

Memoria CFyT

2012

Consorcio Hospital General Universitario-
Valencia

Dra. Carmen Snabb y Dra. Pilar Blasco



I. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA.

Presidenta/e: Dra. Carmen Snabb Galbis
Dr. Juan José Soler Ros (desde Noviembre en adelante)

Vocales:

- Dra. Carmen Snabb Galbis.
- Dña. Angela Garrido.
- Dra. Pilar Blasco Segura.
- Dr. Alejandro Bernalte Sesé.
- Dr. Vicente Borillo Moles.
- Dra. Elena Rubio Gomis.
- Dr. José Catalán Macian.
- Dra. Francisca Coscolla Checa.
- Dra. Concepción Gimeno Cardona.
- Dr. Antonio Galán Serrano.
- Dr. Juan Petrel Piqueras.
- Dña. Carmen Soler Tamurejo.
- Dr. Victor Palanca Gil.(hasta Octubre)
- Dr. Lorenzo Facila Rubio (desde Octubre en adelante)

Secretaria: Dra. Sara García Montañés (De enero a junio)
Dra. Ana Saval Victoria (a partir de junio)

II. OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA CFYT.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) es un órgano consultivo de la Dirección del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Tiene por objeto la evaluación de problemas derivados de la utilización de fármacos y propuesta de mejoras necesarias para conseguir una correcta prescripción y administración de la terapéutica, a la vez que se minimizan los riesgos de su utilización. Debe proponer la utilización racional de los medicamentos, evaluando las pautas terapéuticas.

Además, debe asesorar en los programas que intenten un mejor conocimiento de los fármacos utilizados en el Hospital y de su aplicación a los pacientes.

Objetivos específicos:

- Elaborar, actualizar y difundir la Guía Farmacoterapéutica del Hospital: fármacos de libre prescripción y de uso restringido, en función de los criterios de efectividad, seguridad y coste, así como inclusión de nuevos fármacos a utilizar. Seleccionar los medicamentos que demuestren científicamente que son eficaces y seguros para las indicaciones propuestas, basándose en la Medicina basada en la evidencia.

- Evaluar la repercusión de la selección de fármacos en el área sanitaria. Estudiar los fármacos prescritos en las altas hospitalarias o desde consultas externas. Este punto ha cobrado especial interés desde que el Consorcio tiene la responsabilidad de todo el Departamento Valencia–Hospital General y así, la farmacéutica de Atención Primaria está integrada en el Servicio de Farmacia del CHGUV y está implicada en las Comisiones y reuniones tanto hospitalarias (CFyT y Farmacoeconomía) como del Departamento (Uso racional de fármacos).
- Recoger información sobre efectos adversos (farmacovigilancia). Se realizarán estudios de yatrogenia para impulsar estudios en los servicios hospitalarios.
- Monitorizar el uso de fármacos, analizándose su utilización y consumo por servicios y patologías concretas, como se está realizando en la actualidad.
- Elaborar informes de utilización de fármacos de dudosa efectividad terapéutica, como se viene haciendo anualmente y suprimir los fármacos no utilizados.
- Promover el uso de fármacos genéricos.
- Establecer sistemas de información farmacoterapéutica.
- Estudiar y elaborar protocolos terapéuticos y de mejora de las pautas existentes para implantar procedimientos consensuados para el uso de determinados fármacos, especialmente los de alta tecnología, de elevado coste o con indicaciones muy precisas.
- Elaborar normas de uso y seguridad para la dispensación de fármacos y estupefacientes, así como estudiar procedimientos correctos de almacenamiento y manipulación de fármacos. La reorganización del Servicio de Farmacia ha conseguido una gran mejora en este sentido, que seguirá evolucionando con los proyectos pendientes.
- Facilitar la implantación de unidosis en los Servicios del Hospital, lo cual se ha conseguido según los planes previstos.

