoscópica (evidencia angiográfica de nueva membrana neovascular o crecimiento de la existente).
- Pérdida visual al rango de ceguera legal, menos de un 10% de agudeza visual en el ojo tratado, atribuible a la enfermedad, pudiéndose justificar y objetivar con el estado anatomofuncional de la mácula:
 - En DMAE exudativa: atrofia macular o cicatrización disciforme.
 - En OVCR: isquemia macular o edema quístico persistente con pérdida de los fotorreceptores comprobable en OCT.

BEVACIZUMAB

FM BEVACIZUMAB 1,25MG/ 0,05ML INTRAVÍTREA	inyectables	(*) [4006049]	FM BEVACIZUMAB
---	-------------	---------------	----------------

FARICIMAB

FARICIMAB 120MG/ML 0,24ML VIAL	inyectables	(*) [3908980]	VABYSMO
--------------------------------	-------------	---------------	---------

RANIBIZUMAB

RANIBIZUMAB BIOSIMILAR 2,3MG 0,23ML VIAL		(*) [3909289]	RANIBIZUMAB
RANIBIZUMAB 2,3MG 0,23ML VIAL	inyectables	(*) [3901759] UH	LUCENTIS
FM RANIBIZUMAB 0,5MG/0,05ML INTRAVITREA	inyectables	(*) [4006184]	FM RANIBIZUMAB

VERTEPORFIN

VERTEPORFINA 15MG VIAL	inyectables	[3902794] DH	VISUDYNE
------------------------	-------------	--------------	----------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

S01XA OTROS OFTALMOLOGICOS

ALTEPLASA

FM ALTEPLASA 50MCG/0,1ML INTRAVÍTREA	inyectables	(**) [4006029]	FM ALTEPLASA
--------------------------------------	-------------	----------------	--------------

CICLOSPORINA

CICLOSPORINA 0,1% 0,3ML COLIRIO MONODOSI	colirio	[3905886]	IKERVIS
FM CICLOSPORINA 0,5% 5 ML COLIRIO	colirio	[4006065]	FM CICLOSPORINA
FM CICLOSPORINA 2% 5 ML COLIRIO	colirio	[4006067]	FM CICLOSPORINA

LAGRIMAS ARTIFICIALES Y OTROS PREPARADOS INDIFERENTES

CARMELOSA 0,5% 0,4ML COLIRIO MONODOSIS	colirio	[3902746]	VISCOFRESH 0,5%
--	---------	-----------	-----------------

MITOMICINA

FM MITOMICINA 0,02% 1ML COLIRIO	colirio	(*) [4006146]	FM MITOMICINA
---------------------------------	---------	---------------	---------------

SUERO AUTÓLOGO

FM SUERO AUTÓLOGO 20% 5ML COLIRIO	colirio	(**) [4006195]	FM SUERO AUTÓLOGO
-----------------------------------	---------	----------------	-------------------

S02 OTOLOGICOS

S02AA ANTIINFECCIOSOS (OTOLOGICOS)

ACIDO ACÉTICO

FM ACIDO ACÉTICO 30ML GTS ÓTICAS	gotas oticas	[4006006]	FM ACIDO ACÉTICO
----------------------------------	--------------	-----------	------------------

CIPROFLOXACINA

CIPROFLOXACINO 0,2% MONODOSIS SOL OTICA	gotas oticas	[3902052]	BAYCIP OTICO
---	--------------	-----------	--------------

S02CA CORTICOSTEROIDES Y ANTIINFECCIOSOS EN ASOCIACION (OTOLOGICOS

HIDROCORTISONA ASOC. A ANTIINFECCIOSOS

CIPROFLOXACINO/HIDROCORTIS GOTAS OTICAS	gotas oticas	[3902770]	CIPROXINA
---	--------------	-----------	-----------

S02DC PREPARADOS INDIFERENTES (OTICOS)

ALCOHOL BORICADO

FM ALCOHOL BORICADO 5% 30ML GTS ÓTICAS	gotas oticas	[4006022]	FM ALCOHOL BORICADO
--	--------------	-----------	---------------------

