

¿Tiene preguntas sobre la terapia escalonada?

HealthSpringSM tiene las respuestas.

¿Qué es la terapia escalonada?

La terapia escalonada es un proceso obligatorio que se aplica a ciertos medicamentos recetados de la Parte B.

¿Cómo funciona la terapia escalonada?

La terapia escalonada requiere que los asegurados primero prueben un medicamento preferido en lugar de medicamentos no preferidos que tratan el mismo problema de salud.

¿Qué sucede si el medicamento preferido es ineficaz?

Si se demuestra que el medicamento preferido es ineficaz o causa efectos secundarios negativos, es posible que se acepte el uso de un medicamento no preferido.

¿Qué sucede si el medicamento preferido se ha probado en el pasado?

Si se probó el medicamento preferido en los últimos 365 días, es posible que se acepte el uso de un medicamento no preferido. Si el medicamento preferido no se ha probado en los últimos 365 días, se requiere terapia escalonada.

¿Cómo averiguo qué medicamentos requieren terapia escalonada de la Parte B?

La tabla de terapia escalonada se aplica a todos los mercados de Medicare de HealthSpring.



Clase de medicamento para terapia escalonada	Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Antieméticos: antagonistas del receptor de serotonina (inyectables) para oncología	• Granisetron • Ondansetron • Palonosetron	• Posfrea • Sustol
Antieméticos: antagonistas del receptor de la sustancia P/neuroquinina-1 (inyectables) para oncología	Emend	• Akynzeo • Cinvanti • Focinvez
Bevacizumab Oncología	• Alymsys • Mvasi	• Zirabev • Avastin • Avzivi • Jobevne • Vegzelma
Toxinas botulínicas	• Botox • Daxxify • Dysport • Xeomin	Myobloc
Factores estimulantes de colonias Acción prolongada	• Fulphila • Neulasta • Udenyca	• Fylnetra • Nyvepria • Rolvedon • Ryzneuta • Stimufend • Ziextenzo
Factores estimulantes de colonias Acción corta	• Nivestym • Zarxio	• Granix • Neupogen • Nypozi • Releuko
Denosumab Prolia	• Bildyos • Jubbonti	• Bosaya • Conexxence • Enoby • Ospomyv • Osvyrti • Prolia • Stoboclo
Denosumab Xgeva	• Bilprevda • Wyost	• Aukelso • Bomynta • Jubereq • Osenvelt • Xbryk • Xgeva • Xtrenbo
Ecilizumab	• Epysqli	• Bkembv • Soliris
Inmunoglobulinas Vía intravenosa	• Flebogamma DIF • Gammagard líquida • Gammagard líquida ERC • Gammagard S/D • Gammaked • Gammaplex • Gamunex-C • Octagam • Privigen	• Alyglo • Asceniv • Bivigam • Panzyga • Qivigy • Yimmugo
Inmunoglobulinas Vía subcutánea	• Cutaquig • Gammagard líquida • Gammagard líquida ERC • Gammaked • Gamunex-C • Hizentra • Xembify	• Cuvitru • HyQvia

* Los medicamentos preferidos pueden requerir autorización previa.

Clase de medicamento para terapia escalonada	Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
Inmunomoduladores	• Avsola • Inflectra • Renflexis	Remicade, infliximab (genérico autorizado)
Hierro intravenoso	Venofer	• Feraheme • Injectafer • Monoferric
Trastornos oftálmicos Inhibidores intravítreos del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, en inglés)	Avastin	• Beovu • Byooviz • Cimerli • Eylea • Eylea HD • Lucentis • Pavblu • Vabysmo
Paclitaxel	Paclitaxel	• Abraxane • Paclitaxel unido a proteínas
Rituximab	• Riabni • Ruxience • Truxima	• Rituxan hycela • Rituxan IV
Análogos de la somatostatina Acción prolongada	• Lanreotide (J1930 y J1932) • Somatuline depot (J1930)	Sandostatin LAR
Lupus eritematoso sistémico (SLE, en inglés); lupus	Benlysta IV	Saphnelo
Testosterona Inyectable	• Delatestryl (enantato de testosterona) • Depo-testosterone (cipionato de testosterona)	• Aveed • Azmiro • Testopel • Xyosted
Tocilizumab	• Tyenne	• Actemra • Avtozma • Tofidence
Trastuzumab	• Kanjinti • Ogivri • Trazimera	• Herceptin • Hylecta • Herceptin IV • Hercessi • Herzuma • Ontruzant
Ustekinumab	• Selarsdi IV • Ustekinumab-aekn IV	• Imuldosa IV • Otulfi IV • Pyzchiva IV • Starjemza IV • Stelara IV • Steqeyma IV • Ustekinumab IV • Ustekinumab-ttwe IV • Wezlana IV • Yesintek IV
Viscosuplementos	• Monovisc • Orthovisc • Synvisc • Synvisc one	• Durolane • Euflexxa • Gel-One • Gelsyn-3 • GenVisc 850 • Hyalgan • Hymovis • Sodium Hyaluronate 1% • Supartz FX • Synojynt • Triluron • TriVisc • Visco-3

Para las siguientes clases, los medicamentos preferidos pueden estar incluidos en los servicios de la Parte D (farmacia):

Clase de medicamento para terapia escalonada	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 gestión de la utilización de tratamientos [UM, en inglés] de la Parte D)	Vyepti
Inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9)**	Medicamentos preferidos de la Parte D (consulte la Lista de medicamentos de la Parte D y los requisitos de UM de la Parte D)	Leqvio

* Los medicamentos preferidos pueden requerir autorización previa.

** Aplica solo a las coberturas MAPD.

Criterios de cobertura

Antieméticos: antagonistas del receptor de serotonina (inyectables) para oncología

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
- Granisetron - Ondansetron - Palonosetron	- Posfrea - Sustol

Criterios de terapia escalonada 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

Sustol o Posfrea pueden estar incluidos en la cobertura para la prevención de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso (de marca o genérico) de un medicamento preferido inyectable
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Antieméticos: antagonistas del receptor de la sustancia P/neuroquinina-1 (inyectables) para oncología

Medicamento preferido*	Medicamentos no preferidos
Emend	- Akynzeo - Cinvanti - Focinvez

Criterios de terapia escalonada 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

Akynzeo, Cinvanti o Focinvez pueden estar incluidos en la cobertura para la prevención de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido intravenoso (de marca o genérico)
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bevacizumab (oncología)

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Alysmsys • Mvasi • Zirabev	• Avastin • Avzivi • Jobevne • Vegzelma

Criterios de terapia escalonada 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

Avastin, Avzivi, Jobevne o Vegzelma pueden estar incluidos en la cobertura para indicaciones oncológicas cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Toxinas botulínicas

Medicamentos preferidos*	Medicamento no preferido
• Botox • Daxxify • Dysport • Xeomin	Myobloc

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

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

Myobloc puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Myobloc se puede prescribir para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - sialorrea crónica; **o**
 - incontinencia urinaria asociada con un problema de salud neurológico; **o**
 - hiperhidrosis axilar primaria; **o**
- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

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

Myobloc puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM

Myobloc puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Myobloc se puede prescribir para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - vejiga hiperactiva con síntomas de incontinencia urinaria de urgencia, urgencia miccional y aumento de la frecuencia urinaria; **o**
 - incontinencia urinaria asociada con un problema de salud neurológico; **o**
 - hiperhidrosis axilar primaria; **o**

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: WPS J5, WPS J8

Myobloc puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Myobloc se puede prescribir para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - hiperhidrosis palmar; **o**
 - hiperhidrosis axilar primaria; **o**
- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Factores estimulantes de colonias, acción prolongada

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Fulphila • Neulasta/Neulasta Onpro • Udenyca/autoinyector/inector corporal	• Fylnetra • Nyvepria • Rolvedon • Ryzneuta • Stimufend • Ziextenzo

Criterios de terapia escalonada 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

Fylnetra, Nyvepria, Stimufend o Ziextenzo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Rolvedon o Ryzneuta pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento con pegfilgrastim; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Factores estimulantes de colonias, acción corta

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Nivestym • Zarxio	• Granix • Neupogen • Nypozi • Releuko

Criterios de terapia escalonada 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

Granix, Neupogen, Nypozi o Releuko pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Denosumb, Prolia

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Bildyos • Jubbonti	• Bosaya • Conexxence • Enoby • Ospomyv • Osvyrti • Prolia • Stoboclo

Criterios de terapia escalonada 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

Bosaya, Conexxence, Enoby, Ospomyv, Osvyrti, Prolia o Stoboclo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplen los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**

continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Denosumb, Xgeva

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Bilprevda • Wyost	• Aukelso • Bomynta • Jubereq • Osenvelt • Xbryk • Xgeva • Xtrenbo

Criterios de terapia escalonada 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

Aukelso, Bomynta, Jubereq, Osenvelt, Xbryk, Xgeva o Xtrenbo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplen los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**

continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Eculizumab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Epysqli	• Bkerv • Soliris

Criterios de terapia escalonada 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.

Bkerv o Soliris pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento preferido; **e**

- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; ●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunoglobulinas, vía intravenosa

Medicamentos preferidos*		Medicamentos no preferidos	
• Flebogamma DIF	• Gammaked	• Alyglo	• Panzyga
• Gammagard líquida	• Gammaplex	• Asceniv	• Qivigy
• Gammagard líquida ERC	• Gamunex-C	• Bivigam	• Yimmugo
• Gammagard S/D	• Octagam		
	• Privigen		

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta; ●
- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); ●
 - infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés) en lactantes y niños para prevenir infecciones recurrentes; ●
 - síndrome de Guillain-Barré; ●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaída; ●
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida); ●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía; ●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés); ●
 - dermatomiositis o polimiositis; ●
 - miastenia grave; ●
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); ●
 - anemia hemolítica autoinmunitaria; ●
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); ●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; ●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento); ●
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); ●
 - infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés) en lactantes y niños para prevenir infecciones recurrentes; ●
 - síndrome de Guillain-Barré; ●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaída; ●
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida); ●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía; ●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés); ●

- dermatomiositis o polimiositis;●
- miastenia grave;●
- síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
- anemia hemolítica autoinmunitaria;●
- síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
 - infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés) en lactantes y niños para prevenir infecciones recurrentes;●
 - síndrome de Guillain-Barré;●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas;●
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida);●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía;●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés);●
 - dermatomiositis o polimiositis;●
 - miastenia grave;●
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
 - anemia hemolítica autoinmunitaria;●
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: FCSO JN, Novitas JH, Novitas JL. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta;●
- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida);●
 - anemia hemolítica autoinmunitaria;●
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
 - neuromielitis óptica (síndrome de Devic);●
 - encefalitis autoinmunitaria;●
 - dermatomiositis o polimiositis;●
 - miositis por cuerpos de inclusión;●
 - miopatía necrosante inmunitaria;●
 - síndrome mixto con miositis (incluido el síndrome antisintetasa);●
 - lupus eritematoso sistémico;●
 - enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves-Basedow);●
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave● recaídas;●
 - miastenia grave;●
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento);**o**
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida);**p**
 - anemia hemolítica autoinmunitaria;**o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);**o**
 - neuromielitis óptica (síndrome de Devic);**o**
 - encefalitis autoinmunitaria;**o**
 - dermatomiositis o polimiositis;**o**
 - miositis por cuerpos de inclusión;**o**
 - miopatía necrosante inmunitaria;**o**
 - síndrome mixto con miositis (incluido el síndrome antisintetasa);**o**
 - lupus eritematoso sistémico;**o**
 - enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves-Basedow);**o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);**o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas;**o**
 - miastenia grave;**o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);**o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;**o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida);**p**
 - anemia hemolítica autoinmunitaria;**o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);**o**
 - neuromielitis óptica (síndrome de Devic);**o**
 - encefalitis autoinmunitaria;**o**
 - dermatomiositis o polimiositis;**o**
 - miositis por cuerpos de inclusión;**o**
 - miopatía necrosante inmunitaria;**o**
 - síndrome mixto con miositis (incluido el síndrome antisintetasa);**o**
 - lupus eritematoso sistémico;**o**
 - enfermedad ocular tiroidea (enfermedad de Graves-Basedow);**o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);**o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave**o** recaídas;**o**
 - miastenia grave;**o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);**o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;**o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta;**o**

- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
 - retinopatía autoinmunitaria; **o**
 - lupus eritematoso sistémico; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - miopatía necrosante inmunitaria; **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento); **o**
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
 - retinopatía autoinmunitaria; **o**
 - lupus eritematoso sistémico; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - miopatía necrosante inmunitaria; **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
 - retinopatía autoinmunitaria; **o**
 - lupus eritematoso sistémico; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - miopatía necrosante inmunitaria; **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Noridian JE, Noridian JF. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta; **o**
- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**

- trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
- dermatomiositis o polimiositis;●
- síndrome de Guillain-Barré;●
- miastenia grave;●
- polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía●
- esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas;●
- neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés);●
- síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento);●
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida)●
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
 - dermatomiositis o polimiositis;●
 - síndrome de Guillain-Barré;●
 - miastenia grave;●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas;●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés);●
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida)●
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
 - dermatomiositis o polimiositis;●
 - síndrome de Guillain-Barré;●
 - miastenia grave;●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés) o polirradiculoneuropatía●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas;●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés);●
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta;●

- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - miastenia grave; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); **o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas; **o**
 - aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario; **o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento); **o**
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - miastenia grave; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); **o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas; **o**
 - aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario; **o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - miastenia grave; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); **o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés), exacerbación aguda grave o recaídas; **o**
 - aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario; **o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: WPS J5, WPS J8

Alyglo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de un producto con contenido mínimo del factor de coagulación XIa debido a una comorbilidad del paciente, según la persona que receta; **o**

- Alyglo se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndromes vasculíticos graves, sistémicos (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculitis livedoide (atrofia blanca); **o**
 - piodermia gangrenosa; **o**
 - neutropenia inmunitaria; **o**
 - síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica; **o**
 - lupus eritematoso sistémico; **o**
 - anemia hemolítica autoinmunitaria; **o**
 - trombocitopenia aloinmunitaria fetal/neonatal; **o**
 - miastenia grave; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); **o**
 - aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario; **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Asceniv puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- necesidad de una inmunoglobulina con niveles elevados de anticuerpos contra el virus sincicial respiratorio (RSV, en inglés), según la persona que receta (por ejemplo, un paciente que requiere niveles elevados de anticuerpos contra el RSV para infecciones por RSV recurrentes a pesar de recibir dosis adecuadas de inmunoglobulina y cumplir con el tratamiento); **o**
- indicación de Asceniv para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndromes vasculíticos graves, sistémicos (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculitis livedoide (atrofia blanca); **o**
 - piodermia gangrenosa; **o**
 - neutropenia inmunitaria; **o**
 - síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica; **o**
 - lupus eritematoso sistémico; **o**
 - anemia hemolítica autoinmunitaria; **o**
 - trombocitopenia aloinmunitaria fetal/neonatal; **o**
 - miastenia grave; **o**
 - dermatomiositis o polimiositis; **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman); **o**
 - síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés); **o**
 - aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario; **o**
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Bivigam, Panzyga, Qivigy o Yimmugo se recetan para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedades ampollas mucocutáneas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide ampolloso, penfigoide de la mucosa [penfigoide cicatricial] y epidermólisis ampollosa adquirida) **p**
 - síndromes vasculíticos graves, sistémicos (poliarteritis nudosa), vasculitis de Churg-Strauss y vasculitis livedoide (atrofia blanca); **o**
 - piodermia gangrenosa; **o**
 - neutropenia inmunitaria; **o**

- síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica;●
- lupus eritematoso sistémico;●
- anemia hemolítica autoinmunitaria;●
- trombocitopenia aloinmunitaria fetal/neonatal;●
- miastenia grave;●
- dermatomiositis o polimiositis;●
- trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
- síndrome de la persona rígida (Síndrome de Moersch-Woltman);●
- síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, en inglés);●
- aplasia pura de la serie roja (PRCA, en inglés), subtipo inmunitario;●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunoglobulinas, vía subcutánea

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Cutaquig • Gammagard líquida • Gammagard líquida ERC • Gammaked • Gamunex-C • Hizentra • Xembify	• Cuvitru • HyQvia

Criterios de terapia escalonada 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

Cuvitru puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- presencia de hiperprolinemia y antecedentes de uso de Xembify;●
- hipersensibilidad al polisorbato 80;●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

HyQvia puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- el paciente está recibiendo tratamiento de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, el paciente ha probado Hizentra;●
- antecedentes de uso de dos medicamentos preferidos;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Inmunomoduladores

Medicamentos preferidos*	Medicamento no preferido
• Avsola • Inflectra • Renflexis	• Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado)

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Infliximab se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedad de Behçet;
 - sarcoidosis;
 - colitis microscópica refractaria;●
- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●

- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- Infliximab se receta para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedad de Crohn;
 - psoriasis en placas;
 - colitis ulcerosa;
 - enfermedad de Behçet;
 - hidradenitis supurativa;
 - sarcoidosis;
 - espondiloartritis (SpA, en inglés) y otros subtipos; **o**
- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15, FCSO JN, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL, WPS J5, WPS J8

Remicade, incluido infliximab (genérico autorizado), puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Hierro intravenoso

Medicamento preferido*	Medicamentos no preferidos
Venofer	• Feraheme • Monoferic • Injectafer

Criterios de terapia escalonada 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

Feraheme o Monoferic pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- uso para tratar la anemia por deficiencia de hierro en un paciente con enfermedad renal crónica que recibe diálisis; **o**
- uso para tratar otros problemas de salud con las siguientes características:
 - antecedentes de uso del medicamento preferido; **o**
 - el paciente no tiene enfermedad renal crónica; **o**
 - continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Injectafer puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- uso para tratar la anemia por deficiencia de hierro en un paciente con enfermedad renal crónica que recibe diálisis; **o**

- uso para tratar otros problemas de salud con las siguientes características:
 - antecedentes de uso del medicamento preferido;●
 - el paciente tiene <2 años;●
 - el paciente no tiene enfermedad renal crónica;●
 - continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Trastornos oftálmicos, inhibidores intravítreos del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, en inglés)

Medicamento preferido*	Medicamentos no preferidos
Avastin	• Beovu • Byooviz • Cimerli • Eylea
	• Eylea HD • Lucentis • Pavblu • Vabysmo

Criterios de terapia escalonada 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

Beovu puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido, y se demostró eficacia inadecuada o intolerancia; ●
- preocupación significativa por la seguridad del uso de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- preocupación significativa con respecto al proveedor de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Eylea, Eylea HD o Pavblu pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido, y se demostró eficacia inadecuada o intolerancia; ●
- presencia de edema macular diabético con una agudeza visual inicial mejor corregida (BCVA, en inglés) según el Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética (ETDRS, en inglés) de 20/50 o peor (<69 letras ETDRS), según la persona que receta;●
- presencia de edema macular diabético con engrosamiento retiniano significativo, según la persona que receta; ●
- presencia de retinopatía diabética (sin edema macular diabético);●
- preocupación significativa por la seguridad del uso de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- preocupación significativa con respecto al proveedor de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Byooviz, Cimerli o Lucentis pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido, y se demostró eficacia inadecuada o intolerancia; ●
- presencia de retinopatía diabética (sin edema macular diabético);●
- preocupación significativa por la seguridad del uso de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- preocupación significativa con respecto al proveedor de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; ●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Vabysmo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento oftálmico preferido, y se demostró eficacia inadecuada o intolerancia; ●

- presencia de edema macular diabético con una agudeza visual inicial mejor corregida (BCVA, en inglés) según el Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética (ETDRS, en inglés) de 20/50 o peor (69 letras ETDRS), según la persona que receta; **o**
- preocupación significativa por la seguridad del uso de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; **o**
- preocupación significativa con respecto al proveedor de la inyección oftálmica de Avastin reenvasada, según la persona que receta; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Paclitaxel

Medicamento preferido*	Medicamentos no preferidos
Paclitaxel	• Abraxane • Paclitaxel unido a proteínas

Criterios de terapia escalonada 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

Abraxane o paclitaxel unido a proteínas pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- uso para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas:
 - reacción de hipersensibilidad a la infusión intravenosa de paclitaxel o docetaxel; **o**
 - contraindicación a los medicamentos previos estándar; **o**
 - uso como tratamiento posterior en enfermedad avanzada o metastásica; **o**
 - continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.
- uso para tratar el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino, el cáncer endometrial, el melanoma o el cáncer de ovario:
 - reacción de hipersensibilidad a la infusión intravenosa de paclitaxel o docetaxel; **o**
 - contraindicación a los medicamentos previos estándar; **o**
 - continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Rituximab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Riabni • Ruxience • Truxima	• Rituxan Hycela • Rituxan IV

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Rituxan IV puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo en los últimos 365 días; **o**
- indicación de Rituxan intravenoso para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - enfermedad del injerto contra el hospedador (GVHD, en inglés); **o**
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés); **o**
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés); **o**
 - trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMO, en inglés); **o**
 - lupus eritematoso sistémico (LES, en inglés; lupus); **o**

- púrpura trombocitopénica trombótica (adquirida);●
- síndrome de Evans; ●
- penfigoide ampoloso; ●
- encefalitis relacionada con la inmunoterapia;●
- miopatía inmunitaria/miopatía inflamatoria idiopática;●
- enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD, en inglés);●
- miastenia grave; ●
- nefropatía de cambios mínimos;●
- rechazo mediado por anticuerpos (AMR, en inglés).

Rituxan Hycela puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero con imposibilidad de continuar su uso, según la persona que receta; ●
- imposibilidad de obtener o mantener acceso intravenoso;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: NGS J6, NGS JK. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Rituxan intravenoso puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; ●
- continuación de un tratamiento previo en los últimos 365 días;●
- indicación de Rituxan intravenoso para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - trombocitopenia inmunitaria (ITP, en inglés);●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés);●
 - rechazo mediado por anticuerpos (AMR, en inglés);●
 - miopatía inmunitaria/miopatía inflamatoria idiopática;●
 - hemofilia (adquirida); ●
 - púrpura trombocitopénica trombótica (adquirida);●
 - enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD, en inglés);●
 - nefropatía de cambios mínimos;●
 - polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, en inglés);●
 - Síndrome de Sjögren;●
 - esclerosis sistémica; ●
 - Síndrome de Susac.

Rituxan Hycela puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero con imposibilidad de continuar su uso, según la persona que receta; ●
- imposibilidad de obtener o mantener acceso intravenoso;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: Palmetto JJ, Palmetto JM. Más adelante se enumeran regiones MAC adicionales.

Rituxan intravenoso puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; ●

- continuación de un tratamiento previo en los últimos 365 días;●
- indicación de Rituxan intravenoso para tratar uno de los siguientes problemas de salud:
 - artritis reumatoide (RA, en inglés);●
 - enfermedad del injerto contra el hospedador (GVHD, en inglés);●
 - esclerosis múltiple (MS, en inglés);●
 - anemia hemolítica autoinmunitaria;●
 - neuropatía motora multifocal (MMN, en inglés);●
 - polimiositis; ●
 - autotrasplante de células madre para el tratamiento de una enfermedad progresiva o recurrente (administrado antes del trasplante de células madre).

