

Programa de tratamiento escalonado
de la Parte B de Medicare

¿Tiene preguntas sobre el tratamiento esalonado?

Cigna Healthcare tiene
las respuestas.



¿Qué es el tratamiento escalonado?

El tratamiento escalonado es un proceso que debe aplicarse a ciertos medicamentos con receta de la Parte B.

¿Cómo funciona el tratamiento escalonado?

El tratamiento escalonado requiere que los clientes prueben un medicamento preferido antes de poder usar un medicamento no preferido que trata la misma condición.

¿Qué sucede si un medicamento preferido no es eficaz?

Si se demuestra que el medicamento preferido no es eficaz o causa efectos secundarios negativos, es posible que se cubra un medicamento no preferido.

¿Qué sucede si el medicamento preferido ya se probó anteriormente?

Si el medicamento preferido se probó dentro de los últimos 365 días, es posible que se cubra un medicamento no preferido. Si el medicamento preferido no se probó dentro de los últimos 365 días, es necesario aplicar el proceso de tratamiento escalonado.

¿Cómo averiguo qué medicamentos están sujetos al proceso de tratamiento escalonado de la Parte B?

El cuadro del proceso de tratamiento escalonado se aplica a todos los mercados de Medicare de Cigna HealthcareSM.



Clases de medicamentos sujetas a tratamiento escalonado	Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Antieméticos: Antagonistas de los receptores de serotonina (inyectables) para oncología	<ul style="list-style-type: none"> • Aloxi • Granisetron • Ondansetron 	Sustol
Antieméticos: Antagonistas de los receptores de sustancia P/neurocinina I (inyectables) para oncología	Emend	<ul style="list-style-type: none"> • Akynzeo • Cinvanti
Bevacizumab (oncología)	<ul style="list-style-type: none"> • Alymsys • Mvasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Zirabev • Avastin • Vegzelma
Toxinas botulínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Botox • Daxxify • Dysport • Xeomin 	Myobloc
Factores estimulantes de colonias De acción rápida	<ul style="list-style-type: none"> • Nivestym • Zarxio 	<ul style="list-style-type: none"> • Granix • Neupogen • Releuko
Factores estimulantes de colonias De acción prolongada	<ul style="list-style-type: none"> • Neulasta/Neulasta Onpro • Nyvepria • Udenyca 	<ul style="list-style-type: none"> • Fulphila • Fylnetra • Rolvedon • Stimufend • Ziextenzo
Inmunoglobulinas IV	<ul style="list-style-type: none"> • Flebogamma DIF • Gammagard Liquid • Gammagard S/D • Gammaked • Gammaplex • Gamunex-C • Octagam • Privigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Alyglo • Asceniv • Bivigam • Panzyga
Inmunoglobulinas SC	<ul style="list-style-type: none"> • Cutaquig • Gammagard Liquid • Gammaked • Gamunex-C • Hizentra • Xembify 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuvitru • HyQvia
Inmunomoduladores	<ul style="list-style-type: none"> • Avsola • Inflectra • Renflexis 	Remicade, infliximab (genérico autorizado)
Hierro intravenoso	Venofer	<ul style="list-style-type: none"> • Feraheme • Injectafer • Monoferric
Trastornos oftálmicos Inhibidores intravítreos del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV)	Avastin	<ul style="list-style-type: none"> • Beovu • Byooviz • Cimerli • Eylea • Eylea HD • Lucentis • Vabysmo

* Es posible que los medicamentos preferidos requieran autorización previa.

Clases de medicamentos sujetas a tratamiento escalonado	Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Medicamentos con paclitaxel	Paclitaxel	<ul style="list-style-type: none"> • Abraxane • Paclitaxel protein-bound
Rituximab	<ul style="list-style-type: none"> • Riabni • Ruxience • Truxima 	<ul style="list-style-type: none"> • Rituxan Hycela • Rituxan IV
Análogos de la somatostatina De acción prolongada	<ul style="list-style-type: none"> • Somatuline Depot (JI930) • Lanreotide (JI930) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lanreotide (JI932) • Sandostatin LAR
Lupus sistémico eritematoso (LSE) [Lupus]	Benlysta IV	Saphnelo
Testosterona Inyectable	<ul style="list-style-type: none"> • Depo-Testosterone (testosterone cypionate) • Delatestryl (testosterone enanthate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aveed • Testopel • Xyosted
Trastuzumab	<ul style="list-style-type: none"> • Kanjinti • Ogivri • Trazimera 	<ul style="list-style-type: none"> • Herceptin • Hylecta • Herceptin IV • Herzuma • Ontruzant
Viscosuplementos	<ul style="list-style-type: none"> • Monovisc • Orthovisc • Synvisc • Synvisc One 	<ul style="list-style-type: none"> • Durolane • Euflexxa • Gel-One • Gelsyn-3 • GenVisc 850 • Hyalgan • Hymovis • Sodium Hyaluronate 1% • Supartz FX • Synojoynt • Triluron • TriVisc • Visco-3

Para las siguientes clases, es posible que los medicamentos preferidos estén cubiertos por el beneficio de la Parte D (farmacia):

Clases de medicamentos sujetas a tratamiento escalonado	Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Inhibidores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina**	Medicamentos preferidos de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de administración de la utilización [UM, por sus siglas en inglés] de la Parte D)	Vyepti
Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCK9)**	Medicamentos preferidos de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de administración de la utilización [UM] de la Parte D)	Leqvio

* Es posible que los medicamentos preferidos requieran autorización previa.

** Se aplica únicamente a los planes MAPD.

Criterios de cobertura

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de serotonina (inyectables) para oncología

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Aloxi• Granisetron• Ondansetron	Sustol

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de contratistas administrativos de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Sustol esté cubierto para prevenir las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento inyectable preferido (de marca o genérico) o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de sustancia P/neurocinina I (inyectables) para oncología

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Emend	<ul style="list-style-type: none">• Akynzeo• Cinvanti

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Akynzeo o Cinvanti estén cubiertos para prevenir las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de medicamentos preferidos intravenosos (de marca o genéricos) o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Bevacizumab (oncología)

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Alymsys• Mvasi• Zirabev	<ul style="list-style-type: none">• Avastin• Vegzelma

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Avastin o Vegzelma estén cubiertos para indicaciones oncológicas cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Toxinas botulínicas

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Botox• Daxxify• Dysport• Xeomin	Myobloc

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15, NGS J6, NGS JK.

Es posible que Myobloc esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se receta Myobloc para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Sialorrea crónica o
 - > Incontinencia urinaria asociada con una condición neurológica o
 - > Hiperhidrosis axilar primaria o
- Antecedentes de uso de un medicamento preferido o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: FCSO JN, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL.

Es posible que Myobloc esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM.

Es posible que Myobloc esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se receta Myobloc para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Vejiga hiperactiva con síntomas de incontinencia urinaria de urgencia, urgencia y frecuencia, o
 - > Incontinencia urinaria asociada con una condición neurológica o
 - > Hiperhidrosis axilar primaria o
- Antecedentes de uso de un medicamento preferido o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: WPS J5, WPS J8.

Es posible que Myobloc esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se receta Myobloc para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Hiperhidrosis palmar o
 - > Hiperhidrosis axilar primaria o
- Antecedentes de uso de un medicamento preferido o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Factores estimulantes de colonias De acción rápida

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Mvasi• Zirabev	<ul style="list-style-type: none">• Alymsys• Avastin• Vegzelma

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Granix, Neupogen o Releuko estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Factores estimulantes de colonias De acción prolongada

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Neulasta/Neulasta Onpro• Nyvepria• Udenyca	<ul style="list-style-type: none">• Fulphila• Fylnetra• Rolvedon• Stimufend• Ziextenzo

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Fulphila, Fylnetra, Stimufend o Ziextenzo estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Rolvedon esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento con pegfilgrastim o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunoglobulinas IV

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Flebogamma DIF• Gammagard Liquid• Gammagard S/D• Gammaked• Gammalex• Gamunex-C• Octagam• Privigen	<ul style="list-style-type: none">• Alyglo• Asceniv• Bivigam• Panzyga

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, o

- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Bebés y niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para prevenir infecciones recurrentes o
 - › Síndrome de Guillain Barré o
 - › Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, por sus siglas en inglés) o polirradiculoneuropatía, o
 - › Neuropatía motora multifocal (NMM) o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Miastenia grave o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS, por sus siglas en inglés) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), o
 - › Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Bebés y niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para prevenir infecciones recurrentes o
 - › Síndrome de Guillain Barré o
 - › Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o polirradiculoneuropatía, o
 - › Neuropatía motora multifocal (NMM) o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Miastenia grave o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Bebés y niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para prevenir infecciones recurrentes o
 - › Síndrome de Guillain Barré o
 - › Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o polirradiculoneuropatía, o
 - › Neuropatía motora multifocal (NMM) o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Miastenia grave o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o

- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: FCSO JN, Novitas JH, Novitas JL. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, o
- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS) o
 - › Neuromielitis óptica (síndrome de Devic) o
 - › Tratamiento de la encefalitis autoinmune o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Miositis por cuerpos de inclusión o
 - › Miopatía necrotizante inmunomediada o
 - › Síndrome de solapamiento con miositis (incluido el síndrome antisintetasa) o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
 - › Enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), o
- Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS) o
 - › Neuromielitis óptica (síndrome de Devic) o
 - › Tratamiento de la encefalitis autoinmune o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Miositis por cuerpos de inclusión o
 - › Miopatía necrotizante inmunomediada o
 - › Síndrome de solapamiento con miositis (incluido el síndrome antisintetasa) o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
 - › Enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Síndrome miasténico de Eaton-Lambert (LEMS) o
 - › Neuromielitis óptica (síndrome de Devic) o
 - › Tratamiento de la encefalitis autoinmune o

- › Dermatomiositis o polimiositis, o
- › Miositis por cuerpos de inclusión o
- › Miopatía necrotizante inmunomediada o
- › Síndrome de solapamiento con miositis (incluido el síndrome antisintetasa) o
- › Lupus sistémico eritematoso o
- › Enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, o
- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollosas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
 - › Retinopatía autoinmune o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), o
- Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollosas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
 - › Retinopatía autoinmune o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollosas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
 - › Retinopatía autoinmune o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Noridian JE, Noridian JF. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, o
- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:

- > Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
- > Trombocitopenia inmune (PTI) o
- > Dermatomiositis o polimiositis, o
- > Síndrome de Guillain Barré o
- > Miastenia grave o
- > Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o polirradiculoneuropatía, o
- > Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
- > Neuropatía motora multifocal (NMM) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), ●
- Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - > Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - > Dermatomiositis o polimiositis, o
 - > Síndrome de Guillain Barré o
 - > Miastenia grave o
 - > Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o polirradiculoneuropatía, o
 - > Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
 - > Neuropatía motora multifocal (NMM) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - > Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - > Dermatomiositis o polimiositis, o
 - > Síndrome de Guillain Barré o
 - > Miastenia grave o
 - > Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o polirradiculoneuropatía, o
 - > Esclerosis múltiple (EM), exacerbación aguda grave o recaídas, o
 - > Neuropatía motora multifocal (NMM) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, ●
- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - > Miastenia grave o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos ●
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), o
- Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - › Miastenia grave o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - › Miastenia grave o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: WPS J5, WPS J8.