S03 PREPARADOS OFTALMOLOGICOS Y OTOLOGICOS

S03CA CORTICOSTEROIDES Y ANTIINFEC. EN ASOC.(OFTALMIC/OTOLOGICOS)

HIDROCORTISONA ASOC. A ANTIINFECCIOSOS

HIDROCORTISONA/ANTIINFEC POMADA OTIC/OFT	pomada cutanea	[3901667]	TERRA CORTRIL OTIC/OFTALM
Oxitetraciclina 5 mg/g			
Hidroclotisona acetato 10 mg/g			
Polimixina B sulfato 10.000 U/g			

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V VARIOS

V03 TODOS LOS DEMAS PRODUCTOS TERAPEUTICOS

V03AB ANTIDOTOS

ACETILCISTEINA

ACETILCISTEINA 5G 25ML VIAL	inyectables	[3902964] UH	HIDONAC ANTIDOTO
-----------------------------	-------------	--------------	------------------

ALCOHOL ABSOLUTO

ETANOL ABSOLUTO 10ML VIAL	inyectables	[3903094]	ETANOL ABSOLUTO
---------------------------	-------------	-----------	-----------------

ANTITOXINA DIGITALIS

ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA 40MG VIAL	inyectables	(*) [3902979] SitEsp	DIGIFAB
------------------------------------	-------------	----------------------	---------

DIMERCAPROL

DIMERCAPROL (B.A.L.) 200MG 2ML AMP	inyectables	[3902566] SitEsp	DIMERCAPROL
------------------------------------	-------------	------------------	-------------

EDETATOS

EDETATO CALCICO DISOD. 500MG 10ML AMP	inyectables	[3902980] SitEsp	CALCIUM EDETATE
---------------------------------------	-------------	------------------	-----------------

FISOSTIGMINA

FISOSTIGMINA 2MG 5ML AMP	inyectables	[3902578] SitEsp	ANTICHOLIUM
--------------------------	-------------	------------------	-------------

FLUMAZENILO

FLUMAZENILO 0,5MG 5ML AMP	inyectables	[3902529] UH	FLUMAZENILO
---------------------------	-------------	--------------	-------------

HIDROXOCOBALAMINA

HIDROXOCOBALAMINA 5G VIAL	inyectables perfusion	[3902012]	CYANOKIT
---------------------------	-----------------------	-----------	----------

IDARUCIZUMAB

IDARUCIZUMAB 2,5 G SOL INYEC / PERF	inyectables	(*) [3904566] UH,Restr	PRAXBIND
-------------------------------------	-------------	------------------------	----------

IPECACUANA

FM IPECACUANA 30ML JARABE	solucion/suspension oral	[4006120]	FM IPECACUANA
---------------------------	--------------------------	-----------	---------------

NALOXONA

NALOXONA 0,4MG 1ML AMP	inyectables	[3901678]	NALOXONE
------------------------	-------------	-----------	----------

PRALIDOXIMA

PRALIDOXIMA 200MG VIAL	inyectables	[3903047] SitEsp	CONTRATHION
------------------------	-------------	------------------	-------------

PROTAMINA

PROTAMINA 50MG 5ML VIAL	inyectables	(*) [3901392]	PROTAMINA
-------------------------	-------------	---------------	-----------

SUGAMMADEX

SUGAMMADEX 200MG 2ML VIAL	inyectables	[3901172] UH	BRIDION
---------------------------	-------------	--------------	---------

SUGAMMADEX 500MG 5ML VIAL	inyectables	[3901173] UH	BRIDION
---------------------------	-------------	--------------	---------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
V03AC QUELANTES DEL HIERRO				
DEFEROXAMINA				
DEFEROXAMINA 500MG VIAL	inyectables		[3902397]	DESFERIN
V03AE MEDICAMENTOS TRATAMIENTO DE LA HIPERKALEMIA				
LANTANO CARBONATO				
LANTANO CARBONATO 1.000MG SOBRE	solucion/suspension oral		[3906226]	FOSRENOL
POLIESTIRENO SULFONATO				
POLIESTIRENSULFONATO CALCICO 15G SOBRE	solucion/suspension oral		[3901540]	RESINCALCIO
SEVELAMER				
SEVELAMER 2,4G SOBRE	solucion/suspension oral		[3901944]	SEVELAMER
V03AF DESINTOXICANTES EN TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS				
FOLINATO CALCICO				
FOLINATO CALCICO 15MG COMP	comprimidos		[3902890]	LEDERFOLIN
FOLINATO CALCICO 350MG VIAL	inyectables		[3901752] UH	FOLINATO CALCICO
FOLINATO CALCICO 50MG VIAL	inyectables		[3901161]	FOLINATO CALCICO
MESNA				
MESNA 1000 MG 10 ML AMP	inyectables		[3907566]	UROMITEXAN
RASBURICASA				
RASBURICASA 1,5MG VIAL	inyectables perfusion	(*)	[3902663] UH	FASTURTEC