Rituxan Hycela puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero con imposibilidad de continuar su uso, según la persona que receta;●
- imposibilidad de obtener o mantener acceso intravenoso;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

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

Rituxan intravenoso puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Rituxan Hycela puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero con imposibilidad de continuar su uso, según la persona que receta;●
- imposibilidad de obtener o mantener acceso intravenoso;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Análogos de la somatostatina, acción prolongada

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Lanreotide (J1930 y J1932) • Somatuline Depot (J1930)	Sandostatin LAR

Criterios de terapia escalonada 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

Sandostatin LAR puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

Uso para tratar la acromegalia:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Uso para tratar tumores neuroendocrinos (NET, en inglés) del tubo gastrointestinal, el pulmón, el timo (tumores carcinoides) y el páncreas (incluidos glucagonomas, gastrinomas, tumores secretores de polipéptidos intestinales vasoactivos [VIPomas, en inglés], insulinomas):

- antecedentes de uso de un medicamento preferido;●
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Uso para tratar feocromocitomas y paragangliomas:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Para hemorragias del intestino delgado/sangrado relacionado con angiodisplasia:

- antecedentes de uso del medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Medicamentos para el lupus eritematoso sistémico (SLE; lupus)

Medicamento preferido*	Medicamento no preferido
Benlysta IV	Saphnelo

Criterios de terapia escalonada 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

Saphnelo puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de Benlysta; **o**
- antecedentes de depresión o tendencias suicidas, según la persona que receta; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Testosterona, inyectable

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Delatestryl (enantato de testosterona) • Depo-Testosterone (cipionato de testosterona)	• Aveed • Azmiro • Testopel • Xyosted

Criterios de terapia escalonada 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

Aveed, Azmiro, Testopel o Xyosted pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Tocilizumab

Medicamento preferido*	Medicamentos no preferidos
• Tyenne	• Actemra • Avtozma • Tofidence

Criterios de terapia escalonada 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

Actemra, Avtozma o Tofidence pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso del medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de usar el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Trastuzumab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Kanjinti • Ogivri • Trazimera	• Herceptin Hylecta • Herceptin IV • Hercessi • Herzuma • Ontruzant

Criterios de terapia escalonada 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

Herceptin intravenoso, Hercessi, Herzuma o Ontruzant pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Herceptin Hylecta puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido, pero con imposibilidad de continuar su uso, según la persona que receta; **o**
- imposibilidad de obtener o mantener acceso intravenoso; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Ustekinumab

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Selarsdi IV • Ustekinumab-aekn IV	• Imuldosa IV • Otulfi IV • Pyzchiva IV • Starjemza IV • Stelara IV • Steqeyma IV • Ustekinumab IV • Ustekinumab-ttwe IV • Wezlana IV • Yesintek IV

Criterios de terapia escalonada 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.

Imuldosa IV, Otulfi IV, Pyzchiva IV, Starjemza IV, Stelara IV, Steqeyma IV, Ustekinumab IV, Ustekinumab-ttwe IV, Wezlana IV o Yesintek IV pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un medicamento preferido; **e**
- imposibilidad de continuar usando el medicamento preferido debido a una diferencia en la formulación de los ingredientes inactivos que, según la persona que receta, podría causar una alergia importante o una reacción adversa grave; **o**
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Viscosuplementos

Medicamentos preferidos*	Medicamentos no preferidos
• Monovisc • Orthovisc • Synvisc • Synvisc One	• Durolane • Euflexxa • Gel-One • Gelsyn-3 • GenVisc 850 • Hyalgan • Hymovis • Sodium Hyaluronate 1% • Supartz FX • Synjoyn • Triluron • TriVisc • Visco-3

Criterios de terapia escalonada para medicamentos no preferidos

Regiones de MAC aplicables: CGS J15, FCSO JN, NGS J6, NGS JK, Noridian JE, Noridian JF, Novitas JH, Novitas JL. No se aplica a todas las demás regiones de MAC no enumeradas.

Durolane, Euflexxa, Gel-One, Gelsyn-3, GenVisc 850, Hyalgan, Hymovis, Sodium Hyaluronate 1%, Supartz FX, Synjoyn, Triluron, TriVisc o Visco-3 pueden estar incluidos en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de dos tratamientos diferentes con medicamentos preferidos;
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Para las siguientes clases, los medicamentos preferidos pueden estar incluidos en los servicios de la Parte D (farmacia):

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

Medicamento preferido*	Medicamento no preferido
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 terapia escalonada 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

Vyepti puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina subcutáneo preferido de la Parte D para la profilaxis de la migraña;
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

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

Medicamento preferido*	Medicamento no preferido
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 terapia escalonada 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

Leqvio puede estar incluido en la cobertura cuando se cumplan los criterios que se indican a continuación:

- antecedentes de uso de un inhibidor de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) preferido de la Parte D;
- eficacia insuficiente o intolerancia significativa, según la persona que receta;
- continuación de un tratamiento previo o uso dentro de los últimos 365 días.

Códigos aplicables

Antieméticos: antagonistas del receptor de serotonina (inyectables) para oncología

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1626	Inyección, granisetron hydrochloride, 100 mcg
J2405	Inyección, ondansetron hydrochloride, por 1 mg
J2469	Inyección, palonosetron HCl, 25 mcg
No preferido	
J1627	Inyección, granisetron, liberación prolongada, 0.1 mg
J2468	Inyección, palonosetron (Posfrea), 25 mcg

Antieméticos: antagonistas del receptor de la sustancia P/neuroquinina-1 (inyectables) para oncología

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1453	Inyección, fosaprepitant, 1 mg
No preferido	
J0185	Inyección, aprepitant, 1 mg
J1434	Inyección, focinvez, 1 mg
J1454	Inyección, fosnetupitant 235 mg y palonosetron 0.25 mg

Bevacizumab - Oncología

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
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 preferido	
J9035	Inyección, bevacizumab, 10 mg
Q5129	Inyección, bevacizumab-adcd, biosimilar (Vegzelma), 10 mg
	Inyección, bevacizumab-tnjn, biosimilar (Avzivi), 10 mg
Q5160	Inyección, bevacizumab-ngwd (Jobevne), biosimilar, 10 mg

Toxinas botulínicas

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

Factores estimulantes de colonias, acción prolongada

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J2506	Inyección, pegfilgrastim, excluye biosimilar, 0.5 mg
Q5108	Inyección, pegfilgrastim-jmdb, biosimilar (Fulphila), 0.5 mg
Q5111	Inyección, pegfilgrastim-cbqv, biosimilar (Udenyca), 0.5 mg
No preferido	
J1449	Inyección, eflapegrastim-xnst, 0.1 mg
J9361	Inyección, efbemalenograstim alfa-vuxw (Ryzneuta), 0.5 mg
Q5120	Inyección, pegfilgrastim-bmez, biosimilar (Ziextenzo), 0.5 mg
Q5122	Inyección, pegfilgrastim-apgf, biosimilar (Nyvepria), 0.5 mg
Q5127	Inyección, pegfilgrastim-fpgk, biosimilar (Stimufend), 0.5 mg
Q5130	Inyección, pegfilgrastim-pbbk, biosimilar (Fylnetra), 0.5 mg

Factores estimulantes de colonias, acción corta

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
Q5101	Inyección, filgrastim-sndz, biosimilar (Zarxio), 1 mcg
Q5110	Inyección, filgrastim-aafi, biosimilar (Nivestym), 1 mcg
No preferido	
J1442	Inyección, filgrastim (G-CSF) (Neupogen), excluye biosimilares, 1 mcg
J1447	Inyección, tbo-filgrastim (Granix), 1 mcg
Q5125	Inyección, filgrastim-ayow, biosimilar (Releuko), 1 mcg
Q5148	Inyección, filgrastim-txid, biosimilar (Nypozi), 1 mcg

Denosumab, Prolia

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J3490/J3590	Inyección, denosumab-nxxp, biosimilar (Bildyos)
Q5136	Inyección, denosumab-bbdz, biosimilar (Jubbonti), 1 mg
No preferido	
J3490/J3590	Inyección, denosumab-kyqq, biosimilar (Bosaya)
Q5158	Inyección, denosumab-bnht, biosimilar (Conexxence), 1 mg
J3490/J3590	Inyección, denosumab-qbde, biosimilar (Enoby)
Q5159	Inyección, denosumab-dssb, biosimilar (Ospomyv), 1 mg
J3490/J3590	Inyección, denosumab-desu, biosimilar (Osvyrti)
J0897	Inyección, denosumab, 1 mg
Q5157	Inyección, denosumab-bmwo, biosimilar (Stoboclo), 1 mg

Denosumab, Xgeva

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J3490/J35900	denosumab-nxxp, biosimilar (Bilprevda)
Q5136	denosumab-bbdz, biosimilar (Wyost), 1 mg
No preferido	
J3490/J3590	Inyección, denosumab-kyqq, biosimilar (Aukelso)
Q5158	Inyección, denosumab-bnht, biosimilar (Bomyntra), 1 mg
J3490/J3590	Inyección, denosumab-qbde, biosimilar (Xtrenbo)
Q5159	Inyección, denosumab-dssb, biosimilar (Xbryk), 1 mg
J3490/J3590	Inyección, denosumab-desu, biosimilar (Jubereq)
J0897	Inyección, denosumab, 1 mg
Q5157	Inyección, denosumab-bmwo, biosimilar (Osenvelt), 1 mg

Eculizumab

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
Q5151	Inyección, eculizumab-aagh (epysqli), 2 mg
No preferido	
J1299	Inyección, eculizumab, 2 mg
Q5152	Inyección, eculizumab-aeeb (bkemv), 2 mg

Inmunoglobulinas, vía intravenosa

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1572	Inyección, inmunoglobulina (Flebogamma), 500 mg
J1569	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard líquida), 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
J1599/J3490/J3590/C9399	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard líquida ERC)
No preferido	
J1552	Inyección, inmunoglobulina, Alyglo, 500 mg
J1554	Inyección, inmunoglobulina (Asceniv), 500 mg
J1556	Inyección, inmunoglobulina (Bivigam), 500 mg
J1576	Inyección, inmunoglobulina (Panzyga), 500 mg
J1599/J3490/J3590/C9399	Inyección, inmunoglobulina (Yimmugo)
J1599/J3490/J3590/C9399	Inyección, inmunoglobulina (Qivigy)

Inmunoglobulinas, vía subcutánea

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1551	Inyección, inmunoglobulina (Cutaquig), 100 mg
J1569	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard líquida), 500 mg
J1561	Inyección, inmunoglobulina (Gamunex-C/Gammaked), 500 mg
J1559	Inyección, inmunoglobulina (Hizentra), 100 mg
J1558	Inyección, inmunoglobulina (Xembify), 100 mg
J1599/J3490/J3590/C9399	Inyección, inmunoglobulina (Gammagard líquida ERC)
No preferido	
J1555	Inyección, inmunoglobulina (Cuvitru), 100 mg
J1575	Inyección, inmunoglobulina (Hyqvia), 100 mg

Inmunomoduladores

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
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 preferido	
J1745	Inyección, infliximab, excluye biosimilar, 10 mg

Hierro intravenoso

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

Trastornos oftálmicos, inhibidores intravítreos del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, en inglés)

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
C9257	Inyección, bevacizumab (Avastin), 0.25 mg
J7999	Medicamento compuesto, no clasificado de otra manera
J9035	Inyección, bevacizumab (Avastin), 10 mg
No preferido	
J0178	Inyección, aflibercept, 1 mg
J0179	Inyección, brolucizumab-dbl, 1 mg
J0177	Inyección, aflibercept dosis alta, 1 mg
J2777	Inyección, faricimab-svoa, 0.1 mg
J2778	Inyección, ranibizumab, 0.1 mg
Q5147	Inyección, aflibercept-ayyh, (Pavblu), 1 mg
Q5124	Inyección, ranibizumab-nuna, biosimilar (Byooviz), 0.1 mg
Q5128	Inyección, ranibizumab-eqrn, biosimilar (Cimerli), 0.1 mg

Medicamentos con paclitaxel

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J9267	Inyección, paclitaxel, 1 mg
No preferido	
J9264	Inyección, partículas de paclitaxel unido a proteínas, 1 mg

Rituximab

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
Q5115	Inyección, rituximab-abbs, biosimilar (Truxima), 10 mg
Q5119	Inyección, rituximab-pvvr, biosimilar (Ruxience), 10 mg
Q5123	Inyección, rituximab-arrrx, biosimilar (Riabni), 10 mg
No preferido	
J9311	Inyección, rituximab 10 mg e hyaluronidase
J9312	Inyección, rituximab, 10 mg

Análogos de la somatostatina, acción prolongada

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1930	Inyección, lanreotide, 1 mg
J1932	Inyección, lanreotide, (Cipla), 1 mg
No preferido	
J2353	Inyección, octreotide depot, 1 mg

Medicamentos para el lupus eritematoso sistémico (SLE; lupus)

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J0490	Inyección, belimumab, 10 mg
No preferido	
J0491	Inyección, anifrolumab-fnia, 1 mg

Testosterona, inyectable

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
J1071	Inyección, testosterone cypionate, 1 mg
J3121	Inyección, testosterone enanthate, 1 mg
No preferido	
J1072	Inyección, testosterone cypionate (Azmiro), 1 mg
J3145	Inyección, testosterone undecanoate, 1 mg
J1073	Medicamentos no clasificados, Testopel
J3490	Medicamentos no clasificados, Xyosted

Tocilizumab

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
Q5135	Inyección, Tyenne, 1 mg
No preferido	
J3262	Inyección, Tocilizumab (Actemra), 1 mg
Q5133	Inyección, Tofidence, 1 mg
Q5156	Inyección, Avtozma, 1 mg