III. REUNIONES.

A principios de año se establece un calendario de reuniones, aproximadamente de periodicidad bimensual, y con reuniones extraordinarias cuando se requiera por la importancia del tema o para evitar la demora en el estudio de nuevas inclusiones tal y como marca el DECRETO 118/2010, del 27 de agosto, *del Consell, por el que se ordenan y priorizan actividades de las estructuras de soporte para un uso racional de los productos farmacéuticos en la Agencia Valenciana de Salud.*

La secretaria, remite por correo electrónico con al menos una semana de antelación la convocatoria, en la que los miembros de la comisión disponen de:

- La convocatoria
- El acta de la reunión anterior.
- La documentación de las solicitudes de nuevos fármacos: petición de inclusión, estudio farmacológico y conclusiones.

Ningún miembro de la CFyT puede delegar sus funciones ni ser sustituido temporalmente. Para incluir nuevos fármacos se necesita la asistencia de la mitad más uno de los miembros.

Todos los miembros de la Comisión, asumen el compromiso de guardar confidencialidad de los temas tratados.

Los expertos y consultores externos invitados, tendrán voz, pero no voto.

El orden del día incluye:

- Aprobación del acta anterior.
- Estudio de nuevas solicitudes de inclusión de fármacos
- Otros temas de interés
- Ruegos y preguntas.

IV. ESTUDIO DE SOLICITUDES DE NUEVOS FÁRMACOS.

La solicitud de inclusión se realiza a través de impreso informatizado disponible en intranet ("Comisión de Farmacia"), firmado por el solicitante y por el Jefe del servicio correspondiente. Se debe adjuntar la bibliografía que se considere oportuna, así como el protocolo de uso del fármaco.

El Servicio de Farmacia, elabora un informe basándose en las evidencias científicas e incluye las conclusiones. Este informe se envía al facultativo solicitante para su consulta bien por correo interno o por correo electrónico.

El facultativo solicitante acude a la reunión de la Comisión y expone las necesidades para la solicitud, y responde a las preguntas que los miembros de la Comisión consideren oportunas.

Posteriormente y en ausencia del solicitante, se valoran todos los datos y por mayoría se vota la aceptación o la denegación. En caso de empate, es útil el voto de calidad del Presidente de la Comisión. Para que la decisión sea válida, deben estar presentes la mitad más uno de los componentes.

Una vez emitido el informe favorable, el fármaco se incluye en la Guía Farmacoterapéutica.

Ante la evaluación de fármacos antiinfecciosos, es recomendable establecer comunicación con la Comisión de Infecciosos. Se invita al presidente de dicha comisión a la reunión en que se valoren estos fármacos.

V. RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE LA CFyT EN EL AÑO 2012.

1/ REUNIONES REALIZADAS.

A lo largo del 2012 se han celebrado 7 reuniones de carácter ordinario, en las siguientes fechas:

25 de Enero de 2012

30 de Marzo de 2012

31 de Mayo de 2012

12 de Julio de 2012

27 de Septiembre de 2012

18 de Octubre de 2012

22 de Noviembre de 2012

Las actas de dichas reuniones en el **Anexo I**.

2/ FÁRMACOS EVALUADOS (Admitidos y rechazados).

En 2012 se recibieron 14 solicitudes de inclusión de nuevos medicamentos en la secretaría de la CFyT. Durante este año se ha evaluado un total de 15 solicitudes, quedando pendientes 8 para las reuniones del próximo año. De las solicitudes evaluadas, se aceptaron 13, se rechazó 1 y quedó pendiente la inclusión de 1.

Los nuevos medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica durante este año fueron los siguientes:

- Incivo® (Telaprevir)
- Victrelis® (Boceprevir)
- Votrient® (Pazopanib)
- Jevtana® (Cabazitaxel)
- Zytiga® (Abiraterona acetato)
- Iressa® (Gefitinib)
- Cimzia® (Certolizumab pegol)
- Gliolan® (Ácido 5-aminolevulínico)
- Adcirca® (Tadalafilo)
- Procoralan® (Ivabradina)
- Nasohem® (Gel hipertónico, glicina y calcio)
- Duratobal® (Carbetocina)
- Hemabate® (Carboprost)

Se rechazó la inclusión de los siguientes medicamentos:

- Elonva® (Corifolitropina alfa)

Quedó pendiente la inclusión de Actira® (Moxifloxacino) debido a que el servicio de Neumología retiró la solicitud una vez evaluado.

