 <b>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda</b>	<b>COMISIÓN FARMACIA Y TERAPÉUTICA</b>	
	<b>TABLA DE DECISIONES</b>	<b>Página 1 de 26</b>

Última actualización 26/03/2026

**Tabla de decisiones MARZO 2026**

Acta nº 02/2026

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Sotatercept (Winrevair®)	Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar en pacientes adultos en clase funcional (CF) II-III de la OMS	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Amivantamab (Rybrevant®) y lazertinib (Lazcluze®)	el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado con deleciones del exón 19 del EGFR o mutaciones de sustitución L858R en el exón 21	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
Mirikizumab (Omvo®)	Tratamiento de la enfermedad de Crohn activa moderada-grave	Ampliación de indicación financiada	Se incluye esta nueva indicación. Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Osimertinib (Tagrisso®) en combinación con quimioterapia basada en platino (cisplatino /carboplatino y pemetrexed)	Tratamiento de 1ªL de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico avanzado que presenten mutaciones activadoras del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) (deleción del exón 19 o sustitución del exón 21 (L858R))	Ampliación de indicación financiada	Se incluye esta nueva indicación. Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
NA			
<b>Otros asuntos</b>			
Imipenem/relebactam	Se aprueba la propuesta de uso de la Comisión de Infecciones (acceso individual fuera de guía, considerando coste y/o justificación clínica)		

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

**Tabla de decisiones FEBRERO 2026**

*Sin reunión.*

**Tabla de decisiones ENERO 2026**

*Acta nº 01/2026*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Delgocitinib (Anzupgo®)	Tratamiento del eccema crónico de manos de moderado a grave	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</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 DICIEMBRE 2025

Acta nº 08/2025

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Comentarios
Angiotensina II (Giapreza®)	Tratamiento de la hipotensión resistente al tratamiento en adultos con shock séptico o u otro tipo de shock distributivo a pesar de otros tratamientos	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Acoramidis (Beyontra®)	Tratamiento de la amiloidosis cardiaca por transtiretina tipo nativa o variante en pacientes adultos con miocardiopatía	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Motivo
NA			
Protocolos y Guías clínicas			
NA			
Otros asuntos			
NA			


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

**Tabla de decisiones NOVIEMBRE 2025**

*Acta nº 07/2025*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Pantoprazol	Gastroprotección	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Encorafenib/ binimetinib (Braftovi®/Mektovi®)	Tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico avanzado con mutación BRAF V600E	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</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>

 <b>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda</b>	<b>COMISIÓN FARMACIA Y TERAPÉUTICA</b>	
	<b>TABLA DE DECISIONES</b>	<b>Página 5 de 26</b>

### Tabla de decisiones OCTUBRE 2025

Acta nº 06/2025

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Tislelizumab (Tevimbra®)	Tratamiento de pacientes adultos con carcinoma de células escamosas de esófago Tratamiento del adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica Tratamiento de pacientes adultos con CPM Tratamiento de pacientes adultos con CPNM Tratamiento del CCEE	Inclusión en guía	Se acuerda revisar las alternativas y priorizar según indicación
<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 CFT</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 SEPTIEMBRE 2025

Sin reunión.

### Tabla de decisiones AGOSTO 2025

Sin reunión.



**Tabla de decisiones JULIO 2025**

*Acta nº 05/2025*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Seladelpar (LYVDELZI)	Tratamiento de la colangitis biliar primaria	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Elafibranor (IQIRVO)	Tratamiento de la colangitis biliar primaria	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Protocolo Clínico de Botox® en Fenómeno de Raynaud			
<b>Otros asuntos</b>			
Abilify Maintena bimensual (nueva formulación)			

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

**Tabla de decisiones JUNIO 2025**

*Sin reunión.*

**Tabla de decisiones- MAYO 2025**

*Acta nº 04/2025*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Macitentan/tadalafilo (Yuvanci®)	Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar Clase Funcional II a III de la OMS	No se incluye	Acceso individual fuera de guía, considerando coste y/o justificación clínica
<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 CFT</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 2025

Acta nº 03/2025

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Comentarios
Momelotinib (Omjjara®)	Tratamiento de la esplenomegalia en pacientes adultos con anemia de moderada a grave que padecen mielofibrosis primaria o secundaria	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Motivo
Risankizumab (Skyrizi®)	Tratamiento de la colitis ulcerosa activa moderada-grave	Ampliación de indicación financiada	Se incluye esta nueva indicación, Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Protocolos y Guías clínicas			
NA			
Otros asuntos			
Rezafungina	Se aprueba la propuesta de uso de la Comisión de Infecciones (acceso individual fuera de guía, considerando coste y/o justificación clínica)		

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

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

**Tabla de decisiones- MARZO 2025**

*Acta nº 02/2025*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Inaqovi® (decitabina)	Tratamiento de leucemia mieloide aguda	No se incluye	Acceso individual fuera de guía
Fruzaqla® (fruquintinib)	Tratamiento de cáncer colorrectal metastásico	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
HepatoNUTRIL®	Alimento para usos médicos especiales.	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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NutricompHEPA	Alimento para usos médicos especiales.	Retirada	Sustituido
<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- FEBRERO 2025**

