

## COMISIÓN FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Última actualización 24/06/2024

Tabla de decisiones- JUNIO 2024

Acta nº5/2024

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos                                |  |                      |  |
|---|--|----------------------|--|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)   | Decisión CFyT        | Comentarios  |
| Spevigo® (espesolimab)  | Tratamiento de los brotes en pacientes adultos con psoriasis pustulosa generalizada como monoterapia   | Inclusión en guía    | Uso en condiciones autorizadas y financiadas.                                  |
| Lupkynis® (voclosporina)  | Tratamiento de pacientes adultos con nefritis lúpica (NL) activa de clase III, IV o V (incluidas las clases mixtas III/V y IV/V) en combinación con micofenolato de mofetilo   | Inclusión en guía    | Uso en condiciones autorizadas y financiadas.                                  |
| Omvo® (mirikizumab)   | tratamiento de la colitis ulcerosa activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento convencional o a un tratamiento biológico   | Inclusión en guía    | Uso en condiciones autorizadas y financiadas.                                  |
| Libtayo® (cemiplimab),  | Tratamiento en monoterapia de primera línea de pacientes adultos con CPNM (localmente avanzado/metastásico) que expresan PD-L1 (en $\geq 50$ % de las células tumorales), sin aberraciones en EGFR, ALK o ROS1;<br>En combinación con quimioterapia basada en platino está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con CPNM (localmente avanzado/metastásico) que expresan PD-L1 (en $\geq 1$ % de las células tumorales) sin aberraciones EGFR, ALK o ROS1 | No inclusión en guía | Acceso individual fuera de guía, considerando coste y/o justificación clínica. |
| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |  |                      |  |
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)   | Decisión CFyT        | Motivo   |
| NA  |  |                      |  |
| Protocolos y Guías clínicas   |  |                      |  |
| Nucala® (Mepolizumab)   | Criterios de seguimiento en rinosinusitis crónica con pólipos nasales  | Se pospone           |  |
| Otros asuntos   |  |                      |  |
| NA  |  |                      |  |

(\*) Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

ZONA NOROESTE  
C/ Joaquín Rodrigo, 2  
28222 Majadahonda / Madrid  
Tel.: 91 191 60 00  
Fax: 91 373 05 35

**Tabla de decisiones- MAYO 2024**

Acta nº4/2024

| <b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>                                |  |                      |                                  |
|--|--|----------------------|----------------------------------|
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>  | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Comentarios</b>               |
| Sotyktu® (deucravacitinib)   | Tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos > 18 años candidatos a tratamiento sistémico  | Inclusión en guía    | Se incluye esta nueva indicación |
| Lupkynis® (voclosporina)   | Tratamiento de pacientes adultos con nefritis lúpica (NL) activa de clase III, IV o V (incluidas las clases mixtas III/V y IV/V) en combinación con micofenolato de mofetilo | Se pospone           |                                  |
| <b>Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía</b> |  |                      |                                  |
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>  | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Motivo</b>                    |
| NA   |  |                      |                                  |
| <b>Protocolos y Guías clínicas</b>   |  |                      |                                  |
| Tirofiban  |  | Se aprueba           |                                  |
| Rapiscan   |  | Se aprueba           |                                  |
| <b>Otros asuntos</b>   |  |                      |                                  |
| Quofenix (delafloxacino)   |  | Se aprueba           |                                  |

(\*) Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

**Tabla de decisiones- ABRIL 2024**

Acta nº3/2024

| <b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>                                |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>  | <b>Decisión CFyT</b>   | <b>Comentarios</b>                              |
| Hepcludex® (bulevirtida)   | Tratamiento de la infección crónica por VHD en pacientes adultos positivos para ARN del VHD en plasma (o en suero) con enfermedad hepática compensada  | Inclusión en guía  | Uso en condiciones restringidas de financiación |
| Ngenla® (somatrogón)   | Tratamiento de niños y adolescentes a partir de los 3 años con trastornos del crecimiento debido a una secreción insuficiente de la hormona del crecimiento  | Inclusión en guía  | Uso en condiciones restringidas de financiación |
| Scemblix® (asciminib)  | Tratamiento LMC en fase crónica con cromosoma Filadelfia positivo previamente tratado con dos o más inhibidores de la tirosinacinas  | Inclusión en guía  | Uso en condiciones restringidas de financiación |
| Rozlytrek® (entrectinib)   | Tratamiento de pacientes adultos con CPNM ROS1+ avanzado no tratados previamente con inhibidores de ROS1 y tratamiento de pacientes adultos y pediátricos de 12 años y mayores, con tumores sólidos expresando una fusión del gen receptor de tirosina quinasa neurotrófico (NTRK) | Inclusión en guía  | Uso en condiciones restringidas de financiación |
| <b>Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía</b> |  |  |   |
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>  | <b>Decisión CFyT</b>   | <b>Motivo</b>                                   |
| Nucala® (Mepolizumab)  | tratamiento adicional con corticosteroides intranasales para el tratamiento de adultos con RSCcPN grave para quienes la terapia con corticosteroides sistémicos y/o cirugía no proporciona un control adecuado de la enfermedad  | Ampliación de indicación financiada, uso en condiciones restringidas de financiación | Se incluye esta nueva indicación                |
| <b>Protocolos y Guías clínicas</b>   |  |  |   |
| NA   |  |  |   |
| <b>Otros asuntos</b>   |  |  |   |
| NA   |  |  |   |