VI. OBJETIVOS PARA 2013.

1. Mantener las reuniones y los objetivos de las mismas
2. Valorar la inclusión de nuevos fármacos
3. Mantener la continuidad de la gestión clínica y económica de los medicamentos entre la Atención Especializada y la Atención Primaria del Consorcio Hospital General Universitario en todo el Departamento Valencia – Hospital General en todo lo referente al uso de fármacos, protocolos de actuación, etc.
4. Potenciar la comunicación de efectos adversos de fármacos tanto entre los servicios hospitalarios como en los centros de salud, CIS y centros de especialidades de todo el departamento.
5. Mantener actualizada la CFT revisando la evidencia científica y los datos de utilización de los medicamentos que la conforman.
6. Promover la realización y difusión de protocolos terapéuticos.

Anexo I.

Actas de las Comisiones

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 25/01/12

Fecha: Miércoles 25 de enero de 2012

Hora: 09:00h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección (Edificio Gerencia 1er piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
X	Dra. C. Snabb	PRESIDENTA
NO	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
X	Dr. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
X	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
X	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
X	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
X	Dra. C. Gimeno	VOCAL
NO	Dr. A. Galán	VOCAL
DA	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
NO	Dr. V. Palanca	VOCAL
X	Dra. S. García	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

- **Incivo (Telaprevir).**
- **Victrelis (Boceprevir).**

El Dr. Diago presenta los fármacos y recuerda que, aunque cada vez menos, la hepatitis C continúa siendo una enfermedad prevalente: se reciben alrededor de 200 nuevos pacientes anuales.

Recuerda la carencia de novedades terapéuticas en el tratamiento de esta enfermedad.

De los 200 nuevos pacientes anuales aproximadamente 100 no serían candidatos a triple terapia. Habría que sumar los pacientes que han fracasado a la alternativa actualmente disponible a los nuevos.

Son necesarias determinaciones de las cargas virales que permiten determinar la eficacia y retirar el tratamiento en caso de ineficacia y en caso de que sea indetectable a la semana 12 (telaprevir), lo que reduce la duración del tratamiento.

Actualmente su uso está contraindicado en combinación con inhibidores de la proteasa y no hay evidencia publicada de su eficacia en pacientes co-infectados.

Se comenta la necesidad de implicar al paciente para asegurar el cumplimiento.

El Dr. Diago comenta que es necesario incluir los dos fármacos por su diferente perfil de reacciones adversas.

La comisión concluye que es necesario solicitar un protocolo en el que quede bien definido el perfil de paciente que va a recibir la triple terapia y acotar lo máximo posible.

También se propone que sea la misma comisión de farmacia la que decida este perfil.

Por otro lado se propone realizar una auditoría al año de la aprobación para revisar si se cumplen los requisitos con los que se aprueben los fármacos.

Se propone tratar con preferencia a los pacientes que ya han fracasado al tratamiento y esperar un poco para tratar a los pacientes nuevos para que el impacto económico de la introducción no sea tan importante.

Se solicita a los dos servicios subsidiarios de prescribir estos fármacos un protocolo conjunto.

2. Revisión del protocolo aportado por la Dra. Cervelló (Sativex):

Se decide solicitar aclaraciones para acotar más el perfil del paciente al que se le va a prescribir el fármaco (hasta qué edad se van a tratar pacientes etc).

Se propone exigir que en 6 meses se fije una fecha para realizar una sesión clínica en la que se presenten los resultados del nuevo fármaco.

También se propone elaborar un documento tipo para la elaboración de protocolos para que el clínico lo rellene junto con la solicitud de inclusión de nuevos fármacos.

3. Lectura y aprobación del acta anterior:

Se aprueba sin modificaciones.

4. Cambio de fecha y hora de las reuniones:

Se acuerda cambiar las sesiones a los martes a las 9 horas.

