



Madrid, 26 de enero de 2024

ASUNTO: Suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud **FEBRERO 2024**.

En el archivo Excel adjunto que se remite con este escrito "Oferta Medicamentos-NM febrero 2024", se facilita la información detallada de inclusiones de medicamentos en la financiación, no inclusiones, anulaciones y diferentes causas de modificación de financiación recogidas en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS, del mes de febrero 2024 (independientemente de su comercialización).

En este escrito diferenciamos la información en los siguientes apartados con el fin de facilitar un mejor análisis y gestión, y se destacan determinados medicamentos y productos sanitarios por sus características y condiciones especiales de financiación:

1. MEDICAMENTOS QUE SE EXCLUYEN:

- Los medicamentos que a continuación se indican dejan de ser facturables al haber sido excluidos de la financiación por resolución de junio de 2023 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

CN	NOMBRE
702772	ALGIDRIN PEDIATRICO 20 MG/ML SUSPENSION ORAL, 200 ml
702784	DOLORAC PEDIATRICO 20 MG/ML SUSPENSION ORAL, 1 frasco de 200 ml
651474	ALGIDRIN INFANTIL 200 mg POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 20 sobres

- Los medicamentos que a continuación se indican pasan a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA al haber sido excluidos de la financiación por resolución de octubre 2023 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Estos medicamentos no eran facturables (estado de "Baja por no comercializar" no facturable).

CN	NOMBRE
762294	VIAFLO GLUCOSA 5% SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 1 bolsa de 50 ml
762310	VIAFLO GLUCOSA 5% SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 1 bolsa de 100 ml
762773	VIAFLO GLUCOSA 5% SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 1 bolsa de 250 ml
763821	VIAFLO GLUCOSA 5% SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 1 bolsa de 500 ml
763847	VIAFLO GLUCOSA 5% SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 1 bolsa de 1.000 ml

2. AVANCE INFORMACIÓN MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

Por resolución de enero de 2024 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia se ha resuelto excluir de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud el medicamento que a continuación se indica estableciéndose que, de acuerdo con el artículo tercero de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 6 de abril de 1993, que

Código seguro de Verificación : GEN-e0c7-df50-f9e4-6dda-01bf-2c67-ecd4-53bb | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>





desarrolla el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud; dicha exclusión producirá efectos a los tres meses de su notificación, contados a partir del día 1 del mes siguiente a la resolución, por lo que en el mes de mayo de 2024 pasará a la situación de BAJA EXCLUSION FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA. En el mes de septiembre de 2024 dejará de ser facturable.

CN	NOMBRE
70564	FLUENZ TETRA 10 ENVASES PULVER (VIDRIO) 0,2ML SUSPENSION PULVERIZ NASAL

3. INCLUSIONES EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SNS CON RESOLUCIÓN DE FINANCIACIÓN

En el mes de febrero 2024, se han incluido en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, **53** presentaciones de medicamentos:

	MES FEBRERO 24	
	Nº	% s. Total
Envase Normal	51	96,2%
Envase clínico	2	3,8%
Total	53	
Genéricos	18	34%
Biosimilares	1	1,89%
Huérfanos	3	5,7%

De estos 53 medicamentos, destacamos:

3.1 Nuevos principios activos/Nuevas asociaciones

- **Setmelanotida– A08AA12**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
737677	IMCIVREE 10MG/ML 1 VIAL MULTIDOSIS SOLUCION INYECTABLE		√			√

- **Indicación financiada:** IMCIVREE está indicado para el tratamiento de la obesidad y el control del hambre asociados al síndrome de Bardet-Biedl, déficit debido a mutaciones bialélicas de pérdida de función genéticamente confirmadas de proopiomelanocortina (POMC), incluido PCSK1, o de receptores de leptina (LEPR), en adultos y niños mayores de 6 años.
- Para la continuación de tratamiento transcurridos los tres primeros meses de tratamiento, será necesaria la valoración del especialista, considerando el control de la hiperfagia y una estabilización o pérdida de peso en adultos o una estabilización o reducción de la Z-score del IMC en niños y adolescentes.