Es posible que Alyglo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se necesita un producto con un contenido mínimo de factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según el proveedor que emite la receta, o
- Se receta Alyglo para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - › Síndromes de vasculitis graves, vasculitis sistémica (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculopatía livedoide (atrofia blanca), o
 - › Pioderma gangrenoso o
 - › Neutropenia inmunomediada o
 - › Síndrome de Stevens-Johnson y/o necrólisis epidérmica tóxica, o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Trombocitopenia fetal/neonatal aloinmune o
 - › Miastenia grave o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Asceniv esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente necesita una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus respiratorio sincitial (VRS), según el proveedor que emite la receta (como por ejemplo, un paciente que necesita niveles elevados de anticuerpos contra el VRS debido a infecciones reiteradas por el VRS, a pesar de la administración de dosis adecuadas de inmunoglobulinas en un paciente que cumple con el tratamiento), o
- Se receta Asceniv para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollas, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollas adquirida) o
 - › Síndromes de vasculitis graves, vasculitis sistémica (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculopatía livedoide (atrofia blanca), o
 - › Pioderma gangrenoso o

- › Neutropenia inmunomediada o
- › Síndrome de Stevens-Johnson y/o necrólisis epidérmica tóxica, o
- › Lupus sistémico eritematoso o
- › Anemia hemolítica autoinmune o
- › Trombocitopenia fetal/neonatal aloinmune o
- › Miastenia grave o
- › Dermatomiositis o polimiositis, o
- › Trombocitopenia inmune (PTI) o
- › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Bivigam o Panzyga estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se recetan Bivigam o Panzyga para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedades ampollosas mucocutáneas autoinmunes (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampoloso, penfigoide de las membranas mucosas [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida), o
 - › Síndromes de vasculitis graves, vasculitis sistémica (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculopatía livedoide (atrofia blanca), o
 - › Pioderma gangrenoso o
 - › Neutropenia inmunomediada o
 - › Síndrome de Stevens-Johnson y/o necrólisis epidérmica tóxica, o
 - › Lupus sistémico eritematoso o
 - › Anemia hemolítica autoinmune o
 - › Trombocitopenia fetal/neonatal aloinmune o
 - › Miastenia grave o
 - › Dermatomiositis o polimiositis, o
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Síndrome de la persona rígida (síndrome de Moersch-Woltman) o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunoglobulinas SC

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none"> • Cutaquig • Gammagard Liquid • Gammaked • Gamunex-C • Hizentra • Xembify 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuvitru • HyQvia

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Cuvitru esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Paciente con hiperprolinemia que ha probado Xembify o
- Paciente con hipersensibilidad al polisorbato 80 o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que HyQvia esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- El paciente está recibiendo tratamiento para la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y ha probado Hizentra o
- Antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunomoduladores

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Avsola• Inflectra• Renflexis	Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado)

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se receta infliximab para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Enfermedad de Behcet
 - > Sarcoidosis
 - > Colitis microscópica refractaria o
- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se receta infliximab para tratar una de las siguientes condiciones:
 - > Enfermedad de Crohn
 - > Psoriasis en placas
 - > Colitis ulcerosa
 - > Enfermedad de Behcet (síndrome de Behcet)
 - > Hidradenitis supurativa
 - > Sarcoidosis
 - > Espondiloartritis (SpA, por sus siglas en inglés), otros subtipos, o
- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Hierro intravenoso

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Venofer	<ul style="list-style-type: none">• Feraheme• Injectafer• Monoferric

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Feraheme, Injectafer o Monoferric estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Se usa para la anemia por deficiencia de hierro en un paciente con enfermedad renal crónica que está recibiendo diálisis o
- Para otras condiciones:
 - › Antecedentes de uso de un medicamento preferido o
 - › Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Trastornos oftálmicos Inhibidores intravítreos del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV)

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Avastin	<ul style="list-style-type: none">• Beovu• Byooviz• Cimerli• Eyle• Eylea HD• Lucentis• Vabysmo

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Beovu o Vabysmo estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido y
- Se demostró una eficacia inadecuada o su intolerabilidad, o
- El proveedor de la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta o
- La seguridad de usar la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Eylea o Eylea HD estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido y
- Se demostró una eficacia inadecuada o su intolerabilidad, o
- Tiene edema macular diabético y un valor de referencia de agudeza visual menor que 20/40, según el proveedor que emite la receta, o
- Tiene edema macular diabético con engrosamiento de la retina significativo, según el proveedor que emite la receta, o
- Tiene retinopatía diabética (sin edema macular diabético) o
- El proveedor de la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta o
- La seguridad de usar la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Byooviz, Cimerli o Lucentis estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido **y**
- Se demostró una eficacia inadecuada o su intolerabilidad, **o**
- Tiene retinopatía diabética (sin edema macular diabético) **o**
- El proveedor de la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta **o**
- La seguridad de usar la inyección oftálmica reenvasada de Avastin es motivo de gran preocupación, según la opinión profesional del proveedor que emite la receta **o**
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Medicamentos con paclitaxel

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Paclitaxel	<ul style="list-style-type: none"> • Abraxane • Paclitaxel protein-bound

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Abraxane o Paclitaxel protein-bound estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Para cáncer de pulmón de células no pequeñas:
 - › Reacción de hipersensibilidad a la infusión intravenosa de paclitaxel o la infusión intravenosa de docetaxel, **o**
 - › El uso de los medicamentos previos estándares está contraindicado **o**
 - › Se usa como tratamiento posterior para la enfermedad avanzada o metastásica, **o**
 - › Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.
- Para cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, cáncer de endometrio, melanoma, cáncer de ovario:
 - › Reacción de hipersensibilidad a la infusión intravenosa de paclitaxel o la infusión intravenosa de docetaxel, **o**
 - › El uso de los medicamentos previos estándares está contraindicado **o**
 - › Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Rituximab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none"> • Riabni • Ruxience • Truxima 	<ul style="list-style-type: none"> • Rituxan Hycela • Rituxan IV

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Rituxan intravenoso esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido **e**
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave **o**
- Continuación de un tratamiento anterior dentro de los últimos 365 días **o**
- Se receta Rituxan intravenoso para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Enfermedad injerto contra huésped (GVHD, por sus siglas en inglés) **o**
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) **o**
 - › Esclerosis múltiple **o**
 - › Trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMO, por sus siglas en inglés) **o**
 - › Lupus sistémico eritematoso (LSE) [Lupus] **o**

- › Púrpura trombocitopénica trombótica (adquirida) o
- › Síndrome de Evans o
- › Penfigoide ampollosa o
- › Encefalitis relacionada con la inmunoterapia o
- › Miopatía inmunomediada/miopatía inflamatoria idiopática o
- › Enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD, por sus siglas en inglés) o
- › Miastenia grave o
- › Enfermedad de cambios mínimos o
- › Rechazo mediado por anticuerpos (AMR, por sus siglas en inglés).

Es posible que Rituxan Hycela esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero según el proveedor que emite la receta, no puede seguir usando el medicamento o
- Imposibilidad para obtener o mantener el acceso intravenoso, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Rituxan intravenoso esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior dentro de los últimos 365 días o
- Se receta Rituxan intravenoso para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Trombocitopenia inmune (PTI) o
 - › Esclerosis múltiple o
 - › Rechazo mediado por anticuerpos (AMR) o
 - › Miopatía inmunomediada/miopatía inflamatoria idiopática o
 - › Hemofilia (adquirida) o
 - › Púrpura trombocitopénica trombótica (adquirida) o
 - › Enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD) o
 - › Enfermedad de cambios mínimos o
 - › Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) o
 - › Síndrome de Sjögren y esclerosis sistémica.

Es posible que Rituxan Hycela esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero según el proveedor que emite la receta, no puede seguir usando el medicamento o
- Imposibilidad para obtener o mantener el acceso intravenoso, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. A continuación se mencionan otras regiones de MAC.

Es posible que Rituxan intravenoso esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior dentro de los últimos 365 días o
- Se receta Rituxan intravenoso para tratar una de las siguientes condiciones:
 - › Artritis reumatoide (AR) o
 - › Enfermedad injerto contra huésped (GVHD) o
 - › Esclerosis múltiple o

- › Anemia hemolítica autoinmune o
- › Neuropatía motora multifocal (NMM) o
- › Polimiositis o
- › Antes del rescate autólogo de células madre por enfermedad progresiva o recurrente.