*Acta nº1/2025*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Luspatercept Reblozyl®	Tratamiento de anemia dependiente de transfusiones debida a síndromes mielodisplásicos	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Libtayo® (cemiplimab),	Tratamiento de pacientes adultas con cáncer de cuello uterino metastásico o recurrente; Tratamiento de pacientes adultos con carcinoma cutáneo; el tratamiento de primera línea, en combinación con QT, de pacientes adultos con CPNM que expresan PD-L1 (en mayor o igual 1% de las células tumorales) sin aberraciones EGFR, ALK o ROS1.	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</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 ENERO 2025**

*Sin reunión.*

**Tabla de decisiones- DICIEMBRE 2024**

*Acta nº9/2024*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Mifepristona	Tratamiento inicial del aborto de primer trimestre y aborto tardío	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
N/A			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Utilización de antifúngicos vía intrapleural		Se aprueba	
Utilización de antimicrobianos nebulizados		Se aprueba	
<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- NOVIEMBRE 2024

Acta nº8/2024

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Comentarios
Camzyos® (mavacamten)	Tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) sintomática	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Qutenza® (capsaicina),	Tratamiento del dolor neuropático periférico	No se incluye	
Metalyse® (tenecteplasa)	Tratamiento de ictus isquémico agudo	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Glucerna Advance 1.6.	Alimento para usos médicos especiales.	Inclusión en guía	
Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Motivo
Capsidol® (capsaicina)	Tratamiento del dolor neuropático	Retirada	En desuso
Protocolos y Guías clínicas			
Pembrolizumab	Tratamiento 1L de ca. cérvix (+ RTQT)	Se aprueba	
Otros asuntos			
NA			

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

**Tabla de decisiones- OCTUBRE 2024**

*Acta nº7/2024*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Ebglyss® (lebrikizumab)	Tratamiento de la dermatitis atópica (DA) de moderada a grave	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Aquipta® (atogepant)	Tratamiento preventivo de la migraña episódica	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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 CFT</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- SEPTIEMBRE 2024**

Acta nº6/2024

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Opzelura® (ruxolitinib)	Tratamiento del vitíligo	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Litfulo® (Ritlecitinib)	Tratamiento de la alopecia areata grave	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Ongentys® (opicapona)	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
Xadago® (safinamida)	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson	Inclusión en guía	Uso en condiciones autorizadas y financiadas.
<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>
Entacapona	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson	Retirada	En desuso
Selegilina	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson	Retirada	En desuso
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Nucala® (mepolizumab)	Criterios de seguimiento en rinosinusitis crónica con pólipos nasales	Se aprueba	
<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-JULIO y AGOSTO 2024**

Sin reuniones

**Tabla de decisiones- JUNIO 2024**

Acta nº5/2024

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
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; 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.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Nucala® (mepolizumab)	Criterios de seguimiento en rinosinusitis crónica con pólipos nasales	Se pospone	
<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 2024

Acta nº4/2024

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Comentarios
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	
Solicitud revisión condiciones de uso de medicamentos incluidos en guía			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Motivo
NA			
Protocolos y Guías clínicas			
Tirofiban		Se aprueba	
Rapiscan		Se aprueba	
Otros asuntos			
Quofenix (delafloxacin)		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 CFT</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® (somatogon)	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® (ascimib)	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 CFT</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

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
DUODOPA® (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
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
NA			
<b>Otros asuntos</b>			
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 nº1/2024

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	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 CFT	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 nº10/2023

Solicitudes de Inclusión de medicamentos			
Medicamento (principio activo/nombre comercial)	Indicación general (*)	Decisión CFT	Comentarios
Inclisiran (Iqvio®)	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 CFT	Motivo
NA			
Protocolos y Guías clínicas			
NA			
Otros asuntos			
Fórmula magistral tiosulfato sódico	Alivio irritación mucosa causada por aplicación de Lugol 5% durante cromoendoscopia 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

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
Selpercatinib (Retsevmo®)	Tratamiento del cáncer de tiroides avanzado con fusión del gen RET positiva. 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.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Protocolo asma (actualización)		Se aprueba	Disponibles en intranet
<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- OCTUBRE 2023**

Acta nº08/2023

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
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 (Vyepti®)	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.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
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
<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- SEPTIEMBRE 2023**

Acta nº07/2023

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
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.
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
NA			
<b>Protocolos y Guías clínicas</b>			
Penfigoide ampolloso		No se aprueba	Se solicitan cambios relevantes en el texto
<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-JULIO-AGOSTO 2023**

*Sin reuniones*

**Tabla de decisiones- JUNIO 2023**

Acta nº06/2023

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</b>	<b>Comentarios</b>
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	
<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 CFT</b>	<b>Motivo</b>
Fluticasona/salmeterol (Airflusal®)	Asma/EPOC	Retirada	Inadecuada prescripción a pacientes con flujo inspiratorio bajo-errores de la técnica de administración. 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 nº05/2023*

<b>Solicitudes de Inclusión de medicamentos</b>			
<b>Medicamento (principio activo/nombre comercial)</b>	<b>Indicación general (*)</b>	<b>Decisión CFT</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 CFT</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 CFT</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 CFT</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>