V03AX OTROS PRODUCTOS TERAPEUTICOS

BENZOATO SODICO				
BENZOATO SODICO 2500MG 10ML VIAL	inyectables		[3903438]	BENZOATO SODICO
BENZOATO SÓDICO				
FM BENZOATO SÓDICO 250 MG/ML SOL ORAL	solucion/suspension oral		[4006048]	FM BENZOATO SÓDICO
SILIMARINA				
SILIMARINA 350MG VIAL	inyectables perfusion		[3902954] UH	LEGALON SIL

V04 AGENTES DIAGNOSTICOS

V04CD TESTS DE LA FUNCION HIPOFISARIA

CORTICORELINA				
CORTICORELINA 100MCG 1ML AMP	inyectables		[3902985] SitEspInf	CRH FERRING
METOPIRONA				
METOPIRONA 250MG CAPS	capsulas		[3903026]	METOPIRONE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V04CF DIAGNOSTICOS DE TUBERCULOSIS

TUBERCULINA

TUBERCULINA 2UT/0,1ML VIAL	inyectables	(*) [3902205]	TUBERCULINA PPD
----------------------------	-------------	---------------	-----------------

V04CG TESTS DE LA SECRECION GASTRICA

C-UREA (TEST HELICOBACTER)

UREA 100MG COMP (TAU KIT)	comprimidos	[3901993]	TAU-KIT
---------------------------	-------------	-----------	---------

V04CJ TESTS DE LA FUNCION TIROIDEA

TIROTROPINA

TIROTROPINA 0,9MG VIAL	inyectables	(*) [3902541] UH	THYROGEN
------------------------	-------------	------------------	----------

V04CL PRUEBAS PARA ENFERMEDADES ALERGICAS

ALERGENOS PARA PRUEBAS DE ALERGIAS

MEZCLA ALERGENOS PRUEBA ALERGIA APÓSITO	apósitos	[3908536]	TRUTEST
---	----------	-----------	---------

DICTAMEN 10/2020. TRUTEST® 36 EN EL DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA.

INDICACIÓN: Diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica.

DECISIÓN ADOPTADA: SE INCLUYE EN LA GFT con recomendaciones específicas.

1. Ante la sospecha de dermatitis alérgica por contacto para:
 - Confirmar un alérgeno aunque sea obvio (por ej. dermatitis del lóbulo de la oreja por el níquel de los aros);
 - Para evidenciar un alérgeno desconocido (por ej. en el eccema de las manos);
 - Cuando el trabajo está implicado (por ej. ante riesgo de contacto con sensibilizantes en el medio laboral) y
 - Cuando la dermatitis alérgica por contacto pueda ser la complicación de otras dermatosis (por ej. la superposición de dermatitis atópica y dermatitis alérgica por contacto a fragancias de los humectantes en uso).
2. Ante un eccema refractario, particularmente si es adquirido, para descartar dermatitis alérgica por contacto (por ej. eccema crónico de miembros inferiores).