Trastuzumab

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
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 preferido	
J9355	Inyección, trastuzumab, excluye biosimilar, 10 mg
J9356	Inyección, trastuzumab, 10 mg e hyaluronidase-oysk
Q5112	Inyección, trastuzumab-dttb, biosimilar (Ontruzant), 10 mg
Q5113	Inyección, trastuzumab-pkrb, biosimilar (Herzuma), 10 mg
Q5146	Inyección, trastuzumab-strf, biosimilar (Hercessi), 10 mg

Ustekinumab

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
Q9998	Inyección, ustekinumab-aekn, 1 mg
No preferido	
J3358	Inyección, ustekinumab, vía intravenosa, 1 mg
Q5098	Inyección, ustekinumab-srlf, 1 mg
Q5099	Inyección, ustekinumab-stba, 1 mg
Q5100	Inyección, ustekinumab-kfce, 1 mg
Q5138	Inyección, wezlana, vía intravenosa, 1 mg
Q9997	Inyección, ustekinumab-ttwe, vía intravenosa, 1 mg
Q9999	Inyección, ustekinumab-aaaz, 1 mg
	Inyección, ustekinumab-hmny, 1 mg

Viscosuplementos

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

Para las siguientes clases, los medicamentos preferidos pueden estar incluidos en los servicios de la Parte D (farmacia):

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

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
N/A	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 preferido	
J3032	Inyección, eptinezumab-jjmr, 1 mg

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

Código del HCPCS	Descripción
Preferido	
N/A	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 preferido	
J1306	Inyección, inclisiran, 1 mg

Referencias

- Centers for Medicare & Medicaid Services, National Government Services, Inc, National Coverage Determinations (NCD), Local Coverage Determinations (LCD), and Local Coverage Articles (LCA) applicable coverage policies. Disponible en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search.aspx>.
 - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology® (NCCN Guidelines®). Disponible en www.nccn.org.
- Antieméticos: antagonistas del receptor de serotonina (inyectables) para oncología**
- Palonosetron intravenous injection [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; diciembre de 2020.
 - Ondansetron intramuscular injection or intravenous infusion [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; noviembre de 2023.
 - Granisetron intravenous infusion [prescribing information]. Rockford, IL: Fresenius Kabi; noviembre de 2022.
 - Sustol® extended-release subcutaneous injection [prescribing information]. Redwood City, CA: Heron; septiembre de 2024.
 - Posfrea® intravenous infusion [prescribing information]. Parsippany, NJ: Avyxa Pharma; julio de 2024.
 - Hesketh PJ, Kris MG, Basch E, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 20 de agosto de 2020; 38(24):2782-2797.
 - Patel P, Robinson PD, Cohen M, et al. Prevention of acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer patients: A clinical practice guideline. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;69(12):e30001.
 - Gan T, Belani K, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2020; 131:411-448.
- Antieméticos: antagonistas del receptor de la sustancia P/neuroquinina-1 (inyectables) para oncología**
- Cinvanti™ intravenous infusion [prescribing information]. San Diego, CA: Heron; marzo de 2024.
 - Emend® intravenous infusion [prescribing information]. Whitehouse Station, NJ: Merck; mayo de 2022.
 - Akynzeo® intravenous infusion [prescribing information]. Iselin, NJ: Helsinn; diciembre de 2023.
 - Focinvez® intravenous infusion [prescribing information]. Plainsboro, NJ: Amneal; marzo de 2024.
- Bevacizumab (para oncología)**
- Avastin® intravenous infusion [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; septiembre de 2022.
 - Mvasi® intravenous infusion [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; febrero de 2023.
 - Zirabev™ intravenous infusion [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; agosto de 2024.
 - Alymsys® intravenous infusion [prescribing information]. Bridgewater, NJ: Amneal; abril de 2022.
 - Vegzelma™ intravenous infusion [prescribing information]. Incheon, Republic of Korea: Celltrion; septiembre de 2022.
 - Avzivi™ intravenous infusion [prescribing information]. Guangzhou, Guangdong Province, China: Bio-Thera Solutions; octubre de 2024.
 - Jobevne® intravenous infusion [prescribing information]. Cambridge, MA: Biocon; abril de 2025.
 - Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P, et al; AVOREN Trial investigators. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. Bevacizumab in advanced endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2021;161:720-726.
- Toxinas botulínicas**
- Botox® injection [prescribing information]. Madison, NJ: Allergan; noviembre de 2023.
 - Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A; American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. *Headache*. 2024;64(4):333-341.
 - Brin MF, Blitzer A. The pluripotential evolution and journey of Botox (onabotulinumtoxinA). *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(S1):e32373.
 - Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH, et al. ACG Clinical Guidelines: diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(9):1393-1411.
 - Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, et al. ACG Clinical Guidelines: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(10):1987-2008.
 - Adam OR, Jankovic J. Treatment of dystonia. *Parkinsonism Relat Disord*. 2007;13 Suppl 3:S362-S368. doi:10.1016/S1353-8020(08)70031-2.

7. Simpson DM, Blitzer A, Brashear A, et al. 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.
 8. Simpson DM, Hallett M, Ashman EJ, et al. 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.
 9. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2018;Supplement:1-42.
 10. France K, Stoopler ET. The American Academy of Oral Medicine Clinical Practice Statement: Oromandibular dystonia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018;125(4):283-285.
 11. Müller J, Wenning GK, Wissel J, Seppi K, Poewe W. Botulinum toxin treatment in atypical parkinsonian disorders associated with disabling focal dystonia. *J Neurol*. 2002;249(3):300-304.
 12. Jankovic J, Orman J. Botulinum A toxin for cranial-cervical dystonia: a double-blind, placebo-controlled study. *Neurology*. 1987;37(4):616-623.
 13. Van den Bergh P, Francart J, Mourin S, Kollmann P, Laterre EC. Five-year experience in the treatment of focal movement disorders with low-dose Dysport botulinum toxin. *Muscle Nerve*. 1995;18(7):720-729.
 14. Zesiewicz TA, Elble R, Louis ED, et al. 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.
 15. International Hyperhidrosis Society. Primary focal craniofacial and gustatory hyperhidrosis (Frey's Syndrome). Actualizado el 15 de enero de 2012. <https://sweathelp.org/treatments-hcp/clinical-guidelines/primary-focal-hyperhidrosis/primary-focal-facial-and-gustatory.html>. Consultado el 19 de agosto de 2024.
 16. International Hyperhidrosis Society. Primary focal palmar hyperhidrosis. Actualizado el 15 de enero de 2012. <https://sweathelp.org/treatments-hcp/clinical-guidelines/primary-focal-hyperhidrosis/primary-focal-palmar.html>. Consultado el 19 de agosto de 2024.
 17. International Hyperhidrosis Society. Primary focal plantar hyperhidrosis. Actualizado el 15 de enero de 2012. <https://sweathelp.org/treatments-hcp/clinical-guidelines/primary-focal-hyperhidrosis/primary-focal-plantar.html>. Consultado el 19 de agosto de 2024.
 18. Bhidayasiri R, Truong DD. Expanding use of botulinum toxin. *J Neurol Sci*. 2005;235(1-2):1-9.
 19. Cheng CM, Chen JS, Patel RP. Unlabeled uses of botulinum toxins: A review, part 1. *Am J Health Syst Pharm*. 2006;63(2):145-152.
 20. Cheng CM, Chen JS, Patel RP. Unlabeled uses of botulinum toxins: A review, part 2. *Am J Health Syst Pharm*. 2006;63(3):225-232.
 21. Lowe N, Campanati A, Bodokh I, et al. The place of botulinum toxin type A in the treatment of focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol*. 2004;151(6):1115-1122.
 22. Scaglione F. Conversion ratio between Botox®, Dysport®, and Xeomin® in clinical practice. *Toxins (Basel)*. 2016;8(3):65.
 23. Lakraj AA, Moghimi N, Jabbari B. Sialorrhea: anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxin. *Toxins*. 2013;5:1010-1031.
 24. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, et al. The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder. *J Urol*. 2024;212(1):11-20.
 25. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, et al. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(1):18-38.
 26. Hassell TJW, Charles D. Treatment of Blepharospasm and Oromandibular Dystonia with Botulinum Toxins. *Toxins (Basel)*. 2020;12(4):269. Publicado el 22 de abril de 2020.
 27. Hallett M, Albanese A, Dressler D, Segal KR, Simpson DM, Truong D, Jankovic J. Evidence-based review, and assessment of botulinum neurotoxin for the treatment of movement disorders. *Toxicon*. 1 de junio de 2013;67:94-114.
 28. Myobloc® injection [prescribing information]. San Francisco, CA: Solstice Neurosciences; diciembre de 2023.
 29. Dysport® injection [prescribing information]. Cambridge, MA y Fort Worth, TX: Ipsen/Galderma; julio de 2023.
 30. Xeomin® injection [prescribing information]. Raleigh, NC y Franksville, WI: Merz; julio de 2024.
 31. Daxxify® injection [prescribing information]. Newark, CA: Revance; enero de 2024.
 32. Hyodo M, Nagao A, Asano K, et al. Botulinum toxin injection into the intrinsic laryngeal muscles to treat spasmodic dysphonia: A multicenter, placebo-controlled, randomized, double-blinded, parallel-group comparison/open-label clinical trial. *Eur J Neurol*. 2021;28(5):1548-1556.
 33. Adams SG, Hunt EJ, Irish JC, Charles DA, Lang AE, Durkin LC, Wong DL. Comparison of botulinum toxin injection procedures in adductor spasmodic dysphonia. *J Otolaryngol*. diciembre de 1995;24(6):345-51.
 34. Lundy DS, Lu FL, Casiano RR, Xue JW. The effect of patient factors on response outcomes to Botox treatment of spasmodic dysphonia. *J Voice*. 1998;12(4):460-466.
 35. International Hyperhidrosis Society. Hiperhidrosis axilar primaria. Actualizado en febrero de 2025. Disponible en: <https://www.sweathelp.org/treatments-hcp/clinical-guidelines/primary-focal-hyperhidrosis/primary-focal-axillary.html>. Consultado el 22 de agosto de 2025.
 36. Marques A, Pereira B, Simonetta-Moreau M, et al. Trial of Botulinum Toxin for Isolated or Essential Head Tremor. *N Engl J Med*. 2023;389(19):1753-1765.
 37. Sorgun MH, Yilmaz R, Akin YA, Mercan FN, Akbostanci MC. Botulinum toxin injections for the treatment of hemifacial spasm over 16 years. *J Clin Neurosci*. 2015;22(8):1319-1325.
 38. Patrick B, Beck AT, Casterline BW, Martin KL. Botulinum Toxin for the Treatment of Postmenopausal Craniofacial Hyperhidrosis. *Cureus*. 2024;16(9):e68401. Publicado el 1 de septiembre de 2024.
 39. Böger A, Herath H, Rempel R, Ferbert A. Botulinum toxin for treatment of craniofacial hyperhidrosis. *J Neurol*. 2000;247(11):857-861.
 40. Eckardt A, Kuettner C. Treatment of gustatory sweating (Frey's syndrome) with botulinum toxin A. *Head Neck*. 2003;25(8):624-628.
 41. Fiedler LS, Burk F. Treatment of Frey Syndrome with Botulinum Toxin-A: A Practical Approach from Minor's Test to Injection. *J Maxillofac Oral Surg*. 2024;23(2):337-339.
- Factores estimulantes de colonias, acción prolongada**
1. Neulasta® subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; octubre de 2024.
 2. Fulphila® subcutaneous injection [prescribing information]. Rockford, IL: Mylan; diciembre de 2023.
 3. Udenyca™ subcutaneous injection [prescribing information]. Redwood City, CA: Coherus; agosto de 2024.
 4. Ziextenzo™ subcutaneous injection [prescribing information]. Princeton, NJ: Sandoz; diciembre de 2022.
 5. Nyvepria™ subcutaneous injection [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; junio de 2023.

6. Fylnetra® subcutaneous injection [prescribing information]. Bridgewater, NJ: Amneal; mayo de 2022.
7. Stimufend® subcutaneous injection [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; octubre de 2023.
8. Rolvedon™ subcutaneous injection [prescribing information]. Irvine, CA: Spectrum; noviembre de 2023.
9. Ryzneuta® subcutaneous injection [prescribing information]. Singapur: Evive; marzo de 2024.
10. Jakob 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.