Es posible que Rituxan Hycela esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero según el proveedor que emite la receta, no puede seguir usando el medicamento o
- Imposibilidad para obtener o mantener el acceso intravenoso, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: FCSO JN, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Rituxan intravenoso esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Rituxan Hycela esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero según el proveedor que emite la receta, no puede seguir usando el medicamento o
- Imposibilidad para obtener o mantener el acceso intravenoso, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Análogos de la somatostatina De acción prolongada

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Somatuline Depot (J1930) Lanreotide (J1930)	<ul style="list-style-type: none"> • Lanreotide (J1932) • Sandostatin LAR

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Lanreotide (J1932) esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

Para la acromegalia:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Para uno o más tumores neuroendocrinos [NET, por sus siglas en inglés] del tubo digestivo, el pulmón, el timo (tumores carcinoides) y el páncreas (incluidos los glucagonomas, gastrinomas, tumores secretores de péptido intestinal vasoactivo [VIPomas], insulinomas):

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Sandostatin LAR esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

Para la acromegalia:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido ○
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Para uno o más tumores neuroendocrinos [NET] del tubo digestivo, el pulmón, el timo (tumores carcinoides) y el páncreas (incluidos los glucagonomas, gastrinomas, tumores secretores de péptido intestinal vasoactivo [VIPomas], insulinomas):

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido ○
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Para el feocromocitoma y paraganglioma:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido ○
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Lupus sistémico eritematoso (LSE) Lupus

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Benlysta IV	Saphnelo

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Saphnelo esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de Benlysta ○
- Antecedentes de depresión o tendencias suicidas, según el proveedor que emite la receta, ○
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Testosterona Inyectable

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none"> • Depo-Testosterone (testosterone cypionate) • Delatestryl (testosterone enanthate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aveed • Testopel • Xyosted

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Ave, Testopel o Xyosted estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido ○
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Trastuzumab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none"> • Kanjinti • Ogivri • Trazimera 	<ul style="list-style-type: none"> • Herceptin Hylecta • Herceptin IV • Herzuma • Ontruzant

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Herceptin intravenoso, Herzuma u Ontruzant estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido e
- Imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia de formulación en el/ los ingrediente(s) inactivo(s) que, según el proveedor que emite la receta, provocaría una alergia significativa o una reacción adversa grave o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Es posible que Herceptin Hylecta esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero según el proveedor que emite la receta, no puede seguir usando el medicamento o
- Imposibilidad para obtener o mantener el acceso intravenoso, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Viscosuplementos

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
<ul style="list-style-type: none">• Monovisc• Orthovisc• Synvisc• Synvisc One	<ul style="list-style-type: none">• Durolane• Euflexxa• Gel-One• Gelsyn-3• GenVisc 850• Hyalgan• Hymovis• Sodium Hyaluronate 1%• Supartz FX• Synojoynt• Triluron• TriVisc• Visco-3

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL. No se aplica a todas las otras regiones de MAC no mencionadas.

Es posible que Durolane, Euflexxa, Gel-One, Gelsyn-3, GenVisc 850, Hyalgan, Hymovis, Sodium Hyaluronate 1%, Supartz FX, Synojoynt, Triluron, TriVisc o Visco-3 estén cubiertos cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de dos tratamientos con medicamentos preferidos diferentes o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Para las siguiente clases, es posible que los medicamentos preferidos estén cubiertos por el beneficio de la Parte D (farmacia):

Inhibidores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina**

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Medicamento preferido de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de UM de la Parte D)	Vyepti

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Vyepti esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina subcutáneo preferido de la Parte D para profilaxis de la migraña o

- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9)**

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Medicamento preferido de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de UM de la Parte D)	Leqvio

Criterios de tratamiento escalonado para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS JI5, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, Palmetto JJ, Palmetto JM, WPS J5, WPS J8.

Es posible que Leqvio esté cubierto cuando se cumplan los criterios mencionados a continuación:

- Antecedentes de uso de un inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) preferido de la Parte D y
- Eficacia inadecuada o intolerancia significativa, según el proveedor que emite la receta, o
- Continuación de un tratamiento anterior o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de cobertura

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de serotonina (inyectables) para oncología

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1626	Inyección, granisetron hydrochloride, 100 mcg
J2405	Inyección, ondansetron hydrochloride, por 1 mg
J2469	Inyección, palonosetron HCl, 25 mcg
No preferidos	
J1626	Inyección, granisetron, liberación prolongada, 0.1 mg

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de sustancia P/neurocinina I (inyectables) para oncología

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1453	Inyección, fosaprepitant, 1 mg
No preferidos	
J0185	Inyección, aprepitant, 1 mg
J1454	Inyección, fosnetupitant 235 mg y palonosetron 0.25 mg

Bevacizumab (oncología)

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
Q5107	Inyección, bevacizumab-awwb, biosimilar (Mvasi), 10 mg
Q5118	Inyección, bevacizumab-bvzr, biosimilar (Zirabev), 10 mg
Q5126	Inyección, bevacizumab-maly, biosimilar (Alymsys), 10 mg
No preferidos	
J9035	Inyección, bevacizumab, 10 mg
Q5129	Inyección, bevacizumab-adcd (Vegzelma), biosimilar, 10 mg

Toxinas botulínicas

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J0585	Inyección, onabotulinumtoxinA, 1 unidad
J0589	Inyección, daxibotulinumtoxinA-lanm, 1 unidad
J0586	Inyección, abobotulinumtoxinA, 5 unidades
J0588	Inyección, incobotulinumtoxinA, 1 unidad
No preferidos	
J0587	Inyección, rimabotulinumtoxinB, 100 unidades

Factores estimulantes de colonias De acción rápida

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
Q5101	Inyección, filgrastim-sndz, biosimilar (Zarxio), 1 mcg
Q5110	Inyección, filgrastim-aafi, biosimilar (Nivestym), 1 mcg
No preferidos	
J1442	Inyección, filgrastim (G-CSF) (Neupogen) no incluye los productos biosimilares, 1 mcg
J1447	Inyección, tbo-filgrastim (Granix), 1 mcg
Q5125	Inyección, filgrastim-ayow, biosimilar (Releuko), 1 mcg

Factores estimulantes de colonias De acción prolongada

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J2506	Inyección, pegfilgrastim, no incluye los productos biosimilares, 0.5 mg
Q5111	Inyección, pegfilgrastim-cbqv (Udenyca), biosimilar, 0.5 mg
Q5122	Inyección, pegfilgrastim-apgf (Nyvepria), biosimilar, 0.5 mg
No preferidos	
J1449	Inyección, eflapegrastim-xnst, 0.1 mg
Q5108	Inyección, pegfilgrastim-jmdb (Fulphila), biosimilar, 0.5 mg
Q5120	Inyección, pegfilgrastim-bmez (Ziextenzo), biosimilar, 0.5 mg
Q5127	Inyección, pegfilgrastim-fpgk (Stimufend), biosimilar, 0.5 mg
Q5130	Inyección, pegfilgrastim-pbbk (Flynetra), biosimilar, 0.5 mg

Inmunoglobulinas IV

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1572	Inyección, inmunoglobulina (Flebogamma), 500 mg
J1569	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard Liquid), 500 mg
J1566	Inyección, inmunoglobulina (polvo), 500 mg
J1561	Inyección, inmunoglobulina (Gamunex-C/Gammaked), 500 mg
J1557	Inyección, inmunoglobulina (Gammaplex), 500 mg
J1568	Inyección, inmunoglobulina (Octagam), 500 mg
J1459	Inyección, inmunoglobulina (Privigen), 500 mg
No preferidos	
J1599	Inyección, inmunoglobulina (líquida), 500 mg
J1554	Inyección, inmunoglobulina (Asceniv), 500 mg
J1556	Inyección, inmunoglobulina (Bivigam), 500 mg
J1576	Inyección, inmunoglobulina (Panzyga), 500 mg

Inmunoglobulinas SC

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1551	Inyección, inmunoglobulina (Cutaquig), 100 mg

Código HCPCS	Descripción
J1569	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard Liquid), 500 mg
J1561	Inyección, inmunoglobulina (Gamunex-C/Gammaked), 500 mg
J1559	Inyección, inmunoglobulina (Hizentra), 100 mg
J1558	Inyección, inmunoglobulina (Xembify), 100 mg
No preferidos	
J1555	Inyección, inmunoglobulina (Cuvitru), 100 mg
J1575	Inyección, inmunoglobulina (HyQvia), 100 mg

Inmunomoduladores

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
Q5103	Inyección, infliximab-dyyb, biosimilar (Inflectra), 10 mg
Q5104	Inyección, infliximab-abda, biosimilar (Renflexis), 10 mg
Q5121	Inyección, infliximab-axxq, biosimilar (Avsola), 10 mg
No preferidos	
J1745	Inyección, infliximab, no incluye los productos biosimilares, 10 mg

Hierro intravenoso

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1756	Inyección, iron sucrose, 1 mg
No preferidos	
J1437	Inyección, ferric derisomaltose, 10 mg
J1439	Inyección, ferric carboxymaltose, 1 mg
Q0138	Inyección, ferumoxytol, para el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro, 1 mg

Trastornos oftálmicos Inhibidores intravítreos del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV)

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
C9257	Inyección, bevacizumab (Avastin), 0.25 mg
J7999	Medicamento compuesto, no clasificado de otro modo
J9035	Inyección, bevacizumab (Avastin), 10 mg

Código HCPCS	Descripción
No preferidos	
J0178	Inyección, aflibercept, 1 mg
J0179	Inyección, brolucizumab-dbl, 1 mg
J0177	Inyección, aflibercept hd, 1 mg
J2777	Inyección, faricimab-svoa, 0.1 mg
J2778	Inyección, ranibizumab, 0.1 mg
Q5124	Inyección, ranibizumab-nuna, biosimilar (Byooviz), 0.1 mg
Q5128	Inyección, ranibizumab-eqrn (Cimerli), biosimilar, 0.1 mg

Medicamentos con paclitaxel

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J9267	Inyección, paclitaxel, 1 mg
No preferidos	
J9259	Inyección, partículas de paclitaxel protein-bound (American Regent) no equivalente desde el punto de vista terapéutico al J9264, 1 mg
J9264	Inyección, partículas de paclitaxel protein-bound, 1 mg