V04CX OTROS AGENTES DIAGNOSTICOS

ACIDO ACÉTICO

FM ACIDO ACÉTICO 2% 100ML SOL TÓP ENDOSCOPIA	liquido uso topico	[4006003]	FM ACIDO ACÉTICO
--	--------------------	-----------	------------------

AZUL DE METILENO

AZUL DE METILENO 100MG 10ML AMP	inyectables	[3903092]	AZUL DE METILENO
---------------------------------	-------------	-----------	------------------

EDETATO DISODICO

EDETATO DISODICO 2,2% 2 ML VIAL	inyectables	[3903616]	EDETATO DISODICO
---------------------------------	-------------	-----------	------------------

MANITOL

MANITOL POLVO PARA INHALACION	capsulas polvo inhalacion pulmonar	[3903646] UH	OSMOHALE
-------------------------------	------------------------------------	--------------	----------

METACOLINA

FM METACOLINA I 10ML SOL INH	inhalacion pulmonar	(*) [4006136]	FM METACOLINA
------------------------------	---------------------	---------------	---------------

VERDE DE INDOCIANINA

VERDE DE INDOCIANINA VIAL	inyectables	[3903015]	VERDE DE INDOCIANINA
---------------------------	-------------	-----------	----------------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V06 PRODUCTOS DIETETICOS

V06DC CARBOHIDRATOS (NUTRIENTES GENERALES)

GLUCOSA

GLUCOSA 5% 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[4100029]	GLUCOSA 5%
---------------------------	--------------------------	-----------	------------

V06OA OTROS PRODUCTOS DIETETICOS

BIBERON MONODOSIS PARA PREMATUROS

LECHE PREMATUROS <1800G 70ML BIBERON	producto dietetico	[4100000]	ALPREM CLINIC
--------------------------------------	--------------------	-----------	---------------

DHA/EPA/ACIDOS OMEGA 3/ACEITES VEGETALES Y DE PESCADO

DHA / ACIDOS OMEGA-3 CAPS	capsulas	[4100410]	BIDHA
---------------------------	----------	-----------	-------

FORMULA PREMATUROS Y RECIEN NACIDOS CON BAJO PESO

LECHE PREMATUROS 70ML BIBERON ALPREM	producto dietetico	[4100260]	ALPREM BIBERON
FORTIFICANTE LECHE MATERNA 1G SOBRE	solucion/suspension oral	[4100006]	FORTIFICANTE LECHE MATERNA

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

SUPLEMENTO DISFAGIA FRESA	producto dietetico	[4100001]	FRESUBIN THICKENED
SUPLEMENTO DISFAGIA VAINILLA	producto dietetico	[4100002]	FRESUBIN THICKENED

V06SA DIETETICOS CON CONTENIDO GRASO MODIFICADO

FORMULA CON CONTENIDO GRASO EN FORMA DE TRIGLICERIDOS MCT

DIETA ENTERAL CON LIPIDOS MCT 400G POLVO	producto dietetico	[4100332]	MONOGEN
--	--------------------	-----------	---------

V06VE DIETETICOS METABOLISMO HIDRATOS CARBONO: LACTOSA

FORMULA SIN LACTOSA PARA LACTANTES

LECHE SIN LACTOSA 1 LACTANTES 400G POLVO	producto dietetico	[4100339]	NUTRIBEN SIN LACTOSA
--	--------------------	-----------	----------------------

V06W ALERGIA E INTOLERANCIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA

FORMULA CON HIDROLIZ.PROTEINAS LACTEAS SIN LACTOSA LACTANTES

LECHE HIDROLIZ PROT LACTICA 1 400G POLVO	producto dietetico	[4100325]	NUTRAMIGEN 1 LGG
--	--------------------	-----------	------------------

FORMULA CON PROTEINAS DE SOJA SIN LACTOSA PARA LACTANTES

LECHE SIN LACTOS CON PROT SOJ 400G POLVO	producto dietetico	[4100329]	NUTRIBEN SOJA
--	--------------------	-----------	---------------

V06XA DIETAS COMPLETAS ELEMENTALES NUTRICION ENTERAL

FORMULA COMPLETA MONOMERICA (CON AA) NORMOPROTEICA

LECHE MONOMERICA NPROT 400G POLVO	producto dietetico	[4100074]	NUTRAMIGEN AA
-----------------------------------	--------------------	-----------	---------------

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V06XB DIETAS COMPLETAS PEPTIDICAS NUTRICION ENTERAL**FORMULA COMPLETA OLIGOMERICA NORMOPROTEICA (PEPTIDICA)**