Factores estimulantes de colonias, acción corta

1. Neupogen® intravenous or subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; abril de 2023.
2. Zarxio™ intravenous or subcutaneous injection [prescribing information]. Princeton, NJ: Sandoz; octubre de 2024.
3. Nivestym™ intravenous or subcutaneous injection [prescribing information]. Lake Forest, IL: Hospira/Pfizer; febrero de 2024.
4. Releuko® subcutaneous or intravenous injection [prescribing information]. Bridgewater, NJ: Amneal; agosto de 2023.
5. Granix® subcutaneous injection [prescribing information]. North Wales, PA: Teva; noviembre de 2023.
6. Nypozi™ subcutaneous or intravenous injection [prescribing information]. San Diego, CA: Tanvex; junio de 2024.
7. Smith TJ, Bohlke K, Lyman GH, Carson KR, et al. 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.
8. Kuritzkes DR, Parenti D, Ward DJ, et al, 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.
9. Hermans P, Rozenbaum W, Joy A, et al, 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.
10. 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.
11. Mitsuyasu R. Prevention of bacterial infections in patients with advanced HIV infection. *AIDS.* 1999;13(Suppl 2):S19-S23.
12. Tesfa D, Keisu M, Palblad J. Idiosyncratic drug-induced agranulocytosis: Possible mechanism and management. *Am J Hematol.* 2009;84:428-434.
13. Andersohn F, Konzen C, Garbe E. Systematic review: Agranulocytosis (revisión sistemática: agranulocitosis).
14. Beaushesne MF, Shalansky SJ. Nonchemotherapy drug-induced agranulocytosis: A review of 118 patients treated with colony-stimulating factors. *Pharmacother.* 1999;19(3):299-305.
15. Bhatt V, Saleem A. Review: Drug-induced neutropenia-pathophysiology, clinical features, and management. *Ann Clin Lab Sci.* 2004;34(2):131-136.
16. Curtis BR. Drug-induced immune neutropenia/agranulocytosis. *Immunohematology.* 2014;30(2):95-101.
17. Andres E, Mourrot-Cottet R. Non-chemotherapy drug-induced neutropenia – an update. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16(11):1235-1242.
18. Andres E, Mourrot-Cottet R, Maloisel F, et al. Idiosyncratic drug-induced neutropenia and agranulocytosis. *QJM.* Mayo de 2017;110(5):299-305.

Denosumab, Prolia

1. Prolia® subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; mayo de 2025.
2. Conexence® subcutaneous injection [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; marzo de 2025.
3. Jubbonti® subcutaneous injection [prescribing information]. Princeton, NJ: Sandoz; octubre de 2024.
4. Stoboclo® subcutaneous injection [prescribing information]. Jersey City, NJ: Celltrion; febrero de 2025.
5. Bildyos® subcutaneous injection [prescribing information]. Jersey City, NJ: Shanghai Henlius Biotech/Organon; agosto de 2025.
6. Ospomyv™ subcutaneous injection [prescribing information]. Incheon, Republic of Korea: Samsung Bioepis; febrero de 2025.
7. Osvyrti® subcutaneous injection [prescribing information]. Raleigh, NC: Accord; octubre de 2025.
8. Bosaya™ subcutaneous injection [prescribing information]. Cambridge, MA. Biocon: septiembre de 2025.
9. Enoby™ subcutaneous injection [prescribing information]. Cherry Hill, NJ. Hikma: septiembre de 2025.
10. Humphrey MB, Russell L, Danila MI, et al. 2022 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Rheumatol.* 2023;75(12):2088-2102.
11. Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(5):1595-1622.
12. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocrin Pract.* 2020;26(Suppl 1):1-46.
13. LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 2022;33(10):2049-2102.

Denosumab, Xgeva

1. Xgeva® subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; mayo de 2025.
2. Bomynta® subcutaneous injection [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; marzo de 2025.
3. Osenvelt® subcutaneous injection [prescribing information]. Jersey City, NJ: Celltrion; febrero de 2025.
4. Wyost® subcutaneous injection [prescribing information]. Princeton, NJ: Sandoz; marzo de 2024.
5. Xbryk™ subcutaneous injection [prescribing information]. Incheon, Republic of Korea: Samsung Bioepis; febrero de 2025.
6. Aukelso™ subcutaneous injection [prescribing information]. Cambridge, MA. Biocon: septiembre de 2025.
7. Jubereq® subcutaneous injection [prescribing information]. Raleigh, NC: Accord; octubre de 2025.
8. Xtrenbo™ subcutaneous injection [prescribing information]. Cherry Hill, NJ. Hikma: septiembre de 2025.
9. Ghada El-Hajj Fuleihan, Clines GA, Hu MI, et al. Treatment of hypercalcemia of malignancy in adults: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023;108(3):507-528.

Eculizumab

1. Soliris® intravenous infusion [prescribing information]. Boston, MA: Alexion; marzo de 2025.
2. Bkemyv™ intravenous infusion [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; octubre de 2024.
3. Epsysqli® intravenous infusion [prescribing information]. Yeonsu-gu, Incheon, Republic of Korea; abril de 2025.

4. Campistol JM, Arias M, Ariceta G, et al. An update for atypical haemolytic uraemic syndrome: diagnosis and treatment. A consensus document. *Nefrología*. 2015;35:421-447.
5. Atypical hemolytic-uremic syndrome. National Institutes of Health (NIH). Disponible en: <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/atypical-hemolytic-uremic-syndrome#sourcesforpage>. Consultado el 22 de julio de 2025.
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Myasthenia Gravis. Actualizado en marzo de 2020. Disponible en: https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/migrate-documents/myasthenia_gravis_e_march_2020_508c.pdf. Consultado el 22 de julio de 2025.
7. Sanders DB, Wolfe GI, Benatar M, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis. *Neurology*. 2016;87:419-425.
8. National Organization for Rare Disorders. Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder. Disponible en: <https://rarediseases.org/rare-diseases/neuromyelitis-optica/>. Última actualización el 27 de julio de 2022. Consultado el 22 de julio de 2025.
9. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*. 2015;85(2):177-189.
10. Cançado RD, da Silva Araújo A, Sandes AF, et al. Consensus statement for diagnosis and treatment of paroxysmal nocturnal haemoglobinuria. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2021;43:341-348.
11. Shah N, Bhatt H. Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria. [Actualizado el 31 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2023 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562292/>. Consultado el 17 de septiembre de 2024.
12. Roth A, Maciejewski J, Nishinura JI, et al. Screening and diagnostic clinical algorithm for paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: Expert consensus. *Eur J Haematol*. 2018;101(1):3-11.
13. Narayanaswami P, Sanders DB, Wolfe G, et al. International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis: Actualización de 2020. *Neurology*. 19 de enero de 2021; 96(3):114-122.
14. O'Connell K, Ramdas S, Palace J. Management of juvenile myasthenia gravis. *Front Neurol*. 2020;11:743. Doi: 10.3389/fneuro.2020.00743.
15. Kämpfel T, Gighlhuber K, Aktas O, et al. Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) – revised recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). Part II: Attack therapy and long-term management. *J Neurol*. 2024;271:141-176.
7. Gammaked™ 10% solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ: Kedrion; enero de 2020.
8. Gammaplex® 5% intravenous solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ: Kedrion (Bio Products Laboratory); julio de 2025.
9. Gamunex®-C 10% solution [prescribing information]. Research Triangle Park, NJ: Grifols; enero de 2020.
10. Octagam® 5% intravenous solution [prescribing information]. Paramus, NJ: Octapharma; abril de 2022.
11. Octagam® 10% intravenous solution [prescribing information]. Paramus, NJ: Octapharma; abril de 2022.
12. Privigen® 10% intravenous solution [prescribing information]. Kankakee, IL: CSL Behring; mayo de 2025.
13. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention. 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.
14. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK, et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;136(5):1186-205.
15. Panzyga 10% intravenous solution [prescribing information]. New York; NY: Pfizer; abril de 2025.
16. Asceniv 10% intravenous solution [prescribing information]. Boca Raton, FL. ADMA Biologics; abril de 2025.
17. Bonilla FA, Barlan I, Chapel H, et al. International Consensus Document (ICON): Common variable immunodeficiency disorders. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(1):38-59.
18. Perez EE, Orange JS, Bonilla F, et al. Update on the use of immunoglobulin in human disease: A review of evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(3S):S1-S46.
19. Wasserman RL, Lumry W, Harris J, et al. Efficacy, safety, and pharmacokinetics of a new 10% liquid intravenous immunoglobulin containing high titer neutralizing antibody to RSV and other respiratory viruses in subjects with primary immunodeficiency disease. *J Clin Immunol*. 2016;36:590-599.
20. Otani S, Davis AK, Cantwell L, et al. Evolving experience of treating antibody-mediated rejection following lung transplantation. *Transpl Immunol*. 2014;31(2):75-80.
21. Anderson D, Ali K, Blanchette V, et al. Guidelines on the use of intravenous immune globulin for hematologic conditions. *Transfus Med Rev*. 2007;21(2 Suppl 1):s9-56.
22. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*. 2019;3(23):3829-3866.
23. Neunert C, Lim W, Crowther M, et al. The American Society of Hematology 2011 evidenced-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*. 2011;117:4190-4207.
24. Gammaplex 10% intravenous solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ: Kedrion (Bio Products Laboratory); mayo de 2024.
25. American Academy of Pediatrics. Kawasaki disease. En: Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, eds. *Red Book*; 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases, 33rd Ed. American Academy of Pediatrics; 2024:522-529.
26. UK National Health Service. Commissioning position (2025). NHS England » Clinical commissioning policy for the use of therapeutic immunoglobulin (Ig) England (2025). Consultado el 10 de noviembre de 2025.
27. Ahmed AR. Use of intravenous immunoglobulin therapy in autoimmune blistering diseases. *Int Immunopharmacol*. 2006;6(4):557-578.
28. Enk A, Hadaschik E, Eming R, et al. European guidelines on the use of high-dose intravenous immunoglobulin in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2017;15(2):228-241.

Inmunoglobulinas, vía intravenosa

1. Bivigam® 10% intravenous solution [prescribing information]. Boca Raton, FL: ADMA Biologics; abril de 2025.
2. Murrell D, Pena S, Joly P, et al. Diagnosis and management of pemphigus: Recommendations of an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(3):575-585.
3. Flebogamma® 5% DIF intravenous solution [prescribing information]. Los Angeles, CA: Grifols; agosto de 2024.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Advisory. Management of obstetric-gynecologic patients during a measles outbreak. marzo de 2024. Última actualización el 15 de mayo de 2025. Disponible en: www.acog.com. Consultado el 10 de noviembre de 2025.
5. Gammagard® Liquid 10% solution [prescribing information]. Cambridge, MA: Takeda; septiembre de 2024.
6. Gammagard® S/D IgA < 1 mcg/mL in a 5% intravenous solution [prescribing information]. Cambridge, MA: Takeda; febrero de 2025.