- **Nota:** se entenderá por control de la hiperfagia el cambio en 3 de los 4 criterios de la Conferencia Internacional sobre Hiperfagia.
- Se establece un **techo máximo de gasto** en todo el SNS (incluidas las Mutualidades: MUFACE, MUGEJU e ISFAS, así como Sanidad Penitenciaria), a contar desde el mes de entrada en el Nomenclátor del medicamento y su puesta en el mercado, y considerando el precio a PVL del envase conforme a las siguientes cantidades anuales incluidas en la siguiente tabla. Este techo será para tres años.

	Año 1	Año 2	Año 3
Viales	987	2.317	4.355
Importe PVL	1.135.050 €	2.664.550 €	5.008.250 €

- En el caso de superarse el gasto máximo fijado anualmente a escala nacional, la empresa se haría cargo de los costes totales derivados del suministro del medicamento.
 - El seguimiento de los suministros/ventas y del gasto que se vaya produciendo se efectuará a través de un **Comité de Seguimiento** que se constituirá con la participación paritaria de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas que se considere oportunas y el Laboratorio Ofertante/suministrador.
 - La compañía se compromete a abonar al Servicio de Salud correspondiente, o a los centros que este designe, el diferencial entre el precio de Imcivree® suministrado a través de la aplicación de Medicamentos en Situaciones Especiales de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el coste neto, entendiéndose por tal: PVL financiado menos el 4% de deducción obligatoria según RDL 8/2010, para todas las unidades solicitadas a través de la mencionada aplicación.
 - **La compañía se compromete al suministro gratuito de los viales correspondientes a los 3 meses iniciales de tratamiento de todos los pacientes.**
- **CipaglucoSIDasa–A16AB23**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
762508	POMBILITI 105MG1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			
762509	POMBILITI 105MG10 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			
762510	POMBILITI 105MG25 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			

- **Indicación financiada:** Pombiliti (cipaglucoSIDasa alfa) es una terapia de sustitución enzimática a largo plazo que se utiliza en combinación con el estabilizador enzimático miglustat para el tratamiento de adultos con enfermedad de Pompe (deficiencia de alfa-glucoSIDasa ácida [GAA]) de inicio tardío.





• **Finerenona – C03DA05**

CN	NOMBRE	CPD (Visado)	DH	UH	Biosimilar	Huérfano
732870	KERENDIA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				
732871	KERENDIA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				

- **Indicación financiada:** Kerendia está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (con albuminuria) asociada a diabetes tipo 2. En el ámbito del SNS se limita su dispensación, **mediante visado** para para el tratamiento en pacientes adultos de la enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estimado mayor o igual a 25 ml/min/1.73 m²) asociada a diabetes tipo 2, que cumplan los criterios de Ratio Albumina Creatinina en orina [RAC] superior o igual a 30 mg/g, y no estén controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de IECA o ARA2 y/o iSGLT2, o que presenten intolerancia a IECA o ARA2 o bien a iSGLT2.
- Se fija precio industrial notificado. El laboratorio se compromete a facturar al precio acordado para el SNS cuando vaya a ser dispensado fuera del mismo.

• **Nirmatrelvir/Riotonavir – J05AE30**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
732632	PAXLOVID 150MG+100MG 30 (20+10) COMPRIMIDOS REC PELIC			√		

- **Indicación financiada:** Paxlovid está indicado para el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en adultos que no requieren aporte de oxígeno suplementario y que tienen un riesgo alto de progresar a COVID-19 grave.
- La dispensación se realizará en el ámbito del SNS exclusivamente por los Servicios de Farmacia o Centros Sanitarios autorizados del SNS.

• **Bulevirtida – J05AX28**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
732023	HEPCLUDEX 2MG 30 VIALES POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE		√			√

- **Indicación financiada:** Hepcludex está indicado para el tratamiento de la infección crónica por virus de la hepatitis delta (VHD) en pacientes adultos positivos para ARN del VHD en plasma (o en suero) con enfermedad hepática compensada. **Se restringe** a pacientes con evidencia de fibrosis significativa (estadio METAVIR mayor o igual a F2), cuya enfermedad ha respondido inadecuadamente o que no son elegibles a la terapia utilizada en práctica clínica habitual por intolerancia o contraindicación.





- Se establece un **acuerdo de precio/volumen** a 3 años **regionalizado por Comunidad Autónoma y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, independiente del consumo total nacional** desde el mes de entrada en el Nomenclátor o la fecha de comercialización, lo que ocurra posteriormente.