(\*) Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en:  
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

## Tabla de decisiones- MARZO 2024

Acta nº2/2024

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos                                |   |                        |   |
|---|---|------------------------|---|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT          | Comentarios   |
| DUODOPA®<br>(foslevodopa/foscarbidopa)                                  | Tratamiento de la enfermedad de Parkinson avanzada con complicaciones motoras   | Inclusión en guía      | Uso en condiciones restringidas de financiación       |
| Nucala® (Mepolizumab)   | tratamiento adicional con corticosteroides intranasales para el tratamiento de adultos con RSCcPN grave para quienes la terapia con corticosteroides sistémicos y/o cirugía no proporciona un control adecuado de la enfermedad | Se pospone             | Se citará al solicitante en la próxima reunión de CFT |
| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |   |                        |   |
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT          | Motivo  |
| NA  |   |                        |   |
| Protocolos y Guías clínicas   |   |                        |   |
| NA  |   |                        |   |
| Otros asuntos   |   |                        |   |
| Oramorph (sol. 2mg/ml)  | Tratamiento prolongado del dolor crónico intenso y para el alivio de los dolores post-operatorios   | Se aprueba             |   |
| Fórmula magistral vancomicina oral (cápsulas)                           | Tratamiento infección <i>C. difficile</i>   | Se aprueba preparación |   |
| Isoflurano (sistema Sedaconda)  | Sedación de pacientes adultos con ventilación mecánica durante su ingreso en cuidados intensivos  | Se aprueba             |   |

(\*) Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

## Tabla de decisiones FEBRERO 2024

Sin reunión.

**Tabla de decisiones- ENERO 2024**

Acta n°1/2024

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos                                |  |                   |   |
|---|--|-------------------|---|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)   | Decisión CFyT     | Comentarios                                     |
| Vericiguat (Verquvo®),  | Tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida con descompensación reciente | Inclusión en guía | Uso en condiciones restringidas de financiación |
| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |  |                   |   |
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)   | Decisión CFyT     | Motivo  |
| NA  |  |                   |   |
| Protocolos y Guías clínicas   |  |                   |   |
| Protocolo Esofagitis eosinofílica                                       |  | Se aprueba        | Disponibles en intranet                         |
| Otros asuntos   |  |                   |   |
| NA  |  |                   |   |

(\*) Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

**Tabla de decisiones- DICIEMBRE 2023**

Acta n°10/2023

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos                                |   |                      |  |
|---|---|----------------------|--|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT        | Comentarios  |
| Inclisiran (Ieqvio®)  | Tratamiento hipercolesterolemia primaria o dislipemia mixta en pacientes refractarios a estatinas   | Inclusión en guía    | Uso en condiciones restringidas de financiación                                |
| Dostarlimab (Jemperli®)   | Tratamiento cáncer endometrio con dMMR/MSI-H en recaída o avanzado tras terapia previa  | No inclusión en guía | Acceso individual fuera de guía, considerando coste y/o justificación clínica. |
| Tucatinib (Tukysa®)   | Tratamiento adultos con cáncer mama HER2-positivo localmente avanzado o metastásico que hayan recibido al menos dos pautas de tratamiento anti-HER2 anteriores. | Inclusión en guía    | Uso condiciones autorizadas y financiadas                                      |
| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |   |                      |  |
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT        | Motivo   |
| NA  |   |                      |  |
| Protocolos y Guías clínicas   |   |                      |  |

|                                     |   |  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|
| NA                                  |   |  |  |
| <b>Otros asuntos</b>                |   |  |  |
| Fórmula magistral tiosulfato sódico | Alivio irritación mucosa causada por aplicación de Lugol 5% durante cromoscopia esofágica | Se aprueba preparación y uso propuesto |  |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