Rituximab

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
Q5115	Inyección, rituximab-abbs, biosimilar (Truxima), 10 mg
Q5119	Inyección, rituximab-pvvr, biosimilar (Ruxience), 10 mg
Q5123	Inyección, rituximab-arrx, biosimilar (Riabni), 10 mg
No preferidos	
J9311	Inyección, rituximab 10 mg y hyaluronidase
J9312	Inyección, rituximab, 10 mg

Análogos de la somatostatina De acción prolongada

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1930	Inyección, lanreotide, 1 mg

Código HCPCS	Descripción
No preferidos	
J1932	Inyección, lanreotide (Cipla), 1 mg
J2353	Inyección, octreotide depot, 1 mg

Lupus sistémico eritematoso (LSE) Lupus

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J0490	Inyección, belimumab, 10 mg
No preferidos	
J0491	Inyección, anifrolumab-fnia, 1 mg

Testosterona Inyectable

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J1071	Inyección, testosterone cypionate, 1 mg
J3121	Inyección, testosterone enanthate, 1 mg
No preferidos	
J3145	Inyección, testosterone undecanoate, 1 mg
J3490	Medicamentos no clasificados, Testopel
J3490	Medicamentos no clasificados, Xyosted

Trastuzumab

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
Q5114	Inyección, trastuzumab-dkst, biosimilar (Ogivri), 10 mg
Q5116	Inyección, trastuzumab-qyyp, biosimilar (Trazimera), 10 mg
Q5117	Inyección, trastuzumab-anns, biosimilar (Kanjinti), 10 mg
No preferidos	
J9355	Inyección, trastuzumab, no incluye los productos biosimilares, 10 mg
J9356	Inyección, trastuzumab, 10 mg y hyaluronidase-oysk

Código HCPCS	Descripción
Q5I12	Inyección, trastuzumab-dttb, biosimilar (Ontruzant), 10 mg
Q5I13	Inyección, trastuzumab-pkrb, biosimilar (Herzuma), 10 mg

Viscosuplementos

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
J7324	Hyaluronan o derivado, Orthovisc, para inyección intraarticular, por dosis
J7325	Hyaluronan o derivado, Synvisc o Synvisc-One, para inyección intraarticular, 1 mg
J7327	Hyaluronan o derivado, Monovisc, para inyección intraarticular, por dosis
No preferidos	
J7318	Hyaluronan o derivado, Durolane, para inyección intraarticular, 1 mg
J7320	Hyaluronan o derivado, GenVisc 850, para inyección intraarticular, 1 mg
J7321	Hyaluronan o derivado, Hyalgan, Supartz o Visco-3, para inyección intraarticular, por dosis
J7322	Hyaluronan o derivado, Hymovis, para inyección intraarticular, 1 mg
J7323	Hyaluronan o derivado, Euflexxa, para inyección intraarticular, por dosis
J7326	Hyaluronan o derivado, Gel-One, para inyección intraarticular, por dosis
J7328	Hyaluronan o derivado, Gel-Syn, para inyección intraarticular, 0.1 mg
J7329	Hyaluronan o derivado, TriVisc, para inyección intraarticular, 1 mg
J7331	Hyaluronan o derivado, Synjoynnt, para inyección intraarticular, 1 mg
J7332	Hyaluronan o derivado, Triluron, para inyección intraarticular, 1 mg

Para las siguiente clases, es posible que los medicamentos preferidos estén cubiertos por el beneficio de la Parte D (farmacia):

Inhibidores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina**

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
N/D	Medicamento preferido de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de UM de la Parte D)
No preferidos	
J3032	Inyección, eptinezumab-jjmr, 1 mg

Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9)**

Código HCPCS	Descripción
Preferidos	
N/D	Medicamento preferido de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de UM de la Parte D)
No preferidos	
J1306	Inyección, inclisiran, 1 mg

Referencias

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, National Government Services, Inc., políticas de cobertura aplicables de las determinaciones de cobertura nacional (NCD, por sus siglas en inglés), las determinaciones de cobertura local (LCD, por sus siglas en inglés) y los artículos de cobertura local (LCA, por sus siglas en inglés). Disponibles en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search.aspx>
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology® (NCCN Guidelines®). Disponibles en www.nccn.org

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de serotonina (inyectables) para oncología

- Aloxi®, inyección intravenosa [información de prescripción]. Iselin, NJ: Helsinn; abril de 2020.
- Ondansetron, inyección intramuscular o infusión intravenosa [información de prescripción]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; marzo de 2020.
- Granisetron, infusión intravenosa [información de prescripción]. Rockford, IL: Fresenius Kabi; diciembre de 2019.
- Sustol®, inyección subcutánea de liberación prolongada [información de prescripción]. Redwood City, CA: Heron; junio de 2023.
- Hesketh PJ, Kris MG, Basch E y otros. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 20 de agosto de 2020; 38(24):2782-2797.
- Gan T, Belani K, Bergese S y otros. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2020; 131:411-448.

Antieméticos: Antagonistas de los receptores de sustancia P/neurocinina 1 (inyectables) para oncología

- Cinvanti™, infusión intravenosa [información de prescripción]. San Diego, CA: Heron; septiembre de 2023.
- Emend®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Whitehouse Station, NJ: Merck; mayo de 2022.
- Akynzeo®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Iselin, NJ: Helsinn; febrero de 2023.

Bevacizumab (oncología)

- Avastin®, infusión intravenosa [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; diciembre de 2020.
- Mvasi®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; noviembre de 2021.
- Zivabev™, infusión intravenosa [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; febrero de 2021.
- Alymsys®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Bridgewater, NJ: Amneal; abril de 2022.
- Vegzelma™, infusión intravenosa [información de prescripción]. Incheon, República de Corea: Celltrion; septiembre de 2022.
- Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P y otros; investigadores del estudio AVOREN. Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of meta static renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial. Lancet. 2007;370:2103-2111.
- Rini BI, Halabi S, Rosenberg JE y otros. Phase III trial of bevacizumab plus interferon alfa versus interferon alfa monotherapy in patients with metastatic renal cell carcinoma: final results of CALGB 90206. J Clin Oncol. 2010;28:2137-2143.
- Ray-Coguard IL, Domont J, Tresch-Bruneel E y otros. Paclitaxel given once per week with or without bevacizumab in patients with advanced angiosarcoma: A randomized Phase II trial. J Clin Oncol. 2015;33:2797-2802.
- Agulnik M, Yarber JL, Okuno SH y otros. An open-label, multicenter, phase II study of bevacizumab for the treatment of angiosarcoma and epithelioid hemangioendotheliomas. Ann Oncol. 2013;24:257-263.
- Park MS, Patel SR, Ludwig JA y otros. Activity of temozolomide and bevacizumab in the treatment of locally advanced, recurrent, and metastatic hemangiopericytoma and malignant solitary fibrous tumor. Cancer. 2011;117:4939-4947.
- Grill J, Massimino M, Boufett E y otros. Phase II, open-label, randomized, multicenter trial (HERBY) of bevacizumab in pediatric patients with newly diagnosed high-grade glioma. J Clin Oncol. 2018;36:951-958.
- Gulhati P, Raghav K, Schroff RT y otros. Bevacizumab combined with capecitabine and oxaliplatin in patients with advanced adenocarcinoma of the small bowel or Ampulla of Vater: A single-center, open-label, phase 2 study. Cancer. 2017;123:1011-1017.
- Raghav K, Liu S, Overman MJ y otros. Efficacy, safety, and biomarker analysis of combined PD-L1 (atezolizumab) and VEGF (bevacizumab) blockage in advanced malignant peritoneal mesothelioma. Cancer Discov. 2021;11:2738-2747.
- Ceresoli GL, Zucali PA, Mencoboni M y otros. Phase II study of pemetrexed and carboplatin plus bevacizumab as first-line therapy in malignant pleural mesothelioma. Br J Cancer. 2013;109:552-558.
- Aghajanian C, Sill MW, Darcy KM y otros. Phase II trial of bevacizumab in recurrent or persistent endometrial cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol. 2011;29:2259-2265.
- Rubinstein M, Dickinson S, Narayan P y otros. Bevacizumab in advanced endometrial cancer. Gynecol Oncol. 2021;161:720-726.

Toxinas botulínicas

- Botox®, inyección [información de prescripción]. Madison, NJ: Allergan; agosto de 2022.
- Daxxify®, inyección [información de prescripción]. Newark, CA: Revance; agosto de 2023.