Comunidad Autónoma	1 año				2 año						3 año					
	Unidades	PVL	Unidades	PVL	Si el consumo el año 1, es < 80% del total del escandalo nacional (425), es decir; consumo < 340 unidades, PVL 3.953,39 €		Si el consumo el año 1, es > 80% del total del escandalo nacional (425), es decir; consumo > 340 unidades, PVL 3.329,17 €				Si el consumo el año 2, es < 80% del total del escandalo nacional (1195), es decir; consumo < 955 unidades, PVL 3.953,39 €		Si el consumo el año 2, es > 80% del total del escandalo nacional (1195), es decir; consumo > 955 unidades, PVL 3.329,17 €			
Andalucía	0-76	3.953,39	> 76	1.562,50	0-213	3.953,39	0-213	3.329,17	> 213	1.562,50	0-460	3.953,39	0-460	3.329,17	> 460	1.562,50
Cataluña	0-70	3.953,39	> 70	1.562,50	0-196	3.953,39	0-196	3.329,17	> 196	1.562,50	0-422	3.953,39	0-422	3.329,17	> 422	1.562,50
Madrid	0-61	3.953,39	> 61	1.562,50	0-170	3.953,39	0-170	3.329,17	> 170	1.562,50	0-367	3.953,39	0-367	3.329,17	> 367	1.562,50
Comunidad Valenciana	0-45	3.953,39	> 45	1.562,50	0-127	3.953,39	0-127	3.329,17	> 127	1.562,50	0-275	3.953,39	0-275	3.329,17	> 275	1.562,50
Galicia	0-24	3.953,39	> 24	1.562,50	0-68	3.953,39	0-68	3.329,17	> 68	1.562,50	0-146	3.953,39	0-146	3.329,17	> 146	1.562,50
Castilla y León	0-21	3.953,39	> 21	1.562,50	0-60	3.953,39	0-60	3.329,17	> 60	1.562,50	0-129	3.953,39	0-129	3.329,17	> 129	1.562,50
País Vasco	0-20	3.953,39	> 20	1.562,50	0-56	3.953,39	0-56	3.329,17	> 56	1.562,50	0-120	3.953,39	0-120	3.329,17	> 120	1.562,50
Canarias	0-19	3.953,39	> 19	1.562,50	0-55	3.953,39	0-55	3.329,17	> 55	1.562,50	0-118	3.953,39	0-118	3.329,17	> 118	1.562,50
Castilla-La Mancha	0-18	3.953,39	> 18	1.562,50	0-52	3.953,39	0-52	3.329,17	> 52	1.562,50	0-111	3.953,39	0-111	3.329,17	> 111	1.562,50
Murcia	0-14	3.953,39	> 14	1.562,50	0-38	3.953,39	0-38	3.329,17	> 38	1.562,50	0-82	3.953,39	0-82	3.329,17	> 82	1.562,50
Aragón	0-12	3.953,39	> 12	1.562,50	0-33	3.953,39	0-33	3.329,17	> 33	1.562,50	0-72	3.953,39	0-72	3.329,17	> 72	1.562,50
Islas Baleares	0-11	3.953,39	> 11	1.562,50	0-30	3.953,39	0-30	3.329,17	> 30	1.562,50	0-64	3.953,39	0-64	3.329,17	> 64	1.562,50
Extremadura	0-10	3.953,39	> 10	1.562,50	0-27	3.953,39	0-27	3.329,17	> 27	1.562,50	0-58	3.953,39	0-58	3.329,17	> 58	1.562,50
Asturias	0-9	3.953,39	> 9	1.562,50	0-25	3.953,39	0-25	3.329,17	> 25	1.562,50	0-55	3.953,39	0-55	3.329,17	> 55	1.562,50
Navarra	0-6	3.953,39	> 6	1.562,50	0-17	3.953,39	0-17	3.329,17	> 17	1.562,50	0-36	3.953,39	0-36	3.329,17	> 36	1.562,50
Cantabria	0-5	3.953,39	> 5	1.562,50	0-15	3.953,39	0-15	3.329,17	> 15	1.562,50	0-32	3.953,39	0-32	3.329,17	> 32	1.562,50
La Rioja	0-3	3.953,39	> 3	1.562,50	0-8	3.953,39	0-8	3.329,17	> 8	1.562,50	0-17	3.953,39	0-17	3.329,17	> 17	1.562,50
Melilla	0-1	3.953,39	> 1	1.562,50	0-2	3.953,39	0-2	3.329,17	> 2	1.562,50	0-5	3.953,39	0-5	3.329,17	> 5	1.562,50
Ceuta	0-1	3.953,39	> 1	1.562,50	0-2	3.953,39	0-2	3.329,17	> 2	1.562,50	0-5	3.953,39	0-5	3.329,17	> 5	1.562,50
TOTAL	425				1.194		1.194				2.573		2.573			