NE NPROT OLIGOMERICA INFANT BOTEL 500ML	producto dietetico	[4100440]	NUTRINI PEPTISORB
NE PEPTIDICA NPROT NCAL 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100039]	SURVIMED

V06XC DIETAS COMPLETAS POLIMERICAS NUTRICION ENTERAL**FORMULA COMPLETA POLIMERICA HIPERPROTEICA HIPERCALORICA**

NE HPROT HCAL FIBRA 500ML VAINILLA	producto dietetico	[4100081]	ISOSOURCE PROTEINA FIBRA
NE HPROT HCAL FIBRA SOLUBL 500ML VAINILL	producto dietetico	[4100390]	NOVASOURCE GI PROTEIN
SUPLEM HCAL HPROT SARCOPENIA 220ML CAFE	producto dietetico	[4100382]	ENSURE PLUS ADVANCE
SUPLEM HCAL HPROT SARCOPENIA 220ML CHOCO	producto dietetico	[4100380]	ENSURE PLUS ADVANCE
SUPLEM HCAL HPROT SARCOPENIA 220ML FRESA	producto dietetico	[4100381]	ENSURE PLUS ADVANCE
SUPLEMENTO HCAL HPROT 200ML CHOCOLATE	producto dietetico	[4100067]	RESOURCE PROTEIN
SUPLEMENTO HCAL HPROT 200ML FRESA	producto dietetico	[4100066]	RESOURCE PROTEIN
SUPLEMENTO HCAL HPROT 200ML VAINILLA	producto dietetico	[4100068]	RESOURCE PROTEIN

FORMULA COMPLETA POLIMERICA HIPERPROTEICA NORMOCALORICA

NE HPROT NCAL 500ML VAINILLA	producto dietetico	[4100021]	OSMOLITE PLUS
------------------------------	--------------------	-----------	---------------

FORMULA COMPLETA POLIMERICA NORMOPROTEICA HIPERCALORICA

NE NPROT HCAL 1-6A 200ML NEUTRO	producto dietetico	[4100023]	NUTRINI ENERGY
NE NPROT HCAL 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100047]	NUTRISON ENERGY
NE NPROT HCAL FIBRA 1000ML NEUTRO	producto dietetico	[4100037]	NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE
NE NPROT HCAL FIBRA INFANT 250ML VAINILL	producto dietetico	[4100018]	ISOSOURCE JUNIOR FIBRA
NE NPROT HCAL INFANT 250ML VAINILLA	producto dietetico	[4100053]	ISOSOURCE JUNIOR
SUP NORMPRO HIPECAL PED 200 ML FRESA	producto dietetico	[4100351]	FORTINI
SUP NORMPRO HIPECAL PED 200 ML VAINILLA	producto dietetico	[4100350]	FORTINI
SUPLEMENTO HCAL 2CAL/ML 200ML VAINILLA	producto dietetico	[4100083]	RESOURCE 2.0
SUPLEMENTO HCAL FIBRA 200ML CHOCOLATE	producto dietetico	[4100065]	FORTIMEL ENERGY MULTIFIBRE
SUPLEMENTO HCAL FIBRA 200ML FRESA	producto dietetico	[4100064]	FORTIMEL ENERGY MULTIFIBRE
SUPLEMENTO HCAL FIBRA 200ML VAINILLA	producto dietetico	[4100063]	FORTIMEL ENERGY MULTIFIBRE
SUP NORMP HIPECA PED FIB 200ML CHOCOLATE	producto dietetico	[4100353]	FEBRINI ENERGY FIBRE
SUP NORMPRO HIPECAL PED FIB 200 ML VAINI	producto dietetico	[4100352]	FEBRINI ENERGY FIBRE

FORMULA COMPLETA POLIMERICA NORMOPROTEICA NORMOCALORICA

NE NPROT NCAL <1A 100ML NEUTRO	producto dietetico	[4100073]	INFATRINI
NE NPROT NCAL 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100088]	NUTRISÓN STANDARD
NE NPROT NCAL FIBRA 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100017]	FRESUBIN ORIGINAL FIBRE