29. Gurean HM, Jeph S, Ahmed AR. Intravenous immunoglobulin therapy in autoimmune mucocutaneous blistering diseases: a review of the evidence for its efficacy and safety. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11:315-326.
30. Glisson CC. UpToDate® 2025. Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD): Clinical features and diagnosis. Disponible en: www.uptodate.com. Consultado el 10 de noviembre de 2025.
31. Aggarwal R, Charles-Schoeman C, Schessl J, et al. Prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase III study evaluating efficacy and safety of Octagam 10% in patients with dermatomyositis (ProDERM Study). *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(1):e23677.
32. Marfo K, Lu A, Ling M, Akalin E. Desensitization protocols and their outcome. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6:922-936.
33. Zachary AA, Leffell MS. Desensitization for solid organ and hematopoietic stem cell transplantation. *Immunol Rev*. 2014;258:183-207.
34. Colvin MM, Cook JL, Chang P, et al; American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Cardiopulmonary Critical Care, Perioperative and Resuscitation, et al. Antibody-mediated rejection in cardiac transplantation emerging knowledge in diagnosis and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:1608-1639.
35. Hughes RA, Wijidicks, EF, Barohn R, et al.; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: immunotherapy for Guillain-Barre syndrome: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2003;61:736-740. Pautas reafirmadas el 8 de febrero de 2025.
36. Van Doorn PA, Van den Bergh PYK, Hadden RDM, et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barre syndrome. *Eur J Neurol*. 2023;30(12):3646-3674.
37. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, et al; Center for International Blood and Marrow Research; National Marrow Donor program; European Blood and Marrow Transplant Group; American Society of Blood and Marrow Transplantation; Canadian Blood and Marrow Transplant Group; Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America; Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada; Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: A global perspective. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2009;15:1143-1238.
38. Panel on Opportunistic Infections in Children with and Exposed to HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in children with and exposed to HIV. Department of Health and Human Services. Última revisión: 5 de junio de 2025. Disponible en: [Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Exposed and HIV-Infected Children](https://www.hivguidelines.org/). Consultado el 10 de noviembre de 2025.
39. American Academy of Pediatrics. Human Immunodeficiency Virus Infection. En: Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, eds. *Red Book®: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 33rd Ed. American Academy of Pediatrics; 2024:489-503.
40. The NCCN Multiple Myeloma Clinical Practice Guidelines in Oncology (version 3.2026 – November 3, 2025). © 2025 Red National Comprehensive Cancer Network. Disponible en <http://www.nccn.org>. Consultado el 10 de noviembre de 2025.
41. National Multiple Sclerosis Society. Relapse management. Disponible en: <http://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Clinical-Care/Managing-MS/Relapse-Management>. Consultado el 10 de noviembre de 2025.
42. Hachem RR, Yusen RD, Meyers BF, et al. Anti-human leukocyte antigen antibodies and preemptive antibody-directed therapy after lung transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2010;29:973.
43. Lejeune A, Martin L, Santibanez S, et al. Postexposure prophylaxis with intravenous immunoglobulin G prevents infants from getting measles. *Acta Paediatr*. 2017;106(1):174-177.
44. American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections. En: Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, eds. *Red Book®: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 33rd Ed. American Academy of Pediatrics; 2024:938-951.
45. VariZIG® for intramuscular injection [prescribing information]. Hoboken, NJ: Kamada; septiembre de 2022.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Tetanus. Disponible en: [Clinical Care of Tetanus | Tetanus | CDC](https://www.cdc.gov/tetanus/). Consultado el 10 de noviembre de 2025.
47. Broliden K, Tolfenstam T, Norbeck O. Clinical aspects of parvovirus B19 infection. *J Intern Med*. 2006;260:285-304.
48. Symington A, Paes B. Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia: harvesting the evidence to develop a clinical approach to management. *Am J Perinatal*. 2011;28:137-144.
49. Townsley DM. Hematologic complications of pregnancy. *Semin Hematol*. 2013;50:222-231.
50. Kumpfel T, Gighuber K, Aktas O, et al. Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) – revised recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). Part II: Attack therapy and long-term management. *J Neurol*. 2024;271:141-176.
51. Yimmugo® 10% intravenous solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ. Kedrion (Biotest); julio de 2024.
52. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2025. Disponible en: <https://ginasthma.org/>. Consultado el 11 de noviembre de 2025.
53. Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, et al. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology Guidelines. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(4S):S49-S57.
54. Allenbach Y, Mammen AL, Benveniste O, et al. 224th ENMC International Workshop: Clinico-sero-pathological classification of immune-mediated necrotizing myopathies. Zandvoort, The Netherlands, del 14 al 16 de octubre de 2016. *Neuromuscul Disord*. 2018;28(1):87-99.
55. Goebel A, Baranowski A, Maurer K, et al. Intravenous immunoglobulin treatment of the complex regional pain syndrome: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;152:152-158.
56. Goebel A, Bisla J, Carganillo R, et al. Low-dose intravenous immunoglobulin treatment for long-standing complex regional pain syndrome: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2017;167(7):476-483.
57. Chrissafidou A, Malek M, Musch E. Experimental study on the use of intravenous immunoglobulin in patients with steroid-resistant Crohn's disease. *Gastroenterol*. 2007;45:605-608.
58. Balfour-Lynn IM, Mohan U, Bush A, Rosenthal M. Intravenous immunoglobulin for cystic fibrosis lung disease: a case series of 16 children. *Arch Dis Child*. 2004;89:315-319.

59. Relkin NR, Thomas RG, Rissman RA, et al. A phase 3 trial of IV immunoglobulin for Alzheimer disease. *Neurology*. 2017;88(18):1768-1775.
 60. Christopher-Stine L. UpToDate® 2025. Clinical manifestations and diagnosis of immune-mediated necrotizing myopathy and Treatment of immune-mediated necrotizing myopathy. Disponible en: www.uptodate.com. Consultado el 11 de noviembre de 2025.
 61. Tavee J, Brannagan TH, Lenihan MW, et al. Updated consensus statement: Intravenous immunoglobulin in the treatment of neuromuscular disorders report of the AANEM ad hoc committee. *Muscle Nerve*. 2023;68(4):356-374.
 62. Caro XJ, Winter EF, Dumas AJ. A subset of fibromyalgia patients have findings suggestive of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy and appear to respond to IVIG. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:208-211.
 63. Sanders DB, Wolfe GI, Benatar M, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis: Executive summary. *Neurology*. 2016;87(4):419-425.
 64. Eid AJ, Ardura MI, AST Infectious Disease Community of Practice. Human parvovirus B19 in solid organ transplantation: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. *Clin Transplant*. Septiembre de 2019;33(9):e13535.
 65. Van den Bergh PY, van Doorn PA, Hadden RD, et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force – Second revision. *J Peripher Nerv Syst*. Septiembre de 2021;26(3):242-268.
 66. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The role of immunotherapy in in vitro fertilization: a guideline. *Fertil Steril*. 2018;110:387-400.
 67. Banwell B, Bennett JL, Marignier R, et al. Diagnosis of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disease: International MOGAD Panel proposed criteria. *Lancet Neurol*. 2023;22:268-282.
 68. Sechi E, Cacciaguerra L, Chen JJ, et al. Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody-Associated Disease (MOGAD): A review of clinical and MRI features, diagnosis, and management. *Front Neurol*. 2022;13:885218.
 69. Mcheik S, Peramo B, Quenby S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open*. 2023(1):hoad002. doi: 10.1093/hropen/hoad002.
 70. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012;95:1103-1111.
 71. Schneider BJ, Naidoo J, Santomaso BD, et al. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: American Society of Clinical Oncology guideline update. *J Clin Oncol*. 2021;39(36):4073-4126.
 72. Garces JC, Biusti S, Giusti S, et al. Antibody-mediated rejection: A review. *Ochsner J*. 2017;17(1):46-55.
 73. Wan SS, Yin TD, Wyburn K, et al. The treatment of antibody-mediated rejection in kidney transplantation: An updated systematic review and meta-analysis. *Transplantation*. 2018;102(4):557-568.
 74. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant*. 2009;9(Suppl 3):S1.
 75. Witt CA, Gaut JP, Yusen RD, et al. Acute antibody-mediated rejection after lung transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2013;32:1034.
 76. Ma Y, Man J, Niu J, et al. Progress of research on human parovirus B19 infection after renal transplantation. *Transplant Rev*. 2022;36(4):100730.
 77. Alyglo™ 10% intravenous solution [prescribing information]. Teaneck, NJ: GC Biopharma; diciembre de 2023.
 78. Hayden PJ, Roddie C, Prader P, et al. Management of adults and children receiving CAR T-cell therapy. 2021 best practice recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation and the Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT and the European Haematology Association. *Ann Oncol*. 2022;33:259-75.
 79. Elovaar I, Apostolski S, Van Doorn P, et al. EFNS task force on the use of intravenous immunoglobulin in treatment of neurological diseases. *Eur J Neurol*. 2008;15:893-908.
 80. Gammagard Liquid ERC 10% intravenous or subcutaneous solution [prescribing information]. Cambridge, MA: Takeda; junio de 2025.
 81. Qivigy 10% intravenous solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ: Kedrion; septiembre de 2025.
- ### Inmunoglobulinas, vía subcutánea
1. Gammagard® Liquid 10% [prescribing information]. Lexington, MA: Takeda; enero de 2024.
 2. Gammaked™ 10% solution [prescribing information]. Fort Lee, NJ: Kedrion; enero de 2020.
 3. Gamunex®-C 10% solution [prescribing information]. Research Triangle Park, NC: Grifols; julio de 2024.
 4. Hizentra® 20% subcutaneous solution [prescribing information]. Kankakee, IL: CSL Behring; abril de 2023.
 5. HyQvia® 10% subcutaneous solution with recombinant human hyaluronidase [prescribing information]. Lexington, MA: Takeda; julio de 2025.
 6. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention. 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® 20% subcutaneous solution [prescribing information]. Research Triangle Park, NC: Grifols; marzo de 2025.
 8. Cuvitru™ 20% subcutaneous solution [prescribing information]. Lexington, MA: Takeda; marzo de 2025.
 9. Cutaquig® 16.5% subcutaneous solution [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; marzo de 2025.
 10. Perez EE, Orange JS, Bonilla F, et al. 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, et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;136:1186-1205.
 12. Gammagard Liquid ERC 10% intravenous or subcutaneous solution [prescribing information]. Cambridge, MA: Takeda; junio de 2025.
- ### Inmunomoduladores
1. Infliximab intravenous infusion [prescribing information]. Horsham, PA: Janssen; octubre de 2021.
 2. Inflectra® intravenous infusion [prescribing information]. Yeonsu-gu, Incheon, Republic of Korea: Celltrion/Pfizer; septiembre de 2025.
 3. Renflexis® intravenous infusion [prescribing information]. Jersey City, NJ: Samsung Bioepis/Organon; octubre de 2025.
 4. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 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.
 5. Lichtenstein G, Loftus E, Afzali A, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. Junio de 2025;120(6):1225-1264.

6. Scott FI, Ananthakrishnan AN, Click B, et al. AGA Living Clinical Practice Guideline on the Pharmacologic Management of Moderate-to-Severe Crohn's Disease. *Gastroenterology*. Diciembre de 2025;169(7):1397-1448.
 7. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. 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, et al. 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, et al. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(7):1108-1123.
 10. Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, et al. AGA Living Clinical Practice Guideline on Pharmacological Management of Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. Diciembre de 2024;167(7):1307-1343.
 11. Rubin D, Ananthakrishnan A, Siegel C. ACG Clinical Guideline Update: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J of Gastroenterol*. Junio de 2025;120(6):1187-1224.
 12. Hatemi G, Christensen R, Bang D, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(6):808-818.
 13. Levy-Clarke G, Jabs DA, Read RW, et al. 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.
 14. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: topical, intralesional, and systemic medical management. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):91-101.
 15. Papadakis KA, Treyzon L, Abreu MT, et al. Infliximab in the treatment of medically refractory indeterminate colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;18:741-747.
 16. Gornet JM, Couve S, Hassani Z, et al. Infliximab for refractory ulcerative colitis or indeterminate colitis: an open-label multicentre study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;18:175-181.
 17. Onel KB, Horton DB, Lovell DJ, et al. 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*. 2022 Apr;74(4):553-569.
 18. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, et al. 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.
 19. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 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.
 20. Łyko M, Ryguła A, Kowalski M, Karska J, Jankowska-Konsur A. The Pathophysiology and Treatment of Pyoderma Gangrenosum-Current Options and New Perspectives. *Int J Mol Sci*. 19 de febrero de 2024;25(4):2440.
 21. Baughman RP, Valeyre D, Korsten P, et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2021;58(6):2004079.
 22. Riera E, Olivé A, Narváez J, et al. Adult onset Still's disease: review of 41 cases. *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(2):331-336.
 23. Pouchot J, Arlet JB. Biological treatment in adult-onset Still's disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;26(4):477-487.
 24. Kontzias A, Efthimiou P. Adult-onset Still's disease: pathogenesis, clinical manifestations and therapeutic advances. *Drugs*. 2008;68:319-337.
 25. Menter A, Gelfand JM, Connor C, et al. Joint American Academy of Dermatology – National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(6):1445-1486.
 26. Nast A, Spuls PI, Dressler C, et al. EuroGuiDerm guideline for the systemic treatment of psoriasis vulgaris. Actualizado en febrero de 2025. Disponible en: <https://www.guidelines.edf.one/guidelines/psoriasis-guideline>. Consultado el: 20 de octubre de 2025
 27. Avsola® intravenous infusion [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; agosto de 2025.
- ### Hierro intravenoso
1. Injectafer® intravenous infusion or injection [prescribing information]. Shirley, NY: American Regent; mayo de 2023.
 2. Venofer® intravenous infusion or injection [prescribing information]. Shirley, NY: American Regent; julio de 2022.
 3. Feraheme® intravenous infusion [prescribing information]. Waltham, MA: AMAG Pharmaceuticals; junio de 2022.
 4. Monofer® intravenous infusion [prescribing information]. Morristown, NJ: Pharmacosmos Therapeutics; septiembre de 2024.
 5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2012;2(Suppl):279-335.
 6. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines [published correction appears in *J Am Coll Cardiol*. 18 de abril de 2023;81(15):1551]. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(17):e263-e421.
- ### Trastornos oftálmicos, inhibidores intravítreos del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, en inglés)
1. Beovu® intravitreal injection [prescribing information]. Hanover, NJ: Novartis; julio de 2024.
 2. Eylea® intravitreal injection [prescribing information]. Tarrytown, NY: Regeneron; octubre de 2024.
 3. Lucentis® intravitreal injection [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; febrero de 2024.
 4. Byooviz™ intravitreal injection [prescribing information]. Cambridge, MA: Biogen; octubre de 2023.
 5. Vabysmo™ intravitreal injection [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; julio de 2024.
 6. Cimerli™ intravitreal injection [prescribing information]. Redwood City, CA: Coherus; mayo de 2024.
 7. Eylea™ HD intravitreal injection [prescribing information]. Tarrytown, NY: Regeneron; octubre de 2024.
 8. Pavblu™ intravitreal injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; agosto de 2024.
 9. American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Age-related macular degeneration. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2019. <https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/age-related-macular-degeneration-ppp>. Consultado el 1 de agosto de 2024.