Código seguro de Verificación : GEN-e0c7-df50-f9e4-6dda-01bf-2c67-ecd4-53bb | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servici...

CSV : GEN-e0c7-df50-f9e4-6dda-01bf-2c67-ecd4-53bb

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

FIRMANTE(1) : JAVIER GARCIA POZO | FECHA : 26/01/2024 10:09 | Sin acción específica





- La compañía se compromete a abonar al Servicio de Salud correspondiente, o a los centros que éste designe y, en el modo acordado con cada uno de ellos, el diferencial entre el precio de Hepcludex® suministrado a través de la aplicación de **Medicamentos en Situaciones Especiales** de la Agencia Española del Medicamento y el PVL neto entendiéndose por tal: PVL financiado menos el 4% de deducción obligatoria según RDL 8/2010, multiplicado por las unidades solicitadas a través de la mencionada aplicación y suministradas hasta el día de alta del fármaco en el Nomenclátor de facturación del SNS.
- **Brexucabtagen autoleucel – L01XL06**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
729969	TECARTUS 0,4 - 2 X 10 ⁸ 1 BOLSA DE 68ML CELULAS DISPERSION PARA PERFUSION		√			√

- **Indicación financiada:** Tecartus está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de células del manto (LCM) refractario o en recaída después de dos o más líneas de tratamiento sistémico, incluido un inhibidor de la tirosina-quinasa de Bruton (BTK, por sus siglas en inglés).
Los pacientes deberán cumplir los siguientes requisitos, de acuerdo con lo recogido en el informe de posicionamiento terapéutico:
 - Buen estado funcional estando en progresión de la enfermedad tras la última línea de tratamiento recibida (ECOG 0 -1).
 - Entre los tratamientos previos recibidos deben incluirse un anticuerpo monoclonal anti-CD20, quimioterapia con antraciclinas o bendamustina y un inhibidor de BTK.
 - Sin antecedentes de infección HIV, hepatitis B o C con carga viral detectable, así como cualquier otra infección o enfermedad grave no controlada.
 - Quedan excluidos los pacientes con infiltración en SNC, pacientes con trasplante alogénico previo o trasplante autólogo en las 6 semanas anteriores y también pacientes con una terapia CAR previa.
- **Condiciones de la financiación por parte del SNS**
 - El laboratorio titular de la autorización de comercialización/ ofertante, deberá hacerse cargo de los gastos totales derivados del medicamento en el caso de que no se realice la infusión al paciente.
 - La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud únicamente financiará el coste de un tratamiento por paciente. En los pacientes que hayan participado en un ensayo clínico en el que hayan recibido tratamiento con CAR-T, el SNS no se hará cargo de posibles retratamientos.
 - No se realizará ningún pago por parte del SNS en el caso de que el medicamento que se infunda esté fuera de especificaciones.
 - No se abonará el segundo pago por parte del SNS en los pacientes que hayan fallecido por cualquier causa en el periodo comprendido entre la infusión del medicamento al paciente y los 18 meses posteriores.
 - La Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia elaborará un protocolo farmacoclínico de obligada cumplimentación en todo el SNS, a través de VALTERMED.





- La determinación del cumplimiento individual de las condiciones de pago se efectuará a través de un Comité de Seguimiento en cada CCAA que se constituirá entre las administraciones sanitarias y el laboratorio ofertante/suministrador. Dicha información se trasladará a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia con objeto de determinar la necesidad de revisión de precios.
- La compañía se compromete a abonar al Servicio de Salud correspondiente, o a los centros que éste designe y, en el modo acordado con cada uno de ellos, el diferencial entre el precio de Tecartus® suministrado a través de la aplicación de Medicamentos en Situaciones Especiales de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el coste neto, entendiéndose por tal: el precio resultante tras la aplicación de las condiciones de financiación acordadas menos el 4% de deducción obligatoria según RDL 8/2010, multiplicado por las unidades solicitadas a través de la mencionada aplicación y suministradas hasta el día de alta del fármaco en el Nomenclátor de facturación del SNS.