3. Dysport[®], inyección [información de prescripción]. Cambridge, MA y Fort Worth, TX: Ipsen/Galderma; julio de 2020.
4. Myobloc[®], inyección [información de prescripción]. San Francisco, CA: Solstice Neurosciences; septiembre de 2020.
5. Xeomin[®], inyección [información de prescripción]. Raleigh, NC: Merz; agosto de 2021.
6. Micromedex[®]. IBM Corporation. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com> Fecha de acceso: 9 de enero de 2023. Términos de la búsqueda: Botox.
7. Micromedex[®]. IBM Corporation. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com> Fecha de acceso: 9 de octubre de 2023. Términos de la búsqueda: Dysport.
8. Bhidayasiri R, Truong DD. Expanding use of botulinum toxin. *J Neurol Sci.* 2005;235(1-2):1-9.
9. American Headache Society. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache.* 2019;59:1-18.
10. Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH y otros. ACG Clinical Guidelines: diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol.* 2020 Sep;115(9):1393-1411.
11. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B y otros. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. *Am J Gastroenterol.* 2021 Oct 1;116(10):1987-2008.
12. Lang AM. Botulinum toxin type A therapy in chronic pain disorders. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(3 Suppl 1):S69-73.
13. von Lindern JJ, Niederhagen B, Berge S, Appel T. Type A botulinum toxin in the treatment of chronic facial pain associated with masticatory hyperactivity. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(7):774-778.
14. Borodic GE, Acquadro MA. The use of botulinum toxin for the treatment of chronic facial pain. *J Pain.* 2002;3(1)21-27.
15. Freund B, Schwartz M, Symington JM. Botulinum toxin: new treatment for temporomandibular disorders. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(5):466-471.
16. Foster L, Clapp L, Erickson M, Jabbari B. Botulinum toxin A and chronic low back pain: a randomized, double-blind study. *Neurology.* 2001;56:1290-1293.
17. Jabbari B, Ney J, Sichani A y otros. Treatment of refractory, chronic low back pain with botulinum neurotoxin A: an open-label, pilot study.
18. Simpson DM, Blitzer A, Brashear A y otros. Assessment: botulinum neurotoxin for the treatment of movement disorders (an evidence-based review): Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2008;70:1699-1706.
19. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR y otros. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngology – Head and Neck Surgery.* 2018; Suplemento:1-42.
20. Zesiewicz TA, Elble R, Louis ED y otros. Evidence-based guideline update: Treatment of essential tremor: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2011;77:1752-1755.
21. International Hyperhidrosis Society. Primary focal craniofacial and gustatory hyperhidrosis (Frey's Syndrome). Fecha de actualización: 15 de enero de 2012. Disponible en: <https://sweathelp.org/treatments-hcp/clinical-guidelines/primary-focal-hyperhidrosis/primary-focal-facial-and-gustatory.html>. Fecha de acceso: 9 de enero de 2023.
22. Naumann M, So Y, Argoff CE y otros. Assessment: botulinum neurotoxin in the treatment of autonomic disorders and pain (an evidence-based review) [RETIRADO]. Report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2008;70(19):1707-1714.
23. Cheng CM, Chen JS, Patel RP. Unlabeled uses of botulinum toxins: A review, part I. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63(2): 145-152.
24. Lowe N, Campanati A, Bodokh I y otros. The place of botulinum toxin type A in the treatment of focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol.* 2004;151(6):1115-1122.
25. Porta M, Maggioni G. Botulinum toxin (BoNT) and back pain. *J Neurol.* 2004;251 (Supl. 1):1/15-1/18.
26. Porta M. A comparative trial of botulinum toxin type A and methylprednisolone for the treatment of myofascial pain syndrome and pain from chronic muscle spasm. *Pain.* 2000;85:101-105.
27. Qerama E, Fuglsang-Frederiksen, Kasch H y otros. A double-blind, controlled study of botulinum toxin A in chronic myofascial pain. *Neurology.* 2006;67(2):241-245.
28. Ruiz MF, Moreno M, Sanchez-Garrido CM y otros. Botulinum treatment of infantile esotropia with abduction nystagmus. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2000;37:196-205.
29. Repka MX, Savino PJ, Reinecke RD. Treatment of acquired nystagmus with botulinum neurotoxin A. *Arch Ophthalmol.* 1994;112(10):1320-1324.
30. Leigh RJ, Tomsak RL, Grant MP y otros. Effectiveness of botulinum toxin administered to abolish acquired nystagmus. *Ann Neurol.* 1992;32(5):633-642.
31. Kao LY, Chao AN. Subtenon injection of botulinum toxin for treatment of traumatic sixth nerve palsy. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2003;40(1):27-30.
32. Hung HL, Kao LY, Sun MH. Botulinum toxin treatment for acute traumatic complete sixth nerve palsy. *Eye.* 2005;19(3):337-341. 30. Elizondo-Rodríguez J, Araujo-Lopez Y, Moreno-Gonzalez JA y otros. A comparison of botulinum toxin A and intralesional steroids for the treatment of plantar fasciitis: a randomized, double-blinded study. *Foot Ankle Int.* 2013;34(1):8-14.
33. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR y otros. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical practice guideline – revisión de 2010. *J Foot Ankle Surg.* 2010;49:SI-S19.
34. Lakraja AA, Moghimi N, Jabbari B. Sialorrhea: anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxin. *Toxins.* 2013;5:1010-1031.
35. Simpson DM, Hallett M, Ashman EJ y otros. Practice guideline update summary: botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2016;86:1818-1826.
36. Clinical Pharmacology [base de datos en línea]. Tampa, FL: Elsevier, Inc.; 2022. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/>. Fecha de acceso: 9 de enero de 2023. Términos de la búsqueda: Botox.
37. Walker TJ, Dayan SH. Comparison and overview of currently available neurotoxins. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014;7(2):31-39.
38. Scaglione F. Conversion ratio between Botox[®], Dysport[®], and Xeomin[®] in clinical practice. *Toxins (Basel).* 2016;8(3):65.
39. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA y otros. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(1):18-38.

40. Ailani J, Burch RC, Robbins MS, en nombre de la Junta Directiva de American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2021;00:1-19. 41. Micromedex. Merative LP. Disponible en: <https://www.micromedexsolutions.com/>. Fecha de acceso: 7 de agosto de 2023. Términos de la búsqueda: lisinopril, verapamil. 42. *Clinical Pharmacology*. ClinicalKey. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/>. Fecha de acceso: 7 de agosto de 2023. Términos de la búsqueda: lisinopril, verapamil.
41. Brisinda G, Bentivoglio AR, Maria G y otros. Treatment with botulinum neurotoxin of gastrointestinal smooth muscles and sphincters spasms. *Mov Disord*. 2004;19 (Supl. 8):S146-S156.
42. FriedenberG F, Gollamudi S, Parkman HP. The use of botulinum toxin for the treatment of gastrointestinal motility disorders. *Dig Dis Sci*. 2004;49(2):165-175.
43. Bansal C, Omlin KJ, Hayes CM y otros. Novel cutaneous uses for botulinum toxin type A. *J Cosmet Dermatol*. 2006;5(3):268-272.
44. Truong D, Comella C, Fernandez HH y otros; Dysport Benign Essential Blepharospasm Study Group. Efficacy and safety of purified botulinum toxin type A (Dysport) for the treatment of benign essential blepharospasm: a randomized, placebo-controlled, phase II trial. *Parkinsonism Relat Disord*. 2008;14(5):407-414.
45. Kollewe K, Mohammadi B, Köhler S y otros. Blepharospasm: long-term treatment with either Botox®, Xeomin® or Dysport®. *J Neural Transm*. 2015;122(3):427-431.
46. Tan EK. Botulinum toxin treatment of sialorrhoea: comparing different therapeutic preparations. *Eur J Neurol*. 2006;13 (Supl. 1):60-64.
47. Sheffield JK, Jakovic J. Botulinum toxin in the treatment of tremors, dystonias, sialorrhoea and other symptoms associated with Parkinson's disease. *Expert Rev Neurotherapeutics*. 2007;7(6):637-647.
48. *Clinical Pharmacology* [base de datos en línea]. Tampa, FL: Elsevier, Inc.; 2022. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/>. Fecha de acceso: 9 de octubre de 2023. Términos de la búsqueda: Dysport.

Factores estimulantes de colonias de acción rápida

1. Neupogen®, inyección intravenosa o subcutánea [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; abril de 2021.
2. Zarxio™, inyección intravenosa o subcutánea [información de prescripción]. Princeton, NJ: Sandoz; marzo de 2021.
3. Nivestym™, inyección intravenosa o subcutánea [información de prescripción]. Lake Zurich, IL: Hospira/Pfizer; agosto de 2023.
4. Releuko®, inyección intravenosa o intravenosa [información de prescripción]. Bridgewater, NJ: Amneal; abril de 2022.
5. Granix®, inyección subcutánea [información de prescripción]. North Wales, PA: Teva; abril de 2020.
6. Smith TJ, Bohlke K, Lyman GH, Carson KR y otros. Recommendations for the use of WBC growth factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2015;33(28):3199-3212.
7. Kuritzkes DR, Parenti D, Ward DJ y otros, y el grupo del estudio G-CSF 930101. Filgrastim prevents severe neutropenia and reduces infective morbidity in patients with advanced HIV infection: Results of a randomized, multicenter controlled trial. *AIDS*. 1998;12:65-71.
8. Hermans P, Rozenbaum W, Joy A y otros, y el grupo del estudio G-CSF 92105. Filgrastim to treat neutropenia and support myelosuppressive medication dosing in HIV infection. *AIDS*. 1996;10:1627-1633.
9. Kuritzkes DR. Neutropenia, neutrophil dysfunction, and bacterial infection in patients with human immunodeficiency virus disease: The role of granulocyte colony-stimulating factor. *Clin Infect Dis*. 2000;30:256-260.
10. Mitsuyasu R. Prevention of bacterial infections in patients with advanced HIV infection. *AIDS*. 1999;13 (Supl. 2):S19-S23.
11. Tesfa D, Keisu M, Palblad J. Idiosyncratic drug-induced agranulocytosis: Possible mechanism and management. *Am J Hematol*. 2009;84:428-434.
12. Andersohn F, Konzen C, Garbe E. Systematic review: Agranulocytosis
13. Beaushesne MF, Shalansky SJ. Nonchemotherapy drug-induced agranulocytosis: A review of 118 patients treated with colony-stimulating factors. *Pharmacother*. 1999;19(3):299-305.
14. Bhatt V, Saleem A. Review: Drug-induced neutropenia-pathophysiology, clinical features, and management. *Ann Clin Lab Sci*. 2004;34(2):131-136.
15. Curtis BR. Drug-induced immune neutropenia/agranulocytosis. *Immunoematology*. 2014;30(2):95-101.
16. Andres E, Mourot-Cottet R. Non-chemotherapy drug-induced neutropenia – an update. *Expert Opin Drug Saf*. 2017;16(11):1235-1242.
17. Andres E, Mourot-Cottet R, Maloisel F y otros. Idiosyncratic drug-induced neutropenia and agranulocytosis. *QJM*. Mayo de 2017;110(5):299-305.