10. American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Diabetic retinopathy. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2019. <https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/diabetic-retinopathy-ppp>. Consultado el 1 de agosto de 2024.
 11. Hang A, Feldman S, Amin AP, et al. Intravitreal anti-vascular endothelial growth factor therapies for retinal disorders. *Pharmaceuticals*. 2023;16:1140. Doi.org/10.3390/ph16081140.
- Paclitaxel**
1. Paclitaxel intravenous infusion [prescribing information]. Lake Forest, IL: Hospira; abril de 2021.
 2. Abraxane® intravenous infusion [prescribing information]. Summit, NJ: Celgene; agosto de 2020.
 3. Shroff RT, Javle MM, Xiao L, et al. 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, et al. 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, et al. 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.
 6. Hersh EM, O'Day SJ, Ribas A, et al. A phase 2 clinical trial of nab-paclitaxel in previously treated and chemotherapy-naïve patients with metastatic melanoma. *Cancer*. 2010;116:155-163.
 7. Coleman RL, Brady WE, McMeekin DS, et al. A phase II evaluation of nanoparticle, albumin-bound (nab) paclitaxel in the treatment of recurrent or persistent platinum-resistant ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol*. 2011;122(1):111-115.
- Rituximab**
1. Rituxan [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; diciembre de 2021.
 2. Ruxience [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; octubre de 2023.
 3. Truxima [prescribing information]. North Wales, PA: Teva/Celltrion; julio de 2024.
 4. Rituxan Hycela™ injection for SC use [prescribing information]. South San Francisco, CA: Biogen y Genentech/Roche; junio de 2021.
 5. Riabni [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; febrero de 2023.
 6. Chung SA, Langford CA, Maz M, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheumatol*. 8 de julio de 2021 [publicación en línea previa a la impresión].
 7. Tieu J, Smith R, Basu N, et al. 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, et al. 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, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*. 2019;3(23):3829-3866.
 10. The use of disease-modifying therapies in multiple sclerosis. The use of disease-modifying therapies in multiple sclerosis. Actualizado en junio de 2019. http://ms-coalition.org/wp-content/uploads/2019/06/MSCDMTPaper_062019.pdf. Consultado el 18 de julio de 2023.
 11. Rae-Grant A, Day GS, Marrie RA, et al. 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.
 12. Kümpfel T, Gíglhuber K, Aktas O, et al. Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) – revised recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). Part II: Attack therapy and long-term management. *J Neurol*. 2024;271:141-176.
 13. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2 de enero de 2024;83(1):15-29.
 14. Harman KE, Brown D, Exton LS, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. *Br J Dermatol*. 2017;177(5):1170-1201.
 15. Schneider B, Naidoo J, Santomaso B, et al. 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.
 16. Hill QA, Stamps R, Massey E, et al. The diagnosis and management of primary autoimmune haemolytic anemia. *Br J Haematol*. 2017;176:395-411.
 17. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Kidney Int*. 2021; 100(4S):S1–S276.
 18. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Nephrotic Syndrome in Children Work Group. KDIGO 2025 Clinical Practice Guideline for the Management of Nephrotic Syndrome in Children. *Kidney Int*. 2025;107(5S):S241–S289.
 19. Zheng XL, Al-Housni Z, Cataland SR, et al. 2025 focused update of the 2020 ISTH guidelines for management of thrombotic thrombocytopenic purpura. *J Thromb Haemost*. 17 de junio de 2025;S1538-7836(25)00360-5.
 20. Zheng XL, Vesely SK, Cataland SR, et al. ISTH guidelines for treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura. *J Thromb Haemost*. Octubre de 2020;18(10):2496-2502.
 21. Sanders DB, Wolfe GI, Benatar M, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis. *Neurology*. 2016;87:419–425.
 22. Narayanaswami P, Sanders DB, Wolfe G, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis, actualización de 2020. *Neurology*. 2021;96:114-122.
 23. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant*. Noviembre de 2009;9(Supl. 3): S1–S157.
 24. Velleca A, Shullo MA, Dhital K, et al. The International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) guidelines for the care of heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant*. mayo de 2023;42(5):e1-e141.
 25. Kobashigawa J, Zuckermann A, Zeevi A, et al. Summary of the International Society for Heart and Lung Transplantation consensus conference on emerging understanding of antibodies and antibody-mediated rejection in heart transplantation. *J Heart Lung Transplant*. agosto de 2025;44(8):e1-e20.
 26. Levine DJ, Glanville AR, Aboyoun C, et al. Antibody-mediated rejection of the lung: A consensus report of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Heart Lung Transplant*. Abril de 2016;35(4):397-406.
 27. Vo AA, Lukovsky M, Toyoda M, et al. Rituximab and intravenous immune globulin for desensitization during renal transplantation. *N Engl J Med*. 2008;349:242-251.

28. Velez M, Johnson MR. Management of allosensitized cardiac transplant candidates. *Transplant Rev (Orlando)*. Octubre de 2009;23(4):235-247.
29. Tydén G, Genberg H, Tollemar J, et al. A randomized, double blind, placebo-controlled, study of single-dose rituximab as induction in renal transplantation. *Transplantation*. Mayo de 2009;87(9):1325-1329.
30. Tydén G, Ekberg H, Tufveson G, Mjörnstedt L. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of single dose rituximab as induction in renal transplantation: A 3-year follow-up. *Transplantation*. Agosto de 2012;94(3):e21-e22.
31. Scully M, McDonald V, Cavenagh J, et al. A phase 2 study of the safety and efficacy of rituximab with plasma exchange in acute acquired thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood*. 2011;118:1746-1753.
32. Westwood JP, Thomas M, Alwan F, et al. Rituximab prophylaxis to prevent thrombotic thrombocytopenic purpura relapse: outcome and evaluation of dosing regimens. *Blood Adv*. 2017;1:1159-1166.
33. Abou-Ismaïl MY, Arafah Y, Fu P, Cao S, Schmaier AH, Nayak L. Outcomes of immune thrombotic thrombocytopenic purpura (iTTP) with upfront cyclophosphamide vs rituximab. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:588526.
34. Johnson SR, Bernstein EJ, Bolster MB, et al. 2023 American College of Rheumatology (ACR)/American College of Chest Physicians (CHEST) guideline for the treatment of interstitial lung disease in people with systemic autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatol*. Agosto de 2024;76(8):1182-1200.

Análogos de la somatostatina, acción prolongada

1. Somatuline® Depot injection [prescribing information]. Basking Ridge, NJ: Ipsen; octubre de 2024.
2. Lanreotide subcutaneous injection [prescribing information]. Warren, NJ: Cipla; septiembre de 2024.
3. Sandostatin® LAR Depot intramuscular injection [prescribing information]. East Hanover, NJ: Novartis; julio de 2024.
4. Strosberg JR, Halfdanarson TR, Bellizzi AR, et al. The North American Neuroendocrine Tumor Society consensus guidelines for surveillance and medical management of midgut neuroendocrine Tumors. *Pancreas*. 2017;46(6):707-714.
5. Kong X, Cao Y, Yang D, Zhang X. Continuous irrigation and suction with a triple-cavity drainage tube in combination with sequential somatostatin-somatotropin administration for the management of postoperative high-output enterocutaneous fistulas: Three case reports and literature review. *Medicine*. 2019;98(46):e18010.
6. Tian W, Zhao R, Luo S, et al. Effect of postoperative utilization of somatostatin on clinical outcome after definitive surgery for duodenal fistula. *Eur J Med Res*. 2023;28(1):63.
7. Alghamdi AA, Jawas AM, Hart RS. Use of octreotide for the prevention of pancreatic fistula after elective pancreatic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Surg*. 2007;50(6):459-466.
8. Veillette G, Dominguez I, Ferrone C, et al. Implications and management of pancreatic fistulas following pancreaticoduodenectomy: the Massachusetts General Hospital experience. *Arch Surg*. 2008;143(5):476-481.
9. Sundaram S, Patra BR, Choksi D, et al. Outcomes and predictors of response to endotherapy in pancreatic ductal disruptions with refractory internal and high-output external fistulae. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2022;26(4):347-354.

10. Noori I. Postoperative enterocutaneous fistulas: Management outcomes in 23 consecutive patients. *Ann Med Surg*. 2021;66:102413.
11. Maroun JA, Anthony LB, Blais N, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced diarrhea in patients with colorectal cancer: a consensus statement by the Canadian Working Group on Chemotherapy-Induced Diarrhea. *Curr Oncol*. 2007;14(1):13-20.
12. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG clinical guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(9):1265-1288.
13. Golstein LCMJ, Grooteman KV, Bernts LHP, et al. Standard of care versus octreotide in angiodysplasia-related bleeding (the OCEAN Study): a multicenter randomized controlled trial *Gastroenterology*. 2024;166(4):690-703.

Medicamentos para el lupus eritematoso sistémico (SLE; lupus)

1. Benlysta® injection [prescribing information]. Rockville, MD: Human Genome Sciences/GlaxoSmithKline; mayo de 2024.
2. Saphnelo® injection [prescribing information]. Wilmington, DE: AstraZeneca; septiembre de 2022.
3. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):736-745.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lupus Nephritis Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the management of LUPUS NEPHRITIS. *Kidney Int*. 2024;105(1S):S1-S69.
5. Stohl W, Merrill JT, McKay JD, et al. 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.
6. Sammaritano L, Askanase A, Bermas B, et al. 2024 American College of Rheumatology (ACR) Guidelines for the Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis. Publicado: 7 de mayo de 2025. Disponible en: <https://rheumatology.org/lupus-guideline>. Consultado el: 25 de junio de 2025.

Testosterona, inyectable

1. Depo®-Testosterone [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; junio de 2024.
2. Testosterone enanthate injection [prescribing information]. Berkeley Heights, NJ: Hikma; enero de 2021.
3. Testopel® [prescribing information]. Malvern, PA: Endo; julio de 2025.
4. Aveed™ [prescribing information]. Malvern, PA: Endo; julio de 2025.
5. Xyosted [prescribing information]. Ewing, NJ: Antares; julio de 2025.
6. Azmiro™ [prescribing information]. Woburn, MA: Azurity; julio de 2025.
7. Lee M. Erectile Dysfunction. *Urologic Disorders*. En: Dipro JT, Talbert RL, Yee GC, et al, eds. *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*. 8th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2008: 1437-1454.
8. Mulhall JP, Trost LW, Brannigan RE, et al. Evaluation and Management of Testosterone Deficiency. American Urological Association. 2018. Testosterone Deficiency Guideline - American Urological Association (auanet.org). Consultado el 1 de septiembre de 2023.
9. Bhasin S, Brito JP, Cunningham GR, et al. Testosterone therapy in men with hypogonadism: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(5):1715-1744.
10. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017; 102(11):3869-3903.