- **Relugolix – L02BX04**

CN	NOMBRE	DH (sin visado)	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
758155	ORGOVYX 120 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELIC	√				

- **Indicación financiada:** Orgovyx está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de próstata hormonosensible avanzado.
- Dado que este medicamento se prescribe exclusivamente por oncólogos y que existen medicamentos con la misma indicación que no llevan visado, **se elimina el trámite de visado a fin de facilitar el acceso de los pacientes a este medicamento**.

- **Deucravacitinib – L04AA56**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
762324	SOTYKTU 6MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√		√		

- **Indicación financiada:** en pacientes adultos con psoriasis en placas crónica (≥ 6 meses), estable, de moderada a grave (BSA ≥ 10%, PASI ≥ 12 y sPGA ≥ 3) con o sin artritis psoriásica que requieren tratamiento sistémico.
- Adicionalmente se restringe en pacientes tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a tratamientos sistémicos convencionales o PUVA, y que hayan utilizado previamente un fármaco biológico anti-TNF alfa o en los casos en los que el uso de anti-TNF alfa esté contraindicado.





- **Bexiprazol – N05AX16**

CN	NOMBRE	CPD-E (Visado)	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
724707	RXULTI 1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				
730293	RXULTI 1MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				
724739	RXULTI 2MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				
724742	RXULTI 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				
724741	RXULTI 3MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√				

- **Indicación financiada:** Tratamiento de la esquizofrenia en adultos

3.2 Otros principios activos

- **Natalizumab – L04AA23**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
763192	TYRUKO 300MG 1 VIAL 15ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√		√	

- **Indicación financiada:** Tyruko está indicado como tratamiento modificador de la enfermedad en monoterapia en adultos con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) muy activa para los siguientes grupos de pacientes:
 - Pacientes con enfermedad muy activa a pesar de haber recibido un tratamiento completo y adecuado con al menos un tratamiento modificador de la enfermedad (para excepciones e información sobre los periodos de reposo farmacológico (lavado), ver las secciones 4.4 y 5.1 de ficha técnica) o bien
 - Pacientes con EMRR grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la resonancia magnética (RM) craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.
- Se establece un **acuerdo de precio/volumen** para este CN y en todo el Sistema Nacional de Salud (incluidas las Mutualidades: MUFACE, MUGEJU e ISFAS, así como Sanidad Penitenciaria), a contar desde el mes de entrada en el Nomenclátor y su **puesta en el mercado en marzo de 2024.**

- **Tralokinumab – D11AH07 (Nueva dosis)**

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
763390	ADTRALZA 300MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 2ML SOLUCION INYECTABLE	√		√		





• **Indicaciones financiadas:**

- En adulto: **Financiación restringida** para el tratamiento de la dermatitis atópica grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico, con EASI \geq 21, PGA \geq 3, afectación mínima del área de superficie corporal (BSA) \geq 10% y refractarios a medicación tópica que además presenten experiencia previa de uso de ciclosporina con respuesta insatisfactoria o en los que el uso de ciclosporina esté contraindicado.
- En adolescentes de 12-18 años: **Financiación restringida** para el tratamiento de la dermatitis atópica grave en pacientes de 12 a 18 años que son candidatos a tratamiento sistémico, con EASI \geq 21, refractarios a medicación tópica que además presenten experiencia previa de uso de ciclosporina con respuesta insatisfactoria o en los que el uso de ciclosporina esté contraindicado.
- Obligado cumplimiento y cumplimentación en todo el SNS del **protocolo farmacológico** elaborado por la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia a través de **VALTERMED** para la indicación de dermatitis atópica.