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V06YS DIETAS COMPLETAS ESPECIALES NUTRICION ENTERAL

FORMULA COMPLETA ESPECIAL NUTRICION ENTERAL

NE DIABET HPROT HCAL FIBRA 500ML VAINILL	producto dietetico	[4100391]	NUTRISON ADVANCED DIASON ENERG
NE ESTRES HPROT NCAL 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100330]	IMPACT
NE I. HEPATICA 500ML CHOCOLATE	producto dietetico	[4100327]	NUTRICOMP HEPA
NE INSUF RENAL DIALISIS 220ML FRESA	producto dietetico	[4100342]	NEPRO HP FRESA
NE INSUF RENAL DIALISIS 220ML VAINILLA	producto dietetico	[4100341]	NEPRO HP VAINILLA
NE INSUF RENAL REDIALISIS 220ML VAINILLA	producto dietetico	[4100340]	NEPRO LP VAINILLA
NE VENTILACION MECANICA 500ML NEUTRO	producto dietetico	[4100328]	NE VENTILACION MECANICA 500ML
SUPLEMENTO DIABETES 200ML CAFÉ	producto dietetico	[4100338]	DIBEN DRINK
SUPLEMENTO DIABETES 200ML FRUTOS BOSQUE	producto dietetico	[4100337]	DIBEN DRINK

V06ZA MODULOS NUTRICIONALES HIDROCARBONADOS

MANOSA

FM MANOSA POLVO ORAL PAPELILLOS	polvo/granulado oral	[4006132]	FM MANOSA
---------------------------------	----------------------	-----------	-----------

MODULO NUTRICIONAL HIDROCARBONADO

DEXTRINOMALTOSA POLVO	producto dietetico	[4100050]	MAXIJUL
-----------------------	--------------------	-----------	---------

V06ZB MODULOS NUTRICIONALES LIPIDICOS

MODULO NUTRICIONAL DE TRIGLICERIDOS MCT (CADENA MEDIA)

ACEITE MCT 500ML ORAL	solucion/suspension oral	[4100035]	ACEITE MCT SHS
-----------------------	--------------------------	-----------	----------------

V06ZC MODULOS NUTRICIONALES MIXTOS

MODULO NUTRICIONAL HIDROCARBONADO Y LIPIDICO

HIDRATOS DE CARBONO/LIPIDOS 400G POLVO	producto dietetico	[4100038]	DUOCAL
--	--------------------	-----------	--------

V06ZD MODULOS NUTRICIONALES PROTEICOS

MODULO NUTRICIONAL DE AMINOACIDOS

ISOLEUCINA POLVO	producto dietetico	[4100026]	L-ISOLEUCINA SHS
------------------	--------------------	-----------	------------------

MODULO NUTRICIONAL DE PROTEINA ENTERA

PROTEINA ENTERA 10G SOBRE	solucion/suspension oral	[4100060]	PROTEINA NM
---------------------------	--------------------------	-----------	-------------

V06ZE MODULOS NUTRICIONALES DE VITAMINAS Y MINERALES

MODULO NUTRICIONAL VITAMINAS Y MINERALES

VITAMINAS LIPOSOLUBLES CAPS FQ	capsulas	[4100412]	FIADEK
VITAMINAS LIPOSOLUBLES SOL ORAL FQ	solucion/suspension oral	[4100413]	FIADEK

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V06ZF MODULOS NUTRICIONALES ESPESANTES

MODULO NUTRICIONAL ESPESANTE

ESPESANTE 400G POLVO FRUTOS ROJOS		[4100450]	ESPESANTE 400G POLVO FRUTOS RO
ESPESANTE 175G POLVO NEUTRO	producto dietetico	[4100420]	NUTILIS

V07 TODOS LOS DEMAS PRODUCTOS NO TERAPEUTICOS

V07AB SOLVENTES Y AGENTES DILUYENTES, INCLUIDOS SOLUCIONES IRRIGAC

AGUA BIDESTILADA

AGUA DESTILADA ESTERIL 1L PLASTICO	otros	[3903087]	AGUA VERSYLENE
------------------------------------	-------	-----------	----------------