Factores estimulantes de colonias de acción prolongada

1. Neulasta®, inyección subcutánea [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; marzo de 2021.
2. Fulphila®, inyección subcutánea [información de prescripción]. Rockford, IL: Mylan; julio de 2023.
3. Udenyca™, inyección subcutánea [información de prescripción]. Redwood City, CA: Coherus; marzo de 2023.
4. Ziextenzo™, inyección subcutánea [información de prescripción]. Princeton, NJ: Sandoz; diciembre de 2022.
5. Nyvepria™, inyección subcutánea [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; junio de 2023.
6. Fylmetra®, inyección subcutánea [información de prescripción]. Bridgewater, NJ: Amneal; mayo de 2022.
7. Stimufend®, inyección subcutánea [información de prescripción]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; septiembre de 2022.
8. Rolvedon™, inyección subcutánea [información de prescripción]. Irvine, CA: Spectrum; junio de 2023.
9. Smith TJ, Bohlke K, Lyman GH, Carson KR y otros. Recommendations for the use of WBC growth factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2015;33(28):3199-3212.
10. IJakob A, Hirsch FW, Engelhardt M. Successful treatment of a patient with myelodysplastic syndrome (RAEB) with darbepoetin alfa in combination with pegfilgrastim. *Ann Hematol*. 2005;84(10):694-695.

Inmunoglobulinas IV

1. Bivigam®, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Boca Raton, FL: ADMA Biologics; diciembre de 2022.
2. Flebogamma® DIF, solución intravenosa al 5% [información de prescripción]. Los Angeles, CA: Grifols; septiembre de 2019.
3. Flebogamma DIF, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Los Angeles, CA: Grifols; septiembre de 2019.
4. Gammagard® Liquid, solución al 10% [información de prescripción]. Lexington, MA: Takeda; enero de 2024.
5. Gammagard® S/D, IgA < 1 mcg/mL en una solución intravenosa al 5% [información de prescripción]. Lexington, MA: Takeda; marzo de 2023.

6. Gammaked™, solución al 10% [información de prescripción]. Fort Lee, NJ: Kedrion; enero de 2020.
7. Gammaplex®, solución intravenosa al 5% [información de prescripción]. Durham, NC: BLP; noviembre de 2021.
8. Gammaplex, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Durham, NC: BLP; noviembre de 2021.
9. Gamunex®-C, solución al 10% [información de prescripción]. Los Angeles, CA: Grifols; enero de 2020.
10. Octagam®, solución intravenosa al 5% [información de prescripción]. Paramus, NJ: Octapharma; abril de 2022.
11. Octagam®, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Paramus, NJ: Octapharma; abril de 2022.
12. Privigen®, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Kankakee, IL: CSL Behring; marzo de 2022.
13. Panzyga, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; febrero de 2021.
14. Asceniv, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Boca Raton, FL: ADMA Biologics; abril de 2019.
15. Alyglo™, solución intravenosa al 10% [información de prescripción]. Teaneck, NJ: GC Biopharma; diciembre de 2023.
16. Perez EE, Orange JS, Bonilla F y otros. Update on the use of immunoglobulin in human disease: A review of evidence. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(3S):S1-S46

Inmunoglobulinas SC

- I. Gammagard® Liquid al 10% [información de prescripción]. Lexington, MA: Takeda; enero de 2024.
2. Gammaked™, solución al 10% [información de prescripción]. Fort Lee, NJ: Kedrion; enero de 2020.
3. Gamunex®-C, solución al 10% [información de prescripción]. Research Triangle Park, NC: Grifols; enero de 2020.
4. Hizentra®, solución subcutánea al 20% [información de prescripción]. Kankakee, IL: CSL Behring; abril de 2023.
5. HyQvia® 10% subcutaneous solution with recombinant human hyaluronidase [información de prescripción]. Lexington, MA: Takeda; enero de 2024.
6. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2013;62:1-34.
7. Xembify®, solución subcutánea al 20% [información de prescripción]. Research Triangle Park, NC: Grifols; agosto de 2020.
8. Cuvitru™, solución subcutánea al 20% [información de prescripción]. Lexington, MA: Takeda; marzo de 2023.
9. Cutaquig®, solución subcutánea al 16.5% [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; noviembre de 2021.
10. Perez EE, Orange JS, Bonilla F y otros. Update on the use of immunoglobulin in human disease: A review of evidence. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(3S):S1-S46.
11. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK y otros. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136:1186-1205.

Inmunomoduladores

1. Remicade®, inyección [información de prescripción]. Horsham, PA: Janssen Biotech; junio de 2018.
2. Inflectra™, inyección para uso IV [información de prescripción]. Lake Zurich, IL: Hospira/Pfizer; abril de 2016.
3. Renflexis, inyección para uso IV [información de prescripción]. Whitehouse Station, NJ: Samsung Bioepis/Merck; abril de 2017.
4. Avsola [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; diciembre de 2019.
5. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL y otros. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(4):481-517.
6. Feuerstein JD, Ho EY, Shmidt E y otros. AGA clinical practice guidelines on the medical management of moderate to severe luminal and perianal fistulizing Crohn's disease. *Gastroenterology.* 2021;160(7):2496-2508.
7. Menter A, Strober BE, Kaplan DH y otros. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(4):1029-1072.
8. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A y otros. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the treatment of psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2019;71(1):2-29.
9. Fraenkel L, Bathon JM, England BR y otros. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(7):1108-1123.
10. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS y otros. 2019 update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2019;10:1599-1613.
11. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA y otros. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(3):384-413.
12. Pardi DS, D'Haens G, Shen B y otros. Clinical guidelines for the management of pouchitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(9):1424-1431.
13. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y y otros. AGA clinical practice guidelines on the management of moderate to severe ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2020;158:1450-1461.
14. Hatemi G, Christensen R, Bang D y otros. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(6):808-818.
15. Levy-Clarke G, Jabs DA, Read RW y otros. Expert panel recommendations for the use of anti-tumor necrosis factor biologic agents in patients with ocular inflammatory disorders. *Ophthalmology.* 2014;121(3):785-796.
16. Grant A, Gonzalez T, Montgomery MO y otros. Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(2):205-217.
17. Sullivan TP, Welsh E, Kerdel FA y otros. Infliximab for hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol.* 2003;149:1046-1049.
18. Fardet L, Dupuy A, Kerob D y otros. Infliximab for severe hidradenitis suppurativa: transient clinical efficacy in 7 consecutive patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:624-628.
19. Haslund P, Lee RA, Jemec GB. Treatment of hidradenitis suppurativa with tumour necrosis factor-alpha inhibitors. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(6):595-600.
20. Papadakis KA, Treyzon L, Abreu MT y otros. Infliximab in the treatment of medically refractory indeterminate colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:741-747.

21. Gornet JM, Couve S, Hassani Z y otros. Infliximab for refractory ulcerative colitis or indeterminate colitis: an open-label multicentre study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:175-181.
22. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T y otros. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: therapeutic approaches for non-systemic polyarthritis, sacroiliitis, and enthesitis. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(6):846-863.
23. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T y otros. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Rheum.* 2013;65(10):2499-2512.
24. Dabade TS, Davis MD. Diagnosis and treatment of the neutrophilic dermatoses (pyoderma gangrenosum, Sweet's syndrome). *Dermatol Ther.* 2011;24(2):273-284.
25. Baughman RP, Valeyre D, Korsten P y otros. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J.* 2021;58(6):2004079.
26. Riera E, Olivé A, Narváez J y otros. Adult onset Still's disease: review of 41 cases. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29(2):331-336.
27. Pouchot J, Arlet JB. Biological treatment in adult-onset Still's disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(4):477-487.
28. Kontzias A, Efthimiou P. Adult-onset Still's disease: pathogenesis, clinical manifestations and therapeutic advances. *Drugs.* 2008;68:319-337.
29. Dastmalchi, M, Grundtman, C, Alexanderson, H y otros. A high incidence of disease flares in an open pilot study of infliximab in patients with refractory inflammatory myopathies. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:1670-1677.
30. Hellmich B, Agueda A, Monti S y otros. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(1):19-30.
31. Onel KB, Horton DB, Lovell DJ y otros. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: therapeutic approaches for oligoarthritis, temporomandibular joint arthritis, and systemic juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheumatol.* Abril de 2022;74(4):553-569.

Hierro intravenoso

1. Injestafer[®], infusión o inyección intravenosa [información de prescripción]. Shirley, NY: American Regent; mayo de 2023.
2. Venofer[®], infusión o inyección intravenosa [información de prescripción]. Shirley, NY: American Regent; julio de 2022.
3. Feraheme[®], infusión intravenosa [información de prescripción]. Waltham, MA: AMAG Pharmaceuticals; junio de 2022.
4. Monoferric[®], infusión intravenosa [información de prescripción]. Morristown, NJ: Pharmacosmos Therapeutics; agosto de 2022.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2012;2 (Supl.):279-335.
6. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B y otros. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(6):776-803

Trastornos oftálmicos Inhibidores intravítreos del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV)

1. Beovu[®], inyección subcutánea [información de prescripción]. Hanover, NJ: Novartis; diciembre de 2022.
2. Eylea[®], inyección intravítrea [información de prescripción]. Tarrytown, NY: Regeneron; febrero de 2023.
3. Lucentis[®], inyección intravítrea [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; octubre de 2020.
4. Byooviz[™], inyección intravítrea [información de prescripción]. Cambridge, MA: Biogen; junio de 2023.
5. Vabysmo[™], inyección intravítrea [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; enero de 2023.
6. Cimerli[™], inyección intravítrea [información de prescripción]. Redwood City, CA: Coherus; noviembre de 2022.
7. Eylea[™], inyección intravítrea [información de prescripción]. Tarrytown, NY: Regeneron; agosto de 2023.
8. American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern[®] Guidelines. Age-related macular degeneration. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2019. Disponible en: <https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/age-related-macular-degeneration-ppp>. Fecha de acceso: 21 de julio de 2023.
9. American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern[®] Guidelines. Diabetic retinopathy. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2019. Disponible en: <https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/diabetic-retinopathy-ppp>. Fecha de acceso: 21 de julio de 2023.
10. Barakat MR, Kaiser PK. VEGF inhibitors for the treatment of neovascular age-related macular degeneration. *Expert Opin Investig Drugs.* 2009;18(5):637-646.
11. Tolentino M. Systemic and ocular safety of intravitreal anti-VEGF therapies for ocular neovascular disease. *Surv Ophthalmol.* 2011;56(2):95-113.
12. Kinnunen K, Ylä-Herttua S. Vascular endothelial growth factors in retinal and choroidal neovascular diseases. *Ann Med.* 2012;44(1):1-17.
13. Horsley MB, Kahook MY. Anti-VEGF therapy for glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol.* 2010;21(2):112-117.