Tocilizumab

1. Actemra® intravenous infusion [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; septiembre de 2024.
2. Tofidence™ intravenous infusion [prescribing information]. Cambridge, MA: Biogen; julio de 2024.
3. Tyenne® intravenous infusion [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius Kabi; marzo de 2024.
4. Avtozma® intravenous infusion [prescribing information]. Jersey City, NJ: Celltrion; febrero de 2025.
5. Dejaco C, Ramiro S, Bond M, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2023;ard-2023-224543.
6. Tuckwell K, Collinson N, Dimonaco S, et al. Newly diagnosed vs. relapsing giant cell arteritis: baseline data from the GiACTA trial. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;46(5):657-664.
7. Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, et al. Trial of tocilizumab in giant-cell arteritis. *N Engl J Med*. 2017 ;377(4):317-328.
8. Onel KB, Horton DB, Lovell DJ, et al. 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 Care Res*., abril de 2022;74(4):521-537.
9. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, et al. 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 Care Res (Hoboken)*. 2019;71(6):717-734.
10. Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(10):1799-807.
11. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(7): 1108-1123.
12. Fautrel B, Mitrovic S, De Matteis A, et al. EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(12):1614-1627.
13. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the treatment and management of patients with COVID-19. 12 de agosto de 2024 Disponible en: <https://www.idsociety.org/COVID19guidelines>. Consultado el 2 de abril de 2025.
14. Ito H, Takazoe M, Fukuda Y, et al. A pilot randomized trial of a human anti-interleukin-6 receptor monoclonal antibody in active Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2004;126:989-996.
15. Mekinian AM, Georgin-Lavaille S, Ferrada MA, et al. American College of Rheumatology Guidance Statement for Diagnosis and Management of VEXAS Developed by the International VEXAS Working Group Expert Panel. *Arthritis Rheumatol*. 11 de agosto de 2025. doi: 10.1002/art.43287 [publicación en línea previa a la impresión].
16. Kunishita Y, Kirino Y, Tsuchida N, et al. Case report: tocilizumab treatment for VEXAS syndrome with relapsing polychondritis: a single-center, 1-year longitudinal observational study in Japan. *Front Immunol*. 13 de junio de 2022: 13:901063.
17. Tozaki N, Tawada C, Niwa H, et al. A case of VEXAS syndrome (vacuoles, E1 enzyme, X-linked, autoinflammatory, somatic) with decreased oxidative stress levels after oral prednisone and tocilizumab treatment. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:1046820.

18. Goyal A, Narayanan D, Wong W, et al. Tocilizumab for treatment of cutaneous and systemic manifestations of vacuoles, E1 enzyme, X-linked, autoinflammatory, somatic (VEXAS) syndrome without myelodysplastic syndrome. *Rep. de casos de JAAD* 2022;23:15-9.

Trastuzumab

1. Herceptin® intravenous infusion [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; febrero de 2021.
2. Herzuma® intravenous infusion [prescribing information]. North Wales, PA: Teva; mayo de 2019.
3. Kanjinti® intravenous infusion [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; octubre de 2022.
4. Ogivri® intravenous infusion [prescribing information]. Steinhausen, Suiza: Mylan; julio de 2023.
5. Trazimera™ intravenous infusion [prescribing information]. New York, NY: Pfizer; noviembre de 2020.
6. Herceptin Hylecta™ subcutaneous injection [prescribing information]. South San Francisco, CA: Genentech; junio de 2024.
7. Ontruzant® intravenous infusion [prescribing information]. Whitehouse Station, NJ: Merck; marzo de 2020.
8. Hercessi™ intravenous infusion [prescribing information]. Raleigh, NC: Accord BioPharma; septiembre de 2024.

Ustekinumab

1. Stelara® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Horsham, PA: Janssen Biotech; marzo de 2024.
2. Ustekinumab intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Horsham, PA: Janssen Biotech; abril de 2025.
3. Wezlana® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; octubre de 2023.
4. Otulfi® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Lake Zurich, IL: Fresenius; diciembre de 2024.
5. Pyzchiva® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Princeton, NJ: Sandoz; junio de 2024.
6. Selarsdi® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Parsippany, NJ: Teva; octubre de 2024.
7. Steqeyma® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Incheon, Republic of Korea: Celltrion; diciembre de 2024.
8. Yesintek® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Cambridge, MA: Biocon; diciembre de 2024.
9. Imuldosa® intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Raleigh, NC: Accord; octubre de 2025.
10. Ustekinumab-ttwe intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Grand Cayman, Cayman Islands: Quallent; marzo de 2025.
11. Ustekinumab-aekn intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Parsippany, NJ: Teva; octubre de 2024.
12. Starjemza™ intravenous infusion, subcutaneous injection [prescribing information]. Berkeley Heights, NJ: Hikma; mayo de 2025.
13. Lichtenstein G, Loftus E, Afzali A, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. Junio de 2025;120(6):1225-1264.
14. Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, et al. AGA Living Clinical Practice Guideline on Pharmacological Management of Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. Diciembre de 2024;167(7):1307-1343.

15. Rubin D, Ananthakrishnan A, Siegel C. ACG Clinical Guideline Update: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J of Gastroenterol.* Junio de 2025;120(6):1187-1224.
16. Poddubnyy D, Hermann KG, Callhoff J, et al. Ustekinumab for the treatment of patients with active ankylosing spondylitis: results of a 28-week, prospective, open-label, proof-of-concept study (TOPAS). *Ann Rheum Dis.* 2014;73(5):817-823.
17. Feuerstein JD, Ho EY, Shmidt E, et al. 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.

Viscosuplementos

1. Durolane® intraarticular injection [prescribing information]. Durham, NC: Bioventus; sin fecha.
2. Euflexxa® intraarticular injection [prescribing information]. Parsippany, NJ: Ferring; julio de 2016.
3. Gel-One® intraarticular injection [prescribing information]. Warsaw, IN: Zimmer; mayo de 2011.
4. Gelsyn-3® intraarticular injection [prescribing information]. Durham, NC: Bioventus; 2016.
5. GenVisc® 850 intraarticular injection [prescribing information]. Doylestown, PA: OrthogenRx; sin fecha.
6. Hyalgan® intraarticular injection [prescribing information]. Parsippany, NJ: Fidia Pharma; mayo de 2014.
7. Hymovis® intraarticular injection [prescribing information]. Parsippany, NJ: Fidia Pharma; octubre de 2015.
8. Monovisc® intraarticular injection [prescribing information]. Bedford, MA: DePuy Synthes; sin fecha.
9. Orthovisc® intraarticular injection [prescribing information]. Raynham, MA: DePuy Synthes; septiembre de 2014.
10. Sodium hyaluronate 1% intraarticular injection [prescribing information]. North Wales, PA: Teva; marzo de 2019.
11. Supartz® FX™ intraarticular injection [prescribing information]. Durham, NC: Bioventus; abril de 2015.
12. Synvisc® intraarticular injection [prescribing information]. Ridgefield, NJ: Genzyme; septiembre de 2014.
13. Synvisc-One® intraarticular injection [prescribing information]. Ridgefield, NJ: Genzyme; septiembre de 2014.
14. Triluron intraarticular injection [prescribing information]. Florham Park, NJ: Fidia Pharma; marzo de 2019.
15. Trivisc intraarticular injection [prescribing information]. Doylestown, PA: OrthogenRx; sin fecha.
16. Visco-3 intraarticular injection [prescribing information]. Durham, NC: Bioventus; sin fecha.
17. SynJoyn™ injection [prescribing information]. Naples, FL: Arthrex; 2022.
18. Kolasinski SH, Neogi T, Hochberg MC, et al. 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. Osteoarthritis of the Knee - Clinical Practice Guideline (CPG) | American Academy of Orthopaedic Surgeons (aaos.org). Consultado el 21 de septiembre de 2023.
20. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARS 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, et al. Treatment of glenohumeral osteoarthritis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2010;18(6):375-382.
24. Sun SF, Chou YJ, Hsu CW, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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.
2. Repatha® subcutaneous injection [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; noviembre de 2024.
3. Leqvio® subcutaneous injection [prescribing information]. East Hanover, NJ: Novartis; julio de 2025.
4. Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statins 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, et al. 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, et al. 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. Comité de práctica profesional de la Asociación Americana de la Diabetes. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care.* 2024;47(Suppl 1):S179-S218.
8. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 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.* 2023;82(9):833-955.
9. Gidding SS, Champagne MA, de Ferranti SD, et al. The agenda for familial hypercholesterolemia. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;132(22):2167-2192.
10. Haase A, Goldberg AC. Identification of people with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Curr Opin Lipidol.* 2012;23:282-289.
11. Hect HS, Cronin P, Blaha M, et al. 2016 SCCT/STR guidelines for coronary artery calcium scoring of noncontrast noncardiac chest CT scans: A report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography and Society of Thoracic Radiology. *J Thorac Imaging.* 2017;32(5):W54-S66.
12. Greenland P, Blaha MJ, Budoff MJ, et al. Coronary calcium score and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(4):434-447.
13. Razavi AC, Agatston AS, Shaw LJ, et al. Evolving role of calcium density in coronary artery calcium scoring and atherosclerotic cardiovascular disease risk. *JACC Cardiovas Imaging.* 2022;15:1648-1662.
14. Leher A, Mukherjee D. Coronary calcium risk score and cardiovascular risk. *Curr Vasc Pharmacol.* 2021;19(3):280-284. Historial de revisiones
15. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 27 de febrero de 2025. [publicación en línea previa a la impresión].
16. Patel SB, Wyne KL, Afreen S, et al. American Association of Clinical Endocrinology clinical practice guideline on pharmacologic management of adults with dyslipidemia. *Endocrine Pract.* 2025;31:236-262.

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

1. Vyepiti® intravenous infusion [prescribing information]. Bothell, WA: Lundbeck; marzo de 2025.
2. Aimovig® injection for subcutaneous use [prescribing information]. Thousand Oaks, CA: Amgen; marzo de 2025.
3. Ajovy® injection for subcutaneous use [prescribing information]. North Wales, PA: Teva; marzo de 2025.
4. Emgality® injection for subcutaneous use [prescribing information]. Indianapolis, IN: Lilly; marzo de 2025.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38:1-211.
6. Damen JAA, Yang B, Idema DL, et al. Comparative effectiveness of pharmacologic treatments for the prevention of episodic migraine headache: A systematic review and network meta-analysis for the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2025;178(3):369-380.
7. Burch R. Chronic migraine in adults. *JAMA.* 2025;333(5):423-424.
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, on behalf of the Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache.* 2021;00:1-19.
10. Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, et al; American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. *Headache.* 11 de marzo de 2024. Publicación en línea previa a la impresión.
11. Ashina M, Saper J, Cady R, et al. Eptinezumab in episodic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study (PROMISE-1). *Cephalalgia.* 2020;40(3):241-254.
12. Datos en archivo. Eptinezumab-jjmr Pre-Approval Dossier, version 1.7. Lundbeck, Inc.; Deerfield, IL; recibido el 2 de marzo de 2020.
13. Qulipta® tablets [prescribing information]. Madison, NJ: AbbVie; marzo de 2025.
14. Nurtec® ODT [prescribing information]. New Haven, CT: Biohaven; marzo de 2025.

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

1. Praluent® subcutaneous injection [prescribing information]. Tarrytown, NY: Regeneron; marzo de 2024.

Fecha	Resumen de cambios
01/07/2026	Criterios de cobertura Denosumab - Prolia • Se agregaron nuevas clases y criterios de terapia escalonada. Denosumab - Xgeva • Se agregaron nuevas clases y criterios de terapia escalonada. Inmunoglobulinas - Vía intravenosa • Se agregó Gammagard líquida ERC como medicamento preferido. • Se agregó Qivigy como medicamento no preferido. Inmunoglobulina - Vía subcutánea • Se agregó Gammagard líquida ERC como medicamento preferido. Códigos aplicables Denosumab - Prolia • Bildyos <i>Preferido</i> • Q5136 <i>Preferido</i> • Bosaya <i>No preferido</i> • Q5158 <i>No preferido</i> • Enoby <i>No preferido</i> • Q5159 <i>No preferido</i> • Osvyrti <i>No preferido</i> • J0897 <i>No preferido</i> • Q5157 <i>No preferido</i> Denosumab – Prolia • Bilprevda <i>Preferido</i> • Q5136 <i>Preferido</i> • Aukelso <i>No preferido</i> • Q5158 <i>No preferido</i> • Xtrenbo <i>No preferido</i> • Q5159 <i>No preferido</i> • Jubereq <i>No preferido</i> • J0897 <i>No preferido</i> • Q5157 <i>No preferido</i> Inmunoglobulinas – Vía intravenosa • Gammagard líquida ERC <i>Preferido</i> • Qivigy <i>No preferido</i> Inmunoglobulinas – Vía subcutánea • Gammagard líquida ERC <i>Preferido</i>