3.3 Medicamentos biosimilares:

CN	NOMBRE	Principio activo	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
763192	TYRUKO 300MG 1 VIAL 15ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	NATALIZUMAB		√		√	

3.4 Medicamentos en los que se establece la aportación reducida únicamente para los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota:

CN	NOMBRE	Principio activo
763757	VYTORIN 10MG/20MG 28 COMPRIMIDOS	SIMVASTATINA/EZETIMIBA
763713	VYTORIN 10MG/40MG 28 COMPRIMIDOS	SIMVASTATINA/EZETIMIBA

4. MODIFICACIONES EN LAS INDICACIONES DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS:

Se destacan:

Nuevas indicaciones:

• **TRIMBOW**

CN	NOMBRE	Principio activo	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
718533	TRIMBOW 87MCG/5MCG/9MCG 120 PULSACIONES SOLUC INHALAC ENVASE A PRESION	FORMOTEROL/ BROMURO DE GLICOPIRRONIO/ BECLOMETASONA					

- **Indicación financiada:** Tratamiento de mantenimiento del asma en adultos que no están adecuadamente controlados con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y una dosis media de corticoesteroide inhalado y que han experimentado una o más exacerbaciones asmáticas en el año anterior
- Revisa precio





- **ENTYVIO**

CN	NOMBRE	Principio activo	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
702821	ENTYVIO 300MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOL PARA PERFUSIÓN	VEDOLIZUMAB		√			

- **Indicación financiada:** Entyvio está indicado para el tratamiento de la reservoritis crónica activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que se han sometido a proctocolectomía y anastomosis anal del reservorio ileal por colitis ulcerosa, y hayan tenido una respuesta inadecuada o presenten pérdida de respuesta al tratamiento con antibióticos.
- **Se restringe** su financiación a los pacientes tras fracaso a antiTNFalfa o cuando éste esté contraindicado. El tratamiento con vedolizumab debe iniciarse a la vez que se administra el estándar de tratamiento con antibióticos (por ejemplo, cuatro semanas de ciprofloxacino). El tratamiento se debe suspender si no se observa beneficio clínico a las 14 semanas, tal y como indica la ficha técnica.
- Revisa precio

- **OPDIVO**

CN	NOMBRE	Principio activo	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
706934	OPDIVO 10MG/ML 1 VIAL 10ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	NIVOLUMAB		√			
706935	OPDIVO 10MG/ML 1 VIAL 4ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	NIVOLUMAB		√			

- **Indicación financiada:** OPDIVO en combinación con quimioterapia basada en platino está indicado para el tratamiento neoadyuvante del cáncer de pulmón no microcítico reseccable con alto riesgo de recurrencia en pacientes adultos cuyos tumores tengan una expresión de PD L1 \geq 1% de manera **restringida a pacientes sin mutación EGFR y translocación ALK**.

5. MODIFICACIONES DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS

Se corrige el precio de los siguientes medicamentos para ajustarlos a la Orden SND/1186/2023, de 20 de octubre, por la que se procede a la actualización en 2023 del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud:

CN	NOMBRE	CREF	PVLCOM	PVPIVA COM	PVLREF	PVPIVA REF
730335	KETISAL 0,25MG/ML 1 FRASCO 10ML COLIRIO EN SOLUCION	F267	4,5	7,02	4,5	7,02
653304	BENTIFEN 0,25MG/ML 5ML COLIRIO EN SOLUCION	F267	2,25	3,51	2,25	3,51
679437	KETOTIFENO FARMALIDER 0,25MG/ML 1 FRASCO 5ML COLIRIO EN SOLUCION	F267	2,25	3,51	2,25	3,51





6. INFORMACIÓN SOBRE AGRUPACIONES HOMOGÉNEAS

Se ha modificado el nombre de la agrupación homogénea 4259:

Código agrupación homogénea	Nombre anterior	Nombre actual
4259	CITISINA 1,5MG 100 COMPRIMIDOS	CITISINA (CITISINICLINA) 1,5MG 100 COMPRIMIDOS

7. PRECIOS NOTIFICADOS

- Medicamentos financiados: se aceptan los precios industriales notificados por los laboratorios para los siguientes medicamentos para cuando sean dispensados fuera del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes formatos y códigos nacionales, conforme a lo establecido en el artículo 94, puntos 4, 6 y 7 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