Medicamentos con paclitaxel

1. Paclitaxel, infusión intravenosa [información de prescripción]. Lake Zurich, IL: Hospira; abril de 2021.
2. Abraxane[®], infusión intravenosa [información de prescripción]. Summit, NJ: Celgene; agosto de 2020.
3. Shroff RT, Javle MM, Xiao L y otros. Gemcitabine, cisplatin, and nab-paclitaxel for the treatment of advanced biliary tract cancers. A phase 2 clinical trial. *JAMA Oncol.* 2019;5:824-830.
4. Sahai V, Catalano PJ, Zalupski MM y otros. Nab-paclitaxel and gemcitabine as first-line treatment of advanced or metastatic cholangiocarcinoma. A Phase 2 clinical trial. *JAMA Oncol.* 2018;4:1707-1712.
5. Alberts DS, Blessing JA, Landrum LM y otros. Phase II trial of nab-paclitaxel in the treatment of recurrent or persistent advanced cervical cancer: A gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol.* 2012;127:451-455.

Rituximab

1. Rituxan [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; diciembre de 2021.
2. Ruxience [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; noviembre de 2021.
3. Truxima [información de prescripción]. North Wales, PA: Teva/Celltrion; abril de 2023.

4. Rituxan Hycela™, inyección para uso SC [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Biogen y Genentech/Roche; junio de 2021.
5. Riabni [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; junio de 2022.
6. Chung SA, Langford CA, Maz M y otros. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheumatol.* 8 de julio de 2021. [Publicado en línea antes de su impresión].
7. Tieu J, Smith R, Basu N y otros. Rituximab for maintenance of remission in ANCA-associated vasculitis: expert consensus guidelines. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(4):e24-e32.
8. Fraenkel L, Bathon JM, England BR y otros. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(7):1108-1123.
9. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM y otros. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(23):3829-3866.
10. A Consensus Paper by the Multiple Sclerosis Coalition. The use of disease-modifying therapies in multiple sclerosis. Fecha de actualización: junio de 2019. Disponible en: http://ms-coalition.org/wp-content/uploads/2019/06/MS_CDMTPaper_062019.pdf. Fecha de acceso: 18 de julio de 2023.
11. Rae-Grant A, Day GS, Marrie RA y otros. Practice guideline recommendations summary: disease-modifying therapies for adults with multiple sclerosis. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90:777-788. 20. Siegel Rare Neuroimmune Association. Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders. Disponible en: About_NMOSD_2018.pdf (wearesna.org). Fecha de acceso: 18 de julio de 2023.
12. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A y otros. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):736-745.
13. Harman KE, Brown D, Exton LS y otros. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. *Br J Dermatol.* 2017;177(5):1170-1201.
14. Clinical Pharmacology [base de datos en línea]. Tampa, FL: Elsevier, Inc.; 2022. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/>. Fecha de acceso: 10 de octubre de 2022. Términos de la búsqueda: Rituximab. 31. Micromedex®. IBM Corporation. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com> Fecha de acceso: 10 de octubre de 2021. Términos de la búsqueda: Rituximab.
15. Kasperkiewicz M, Shimanovich I, Ludwig RJ, Rose C, Zillikens D, Schmidt E. RITUXIMAB for treatment-refractory pemphigus and pemphigoid: a case series of 17 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65(3):552-558.
16. Lourari S, Herve C, Doffoel-Hantz V y otros. Bullous and mucous membrane pemphigoid show a mixed response to RITUXIMAB: experience in seven patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(10):1238-1240.
17. Levine TD. RITUXIMAB in the treatment of dermatomyositis: an open-label pilot study. *Arthritis Rheum.* 2005;52(2):601-607.
18. Unger L, Kampf S, Luthke K, Aringer M. RITUXIMAB therapy in patients with refractory dermatomyositis or polymyositis: differential effects in a real-life population. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(9):1630-1638.
19. de Souza FHC, Miossi R, de Moraes JCB, Bonfa E, Shinjo SK. Favorable RITUXIMAB response in patients with refractory idiopathic inflammatory myopathies. *Adv Rheumatol.* 2018;58(1):31.
20. Barsotti S, Cioffi E, Tripoli A y otros. The use of RITUXIMAB in idiopathic inflammatory myopathies: description of a monocentric cohort and review of the literature. *Reumatismo.* 2018;70(2):78-84.
21. Ebbo M, Grados A, Samson M y otros. Long-term efficacy and safety of RITUXIMAB in IgG4-related disease: Data from a French nationwide study of thirty-three patients. *PLoS One.* 2017;12(9):e0183844.
22. Khosroshahi A, Carruthers MN, Deshpande V, Unizony S, Bloch DB, Stone JH. RITUXIMAB for the treatment of IgG4-related disease: lessons from 10 consecutive patients. *Medicine (Baltimore)*. 2012;91(1):57-66.
23. Colvin MM, Cook JL, Chang P y otros. Antibody-mediated rejection in cardiac transplantation: emerging knowledge in diagnosis and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131(18):1608-1639.
24. Vo AA, Lukovsky M, Toyoda M y otros. RITUXIMAB and intravenous immune globulin for desensitization during renal transplantation. *N Engl J Med.* 2008;359(3):242-251.
25. Zwicker JJ, Muia J, Dolatshahi L y otros. Adjuvant low-dose rituximab and plasma exchange for acquired TTP. *Blood.* 2019; 134(13): 1106-1109.
26. Remuzzi G, Chiurciu C, Abbate M y otros. Rituximab for idiopathic membranous nephropathy. *Lancet.* 2002;360(9337):923-4.
27. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Kidney Int.* Octubre de 2021;100(4S):S1-S276.
28. Schneider B, Naidoo J, Santomaso B y otros. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2021;39(36):4073-4126.

Análogos de la somatostatina de acción prolongada

1. Somatuline® Depot, inyección [información de prescripción]. Basking Ridge, NJ: Ipsen; febrero de 2023.
2. Lanreotide, inyección subcutánea [información de prescripción]. Warren, NJ: Cipla; diciembre de 2021.
3. Sandostatin® LAR Depot, inyección intramuscular [información de prescripción]. East Hanover, NJ: Novartis; julio de 2023.
4. Strosberg JR, Halfdanarson TR, Bellizzi AR y otros. The North American Neuroendocrine Tumor Society consensus guidelines for surveillance and medical management of midgut neuroendocrine Tumors. *Pancreas.* 2017;46(6):707-714.

Lupus sistémico eritematoso (LSE) Lupus

1. Benlysta®, inyección [información de prescripción]. Rockville, MD: Human Genome Sciences/GlaxoSmithKline; febrero de 2023.
2. Saphnelo®, inyección [información de prescripción]. Wilmington, DE: AstraZeneca; septiembre de 2022.
3. Hahn BH, McMahon MA, Wilkinson A y otros. American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(6):797-808.
4. Rovin BH, Adler SG, Barratt J y otros. Executive summary of the KDIGO 2021 guideline for the management of glomerular diseases. *Kidney Int.* 2021;100(4):753-779.
5. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A y otros. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):736-745.
6. Stöhl W, Merrill JT, McKay JD y otros. Efficacy and safety of belimumab in patients with rheumatoid arthritis: a phase II, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study. *J Rheumatol.* 2013;40(5):579-589.

Testosterona Inyectable

1. Depo® Testosterone [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; agosto de 2018.
2. Testosterone enanthate, inyección [información de prescripción]. Berkeley Heights, NJ: Hikma; enero de 2021.
3. Testopel® [información de prescripción]. Malvern, PA: Endo; agosto de 2018.
4. Aved™ [información de prescripción]. Malvern, PA: Endo; agosto de 2021.
5. Xyosted [información de prescripción]. Ewing, NJ: Antares; noviembre de 2019.
6. Lee M. Erectile Dysfunction. Urologic Disorders. En: Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC y otros, ed. Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach. 8.a ed. New York: McGraw Hill Medical; 2008: 1437-1454.
7. Mulhall JP, Trost LW, Brannigan RE y otros. Evaluation and Management of Testosterone Deficiency. American Urological Association. 2018. Disponible en: Testosterone Deficiency Guideline - American Urological Association (auanet.org). Fecha de acceso: 1 de septiembre de 2023.
8. Bhasin S, Brito JP, Cunningham GR y otros. Testosterone therapy in men with hypogonadism: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715-1744.
9. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L y otros. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017; 102(11):3869-3903.

Trastuzumab

1. Herceptin®, infusión intravenosa [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; febrero de 2021.
2. Herzuma®, infusión intravenosa [información de prescripción]. North Wales, PA: Teva; mayo de 2019.
3. Kanjinti®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; octubre de 2022.
4. Ogivri®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Steinhausen, Suiza: Mylan; julio de 2023.
5. Trazimera™, infusión intravenosa [información de prescripción]. New York, NY: Pfizer; noviembre de 2020.
6. Herceptin Hylecta™, inyección subcutánea [información de prescripción]. South San Francisco, CA: Genentech; febrero de 2019.
7. Ontruzant®, infusión intravenosa [información de prescripción]. Whitehouse Station, NJ: Merck; marzo de 2020.