AGUA ESTERIL/APIROGENA PARA INYECCION

AGUA DESTILADA ESTERIL 100ML VIDRIO	inyectables	[3901477]	AGUA PARA INYECCION
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML AMP	inyectables	[3901444]	AGUA PARA INYECCION
AGUA DESTILADA ESTERIL 500ML VIDRIO	inyectables perfusion	[3902548]	AGUA PARA INYECCION

SODIO CLORURO (DISOLVENTE/DILUYENTE)

CLORURO SODICO 9MG/ML 0,9% AMP 10ML	inyectables	[3901450]	DISOLVENTE FISIOLOGICO 0,9%
-------------------------------------	-------------	-----------	-----------------------------

V07AY OTROS PRODUCTOS AUXILIARES NO TERAPEUTICOS

PLACEBO

FM PLACEBO CAPS (ENVASE MULTIDOSIS)	gotas oticas	[4006173]	FM PLACEBO CAPS
-------------------------------------	--------------	-----------	-----------------

V07ZY PRODUCTOS QUIMICOS Y REACTIVOS

SACAROSA

FM SACAROSA 20% 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	(*) [4006187]	FM SACAROSA
--------------------------------	--------------------------	---------------	-------------

TIOSULFATO SODICO

FM TIOSULFATO SÓDICO 25% 50ML VIAL	inyectables	[4006205]	FM TIOSULFATO SÓDICO
------------------------------------	-------------	-----------	----------------------

UREA

UREA 15G SOBRE	solucion/suspension oral	[3903100]	UREA NM
----------------	--------------------------	-----------	---------

V08 MEDIOS DE CONTRASTE

V08AA CONTRASTES RADIOLOGICO NEFROTROPICO HIDROSOL.ALTA OSMOLARID.

DIATRIZOICO ACIDO

AMIDOTRIZOATO 250ML VIAL	inyectables	[3902621]	PLENIGRAF
AMIDOTRIZOATO 100ML SOL ORAL	solucion/suspension oral	[3902793] UH	GASTROGRAFIN

MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Conservación	CÓDIGO SAP	NOMBRE ESPECIALIDAD
-------------	--------------------	--------------	------------	---------------------

V08AB CONTRASTES RADIOLOGICOS NEFROTROPICOS HIDROSOL.BAJA OSMOLAR.

IOBITRIDOL

IOBITRIDOL 300MG/ML 50ML VIAL	inyectables	[3902113] Restr	XENETIX
-------------------------------	-------------	-----------------	---------

IOHEXOL

IOHEXOL 300MG/ML 50ML VIAL	inyectables	[3908748]	OMNIPAQUE
IOHEXOL 300MG/ML 100ML VIAL	inyectables	[3901869] UH	OMNIPAQUE
IOHEXOL 300MG/ML 500ML VIAL	inyectables	[3901070]	OMNIPAQUE
IOHEXOL 350MG/ML 500ML VIAL	inyectables	[3901073]	OMNIPAQUE

V08BA CONTRASTES RADIOLOGICOS CON SULFATO DE BARIO

BARIO SULFATO SIN AGENTES EN SUSPENSION

BARIO SULFATO ENEMA	liquido rectal	[3901417]	BARIGRAF ENEMA
BARIO SULFATO ORAL	solucion/suspension oral	[3901418] UH	BARIGRAF AD

V08CA CONTRASTES PARAMAGNETICOS (PARA RMN)

GADOBUTROL

GADOBUTROL 604,72MG/ML 15ML VIAL	inyectables	[3902110] UH	GADOVIST
----------------------------------	-------------	--------------	----------

GADOTERICO ACIDO

GADOTERICO ACIDO 0,5MMOL/ML 15ML VIAL	inyectables	[3903287] UH	DOTAREM
---------------------------------------	-------------	--------------	---------

GADOXETICO ACIDO

GADOXETATO DISOD 181MG/ML 10ML JER PREC	inyectables	[3901543] UH	PRIMOVIST
---	-------------	--------------	-----------

V08DA CONTRASTES PARA ULTRASONIDOS

AZUFRE HEXAFLUORURO

AZUFRE HEXAFLUORURO 8MCL/ML 5ML VIAL	inyectables	[3902620] DH	SONOVUE
--------------------------------------	-------------	--------------	---------