### Tabla de decisiones- NOVIEMBRE 2023

Acta n°09/2023

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos                                |   |                   |  |
|---|---|-------------------|--|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT     | Comentarios  |
| Selpercatinib (Retsevmo®)   | Tratamiento del cáncer de tiroides avanzado con fusión del gen RET positiva.<br>Tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado con fusión del gen RET positiva   | Inclusión en guía | Uso en condiciones autorizadas y financiadas.  |
| Cariprazina (Reagila®)  | Tratamiento de la esquizofrenia en adultos  | Inclusión en guía | Sujeto a revisión arsenal terapéutico.   |
| Tezepelumab (Tezspire®)   | Tratamiento del asma grave en adultos y adolescentes a partir de los 12 años que no están adecuadamente controlados a pesar de la administración de corticosteroides inhalados a dosis altas y agonistas $\beta$ de acción prolongada | Inclusión en guía | Uso en las condiciones autorizadas y financiadas, y de acuerdo con las recomendaciones del protocolo local uso biológicos en asma grave. |
| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |   |                   |  |
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*)  | Decisión CFyT     | Motivo   |
| NA  |   |                   |  |
| Protocolos y Guías clínicas   |   |                   |  |
| Protocolo asma (actualización)  |   | Se aprueba        | Disponibles en intranet  |
| Otros asuntos   |   |                   |  |
| NA  |   |                   |  |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

### Tabla de decisiones- OCTUBRE 2023

Acta n°08/2023

ZONA NOROESTE  
C/ Joaquín Rodrigo, 2  
28222 Majadahonda / Madrid  
Tel.: 91 191 60 00  
Fax: 91 373 05 35

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos        |   |                   |   |
|---|---|-------------------|---|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial) | Indicación general (*)  | Decisión CFyT     | Comentarios   |
| Roxadustat (Evrenzo ®)                          | Tratamiento de la anemia crónica en pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentra en situación de prediálisis, como tratamiento de inicio.  | Inclusión en guía | Se acuerda su uso dentro de las condiciones restringidas de financiación en el SNS                                      |
| Maribavir (Livtency®)                           | Tratamiento de la infección y/o enfermedad por citomegalovirus que es refractaria (con o sin resistencia) a uno o más tratamientos previos (...) en pacientes adultos que se han sometido a un trasplante de células madre hematopoyéticas o a un trasplante de órganos sólidos | Inclusión en guía | Se acuerda su uso dentro de las condiciones restringidas de financiación en el SNS                                      |
| Eptizenumab (Vyepiti®)                          | Tratamiento profiláctico de la migraña.   | Inclusión en guía | Se acuerda retirar de la guía la alternativa con menor uso, una vez que finalicen los tratamientos que están en marcha. |

| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |                        |               |        |
|---|------------------------|---------------|--------|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*) | Decisión CFyT | Motivo |
| NA  |                        |               |        |

| Protocolos y Guías clínicas              |  |            |                         |
|--|--|------------|-------------------------|
| Penfigoide ampolloso                     |  | Se aprueba | Disponibles en intranet |
| Protocolo de psoriasis (actualización)   |  | Se aprueba | Disponibles en intranet |
| Protocolo de tratamiento combinado COVID |  | Se aprueba | Disponibles en intranet |

| Otros asuntos |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| NA            |  |  |  |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

## Tabla de decisiones- SEPTIEMBRE 2023

Acta n°07/2023

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos        |                        |               |             |
|---|------------------------|---------------|-------------|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial) | Indicación general (*) | Decisión CFyT | Comentarios |
|   |                        |               |             |

|                          |  |                   |  |
|--------------------------|--|-------------------|--|
| Fenfluramina (Fintepla®) | Tratamiento de las crisis convulsivas asociadas al síndrome de Dravet y el síndrome de Lennox-Gastaut  | Inclusión en guía | Uso en tercera línea o posteriores. Reevaluación respuesta 6 meses                 |
| Faricimab (Vabysmo®)     | Tratamiento de la DMAE exudativa y EMD   | Inclusión en guía |  |
| Vutrisiran (Amvuttra®)   | formulación SC de patisirán, para el tratamiento de la amiloidosis con polineuropatía en estadio 1 o 2 | Inclusión en guía | Tras progresión a tafamidis o en pacientes con mutaciones de resistencia al mismo. |

#### Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía

| Medicamento (principio activo/nombre comercial) | Indicación general (*) | Decisión CFyT | Motivo |
|---|------------------------|---------------|--------|
|---|------------------------|---------------|--------|

NA

#### Protocolos y Guías clínicas

|                     |  |               |   |
|---------------------|--|---------------|---|
| Penfigoide ampoloso |  | No se aprueba | Se solicitan cambios relevantes en el texto |
|---------------------|--|---------------|---|