Viscosuplementos

1. Durolane®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Durham, NC: Bioventus; sin fecha.
2. Euflexxa®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Parsippany, NJ: Ferring; julio de 2016.
3. Gel-One®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Warsaw, IN: Zimmer; mayo de 2011.
4. Gelsyn-3®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Durham, NC: Bioventus; 2016.
5. GenVisc® 850, inyección intraarticular [información de prescripción]. Doylestown, PA: OrthogenRx; sin fecha.
6. Hyalgan®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Parsippany, NJ: Fidia Pharma; mayo de 2014.
7. Hymovis®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Parsippany, NJ: Fidia Pharma; octubre de 2015/2021.
8. Monovisc®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Bedford, MA: DePuy Synthes; sin fecha.
9. Orthovisc®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Raynham, MA: DePuy Synthes; septiembre de 2014.
10. Sodium Hyaluronate 1%, inyección intraarticular [información de prescripción]. North Wales, PA: Teva; marzo de 2019.
11. Supartz® FX™, inyección intraarticular [información de prescripción]. Durham, NC: Bioventus; abril de 2015.
12. Synvisc®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Ridgefield, NJ: Genzyme; septiembre de 2014.
13. Synvisc-One®, inyección intraarticular [información de prescripción]. Ridgefield, NJ: Genzyme; septiembre de 2014.
14. Triluron, inyección intraarticular [información de prescripción]. Florham Park, NJ: Fidia Pharma; marzo de 2019.
15. Trivisc, inyección intraarticular [información de prescripción]. Doylestown, PA: OrthogenRx; sin fecha.
16. Visco-3, inyección intraarticular [información de prescripción]. Durham, NC: Bioventus; sin fecha.
17. SynoJoynt™, inyección [información de prescripción]. Naples, FL: Arthrex; 2022.
18. Kolasinski SH, Neogi T, Hochberg MC y otros. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res. 2019;72(2):149-162.
19. American Academy of Orthopaedic Surgeons Management of Osteoarthritis of the Knee (Non-Arthroplasty) Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Publicado el 31 de agosto de 2021. Disponible en: Osteoarthritis of the Knee - Clinical Practice Guideline (CPG) | American Academy of Orthopaedic Surgeons (aaos.org). Fecha de acceso: 21 de septiembre de 2023.
20. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE y otros. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578-1589.
21. Petrella RJ, Petrella MJ, Cogliano A. Periarticular hyaluronic acid in acute ankle sprain. Clin J Sport Med. 2007;17(4):251-257.
22. Petrella MJ, Cogliano A, Petrella RJ. Original research: long-term efficacy and safety of periarticular hyaluronic acid in acute ankle sprain. Phys Sportsmed. 2009;37(1):64-70.
23. Izquierdo R, Voloshin I, Edwards S y otros. Treatment of glenohumeral osteoarthritis. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(6):375-382.
24. Sun SF, Chou YJ, Hsu CW y otros. Efficacy of intra-articular hyaluronic acid in patients with osteoarthritis of the ankle: a prospective study. Osteoarthritis Cartilage. 2006;14(9):867-874.
25. Salk RS, Chang TJ, D'Costa WF y otros. Sodium hyaluronate in the treatment of osteoarthritis of the ankle: a controlled, randomized, double-blind, pilot study. J Bone Joint Surg Am. 2006;88(2):295-302.
26. Karatosun V, Unver B, Ozden A y otros. Intra-articular hyaluronic acid compared to exercise therapy in osteoarthritis of the ankle. A prospective randomized trial with long-term follow-up. Clin Exp Rheumatol. 2008;26(2):288-294.
27. Sun SF, Chou YJ, Hsu CW, Chen WL. Hyaluronic acid as a treatment for ankle osteoarthritis. Curr Rev Musculoskelet Med. 2009;2(2):78-82.
28. Cohen MM, Altman RD, Hollstrom R y otros. Safety and efficacy of intra-articular sodium hyaluronate (Hyalgan) in a randomized, double-blind study for osteoarthritis of the ankle. Foot Ankle Int. 2008;29(7):657-663.
29. Abate M, Pulcini D, Di Iorio A, Schiavone C. Viscosupplementation with intra-articular hyaluronic acid for treatment of osteoarthritis in the elderly. Curr Pharm Des. 2010;16(6):631-640.
30. DeGroot H 3rd, Uzunishvili S, Weir R y otros. Intra-articular injection of hyaluronic acid is not superior to saline solution injection for ankle arthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Bone Joint Surg Am. 2012;94(1):2-8.

31. Sun SF, Hsu CW, Sun HP y otros. The effect of three weekly intra-articular injections of hyaluronate on pain, function, and balance in patients with unilateral ankle arthritis. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93(18):1720-1726.
32. Tikiz C, Unlu Z, Sener A y otros. Comparison of the efficacy of lower and higher molecular weight viscosupplementation in the treatment of hip osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2005;24:244-250.
33. Migliore A, Tormenta S, Severino L y otros. The symptomatic effects of intra-articular administration of hylan G-F 20 on osteoarthritis of the hip: clinical data of 6 months follow-up. *Clin Rheumatol*. 2006;25(3):389-393.
34. Qvistgaard E, Christensen R, Torp-Pedersen S, Bliddal H. Intra-articular treatment of hip osteoarthritis: a randomized trial of hyaluronic acid, corticosteroid, and isotonic saline. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(2):163-170.
35. Caglar-Yagci H, Unsal S, Yagci I y otros. Safety and efficacy of ultra-sound guided intra-articular hylan G-F 20 injection in osteoarthritis of the hip: a pilot study. *Rheumatol Int*. 2005;25(5):341-344.
36. Conrozier T, Vignon E. Is there evidence to support the inclusion of viscosupplementation in the treatment paradigm for patients with hip osteoarthritis? *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5):711-716.
37. Van Den Bekerom MPJ. Viscosupplementation in symptomatic severe hip osteoarthritis: a review of the literature and report on 60 patients. *Acta Orthop Belg*. 2006;72:560-568.
38. Fernandez Lopez JC, Ruano-Ravina A. Efficacy and safety of intraarticular hyaluronic acid in the treatment of hip osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(12):1306-1311.
39. Richette P, Ravaud P, Conrozier T y otros. Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2009;60(3):824-830.
40. Hsieh LF, Hsu WC, Lin YJ y otros. Addition of intra-articular hyaluronate injection to physical therapy program produces no extra benefits in patients with adhesive capsulitis of the shoulder: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(6):957-964.
41. Penning LI, de Bie RA, Walenkamp GH. The effectiveness of injections of hyaluronic acid or corticosteroid in patients with subacromial impingement: a three-arm randomised controlled trial. *J Bone Joint Surg Br*. 2012;94(9):1246-1252.
42. Tang X, Pei FX, Zhou ZK y otros. A randomized, single-blind comparison of the efficacy and tolerability of hyaluronate acid and meloxicam in adult patients with Kashin-Beck disease of the knee. *Clin Rheumatol*. 2012;31(7):1079-1086.
43. Chau JY, Chan WL, Woo SB y otros. Hyaluronic acid instillation following arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction: a double-blinded, randomised controlled study. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2012;20(2):162-165.

Inhibidores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina**

- I. Vyepti[®], infusión intravenosa [información de prescripción]. Bothell, WA: Lundbeck; octubre de 2022.
2. Aimovig[®], inyección para uso subcutáneo [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; mayo de 2023.
3. Ajovy[®], inyección para uso subcutáneo [información de prescripción]. North Wales, PA: Teva; octubre de 2022.
4. Emgality[®], inyección para uso subcutáneo [información de prescripción]. Indianapolis, IN: Lilly; mayo de 2022
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 3.a edición. *Cephalalgia*. 2018;38:1-211.
6. MacGregor EA. En la clínica. Migraine. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):ITC49-ITC64.
7. Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and chronic migraine headache: breaking down barriers to optimal treatment and prevention. *Headache*. 2015;52:103-122.
8. American Headache Society. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2019;59:1-18.
9. Ailani J, Burch RC, Robbins MS, en nombre de la Junta Directiva de American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2021;00:1-19.
10. Ashina M, Saper J, Cady R y otros. Eptinezumab in episodic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study (PROMISE-1). *Cephalalgia*. 2020;40(3):241-254.
11. Datos de archivo. Eptinezumab-jjmr Pre-Approval Dossier, versión 1.7. Lundbeck, Inc.; Deerfield, IL; recibido el 2 de marzo de 2020.
12. Qulipta[®], comprimidos [información de prescripción]. Madison, NJ: AbbVie; abril de 2023.
13. Nurtec[®] ODT [información de prescripción]. New Haven, CT: Biohaven; abril de 2022.
14. Micromedex. Merative LP. Disponible en: <https://www.micromedexsolutions.com/>. Fecha de acceso: 7 de agosto de 2023. Términos de la búsqueda: lisinopril, verapamil.
15. Clinical Pharmacology. ClinicalKey. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/> Fecha de acceso: 7 de agosto de 2023. Términos de la búsqueda: lisinopril, verapamil.

Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9)**

1. Praluent[®], inyección subcutánea [información de prescripción]. Tarrytown, NY: Regeneron; abril de 2021.
2. Repatha[®], inyección subcutánea [información de prescripción]. Thousand Oaks, CA: Amgen; septiembre de 2021.
3. Leqvio[®], inyección subcutánea [información de prescripción]. East Hanover, NJ: Novartis; julio de 2023.
4. Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM y otros. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(14):1366-1418.
5. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH y otros. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl. 2):S1-S45.
6. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL y otros. AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;139:e1082-e1143.
7. Newman CB, Blaha MJ, Boord JB y otros. Lipid management in patients with endocrine disorders: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(12):3613-3682.
8. Jacobson TA, Ito MK, Maki KC y otros. National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: Parte I-informe completo. *J Clin Lipidol*. 2015;9:129-169.

9. Goldberg AC, Hopkins PN, Toth PP y otros. Familial hypercholesterolemia: screening, diagnosis and management of pediatric and adult patients. *J Clin Lipidol.* 2011;5:SI-S8.
10. Gidding SS, Champagne MA, de Ferranti SD y otros. The agenda for familial hypercholesterolemia. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;132(22):2167-2192.
11. Haase A, Goldberg AC. Identification of people with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Curr Opin Lipidol.* 2012;23:282-289.
12. Virani SS, Newby LK, Arnold SV y otros. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 14 de julio de 2023. [Publicado en línea antes de su impresión].

Historial de revisiones

Fecha	Resumen de cambios
1 de enero de 2025	<p>Criterios de cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevacizumab <i>oncología</i> <ul style="list-style-type: none"> > Almysys pasó de ser un medicamento no preferido a un medicamento preferido > Q5126 pasó de ser un medicamento no preferido a un medicamento preferido



Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.