CN	NOMBRE	DH	UH	SCP	Biosimilar	Huérfano
664685	ISOPASMAL G 5 BOLSAS DE 1000ML SOLUCION PARA PERFUSION		√			
702953	AMINOPLASMAL B.BRAUN 15% 10 X 500ML SOLUCION PARA PERFUSION		√			
729969	TECARTUS 0,4 - 2 X 10E8 1 BOLSA DE 68ML CELULAS DISPERSION PARA PERFUSION		√			√
732023	HEPCLUDEX 2MG 30 VIALES POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE		√			√
732632	PAXLOVID 150MG + 100MG 30 (20+10) COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA			√		
732870	KERENDIA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA					
732871	KERENDIA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA					
737677	IMCIVREE 10MG/ML 1 VIAL MULTIDOSIS SOLUCION INYECTABLE		√			√
762324	SOTYKTU 6MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	√		√		
762508	POMBILITI 105MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			
762509	POMBILITI 105MG 10 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			
762510	POMBILITI 105MG 25 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√			
763192	TYRUKO 300MG 1 VIAL 15ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION		√		√	





763390	ADTRALZA 300MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 2ML SOLUCION INYECTABLE	√		√		
762087	ADEMPAS 1 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 42 comprimidos		√			
762088	ADEMPAS 1,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 42 comprimidos		√			
762389	ADEMPAS 2 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 42 comprimidos		√			
762395	ADEMPAS 2,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 42 comprimidos		√			
731064	ACICLOVIR ACCORD 25 MG/ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 10 viales de 10 ml		√			
732114	PHESGO 1200 MG/600 MG SOLUCION PARA INYECCION, 1 vial de 15 ml		√			

- Medicamentos financiados exclusivamente para las indicaciones establecidas, de acuerdo al apartado 3 de la Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, se les mantiene el precio de comercialización con cargo al SNS, y para su comercialización fuera del SNS se les ha revisado el precio notificado:

CN	NOMBRE
656188	PLANTAGO OVATA CINFA 3,5 g POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 sobres

- En este mes a determinados medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica del SNS, según Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, se les ha asignado precio notificado.

8. DEDUCCIONES REAL DECRETO LEY 8/2010

- Se ha procedido a actualizar la deducción del siguiente medicamento financiado que ha dejado de tener la consideración de huérfano:

CN	NOMBRE	DEDUCCIÓN
702255	OPSUMIT 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA	7,5%

9. ALTERACIONES DE PRODUCTOS SANITARIOS FINANCIADOS

La Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia ha autorizado la alteración de los siguientes productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS:

B. BRAUN MEDICAL, S.A.





CN	TIPO DE PRODUCTO	NOMBRE COMERCIAL-PRESENTACION
495671	APOSITO ESTERIL	ASKINA TRANSORBENT SACRUM 16X18CM 3U

Modificaciones:

- Cambios en el material de acondicionamiento e instrucciones de uso.
- Cambio de fabricante
 - o Actual: B. Braun Hospicare Ltd
 - o Nuevo: Winner Medical Co Ltd
- Cambio de especificaciones técnicas
- Composición
 - o Actual: capa central de espuma hidrocélular con hidrogel, con reborde de film de poliuretano adhesivo.
 - o Nuevo: capa de tejido no tejido y capa de espuma de poliuretano con reborde y adhesivo de red de silicona
- Cambio de la forma del apósito y presentación
 - o Actual: triangular 16x18 cm
 - o Nuevo: cuadrado 15x15 cm
- Cambio de nombre comercial

CN	Actual NOMBRE COMERCIAL-PRESENTACIÓN	Nuevo NOMBRE COMERCIAL-PRESENTACIÓN
495671	ASKINA TRANSORBENT SACRUM 16X18CM 3U	ASKINA DRESSIL BORDER LITE 15x15 CM 3 U

La información recogida en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud sobre precios correspondientes a medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del SNS es meramente informativa. A efectos legales, y en tanto en cuanto se proceda al desarrollo reglamentario del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, debe contactarse con los respectivos laboratorios comercializadores de los medicamentos en cuestión.

A efectos del Nomenclátor del mes de marzo 2024 les informamos que los medicamentos que a continuación se indican dejan de ser facturables al haber sido excluidos de la financiación por resolución de julio de 2023 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

CN	NOMBRE
701401	ASACOL 800MG 90 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES
936518	CODEISAN 1,26MG/ML 1 FRASCO 250ML JARABE

El Subdirector General de Farmacia

Javier García del Pozo