#### Otros asuntos

NA

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

### Tabla de decisiones-JULIO-AGOSTO 2023

*Sin reuniones*

### Tabla de decisiones- JUNIO 2023

*Acta n°06/2023*

| Solicitudes de Inclusión de medicamentos        |  |                   |             |
|---|--|-------------------|-------------|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial) | Indicación general (*)                             | Decisión CFyT     | Comentarios |
| Anifrolumab (Saphnelo®)                         | LES  | Inclusión en guía |             |
| Fedratinib (Inrebic®)                           | Mielofibrosis                                      | Inclusión en guía |             |
| Trastuzumab/pertuzumab (Phesgo®)                | Cáncer de mama                                     | Inclusión en guía |             |
| Abrocitinib (Cibinqo®)                          | Dermatitis atópica                                 | Inclusión en guía |             |
| Tafamidis 61mg (Vyntaqel®)                      | Amiloidosis pacientes con miocardiopatía           | Inclusión en guía |             |
| Tafamidis 20mg (Vyntaqel®)                      | Amiloidosis pacientes con polineuropatía estadio I | Inclusión en guía |             |
| Regadenoson (Rapiscan®)                         | Estudio perfusión miocárdica                       | Inclusión en guía |             |

  

| Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía |                        |               |        |
|---|------------------------|---------------|--------|
| Medicamento (principio activo/nombre comercial)                         | Indicación general (*) | Decisión CFyT | Motivo |

|                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Fluticasona/salmeterol (Airflusal®) | Asma/EPOC   | Retirada  | Inadecuada prescripción a pacientes con flujo inspiratorio bajo-errores de la técnica de administración.<br>Existe alternativa en guía: fluticasona/formoterol (Flutiform®) |
| Ceftazidima/avibactam (Zavicefta®)  | Infecciones bacterianas complicadas                     | Prescripción restringida a Unidad de Infecciosas, Servicio de Neumología, UCI médica y quirúrgica | A propuesta de la Comisión de Infecciosas-grupo PROA  |
| Ceftolozano/tazobactam (Zerbaxa®)   | Infecciones bacterianas complicadas                     | Prescripción restringida a Unidad de Infecciosas, Servicio de Neumología, UCI médica y quirúrgica | A propuesta de la Comisión de Infecciosas-grupo PROA  |
| Certolizumab (Cimzia®)              | Psoriasis, artritis psoriásica, EII, espondilitis axial | Se acuerda mantener en guía   | Uso en EII  |
| <b>Protocolos y Guías clínicas</b>  |   |   |   |
| NA                                  |   |   |   |
| <b>Otros asuntos</b>                |   |   |   |
| NA                                  |   |   |   |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

**Tabla de decisiones-MAYO 2023**  
**Acta n°05/2023**

| <b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>                                |  |                      |   |
|--|--|----------------------|---|
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>          | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Comentarios</b>  |
| Filgotinib (Jyseleca®)   | Colitis ulcerosa + artritis reumatoide | Inclusión en guía    | *bajada de precio, equiparación a alternativas              |
| Bimekizumab (Binzelx®)   | Psoriasis                              | Inclusión en guía    | *se propone actualización protocolo psoriasis de fecha 2019 |
| <b>Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía</b> |  |                      |   |
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>          | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Motivo</b>   |
| NA   |  |                      |   |
| <b>Protocolos y Guías clínicas</b>   |  |                      |   |
| NA   |  |                      |   |
| <b>Otros asuntos</b>   |  |                      |   |
| NA   |  |                      |   |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>

**Tabla de decisiones- ABRIL 2023**

Acta nº04/2023

| <b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>                                |  |                      |                    |
|--|--|----------------------|--------------------|
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>                | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Comentarios</b> |
| Tacrolimus monohidrato (Envarsus®)   | Profilaxis rechazo                           | Inclusión en guía    |                    |
| Vosoritide, análogo péptido natriurético B (Voxzogo®)                          | Acondroplasia                                | Inclusión en guía    |                    |
| Acetazolamida intravenosa  | Estudio de la reserva hemodinámica cerebral. | Inclusión en guía    |                    |
| <b>Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía</b> |  |                      |                    |
| <b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>                         | <b>Indicación general (*)</b>                | <b>Decisión CFyT</b> | <b>Motivo</b>      |
| NA   |  |                      |                    |
| <b>Protocolos y Guías clínicas</b>   |  |                      |                    |
| NA   |  |                      |                    |
| <b>Otros asuntos</b>   |  |                      |                    |
| NA   |  |                      |                    |

(\*)Consultar indicación autorizada y financiada en BIFIMED, acceso en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>