Dra. Carmen Snabb
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
Secretaria de la CFyT

Dra. SaraGarcía
Secretaría técnica CFT

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 30/03/12

Fecha: Viernes 30 de Marzo de 2012

Hora: 09:00h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección (Edificio Gerencia 1er piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
X	Dra. C. Snabb	PRESIDENTA
X	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
X	Dr. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
DA	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
X	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. C. Gimeno	VOCAL
X	Dr. A. Galán	VOCAL
X	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
NO	Dr. V. Palanca	VOCAL
X	Dra. S. García	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

Jevtana® (Cabazitaxel) Y Zytiga® (Abiraterona acetato):

La Dra. Caballero presenta los fármacos: Aparecen recientemente 2 alternativas para el tratamiento en 2ª línea del cáncer de próstata. Según el perfil del paciente será de elección el tratamiento hormonal (Zytiga) o el quimioterápico (Cabazitaxel) tras fracaso a docetaxel.

El tratamiento hormonal es mejor tolerado pero de inicio más lento por lo que quedaría reservado a pacientes con baja carga tumoral.

El aumento de supervivencia en ambos casos es de 4 meses aproximadamente.

Aproximadamente 5 nuevos pacientes al año serían candidatos al tratamiento con cabazitaxel mientras que aproximadamente 10 serían candidatos a recibir abiraterona.

El perfil del paciente limita éticamente la conveniencia de incluir el fármaco (relación beneficio-coste). Sin embargo ese debate debería extrapolarse a otros muchos medicamentos oncológicos incluidos actualmente en la guía del hospital.

Votrient® (Pazopanib).

La Dra. Caballero presenta el fármaco, indicado para cáncer renal metastático. Actualmente existen varias alternativas para un cáncer de baja incidencia aproximadamente 10 nuevos diagnósticos /año. No todos los pacientes llegan a tratamiento, ya que el diagnóstico se produce generalmente en estadíos muy avanzados.

Se solicita la inclusión ya que se tolera mejor que la principal alternativa actualmente disponible (sunitinib), la cual además es más cara. La supervivencia libre de enfermedad es similar en los 2 casos. La elección del tratamiento en este grupo de pacientes dependería de la susceptibilidad a los efectos adversos.

A finales de año se publicará un ensayo que está actualmente desarrollándose que compara directamente las dos alternativas. Si se demuestra en ensayo clínico la no inferioridad, pazopanib presenta menos efectos adversos con lo que pasará a ser de elección.

La Dra. Snabb se compromete a tratar personalmente el tema con el Dr. Camps (jefe de servicio de Oncología) con lo que la inclusión de estos fármacos (Pazopanib, Cabazitaxel y Abiraterona) queda supeditada al resultado de dicha reunión.

2. Situación actual de la inclusión en la GFT de Victrelis® (Boceprevir) e Incivo® (Telaprevir).

Actualmente la Consellería no ha publicado ninguna conclusión al respecto del uso de estos dos nuevos fármacos.

Se propone solicitar a los prescriptores que especifiquen las prioridades a la hora de realizar la prescripción y solicitar un listado del orden de los pacientes.

3. Aclaraciones sobre la inclusión de Ozurdex® (Dexametasona) y Xiapex® (Colagenasa).

La Dra. Snabb comenta: Se resuelve acceder a la inclusión de Ozurdex®.

Se propone acceder al tratamiento de 25 pacientes que deberán ser incluidos en un estudio que refleje la relación efectividad-coste, estudio que debe ser aprobado por el comité ético.

4. Lectura y aprobación de las actas anteriores.
5. Turno abierto de palabra.

Dra. Carmen Snabb
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
Secretaria de la CFyT

Dra. Sara García
Secretaría técnica CFT

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 31/05/12

Fecha: Jueves 31 de Mayo de 2012.

Hora: 13:30h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección (Edificio Gerencia 1er piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
X	Dra. C. Snabb	PRESIDENTA
X	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
DA	Dr. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
X	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
X	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
NO	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
X	Dra. C. Gimeno	VOCAL
NO	Dr. A. Galán	VOCAL
X	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
NO	Dr. V. Palanca	VOCAL
X	Dra. S. García	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

- Cimzia® (Certolizumab pegol).

El Dr. Calvo presenta el fármaco; se trata de un nuevo anti-TNF que realmente no presenta ventajas frente a otros actualmente incluidos en la guía farmacoterapéutica. La única justificación desde el punto de vista clínico es la posibilidad de realizar un cambio en aquellos pacientes que hayan fracasado a otras las alternativas disponibles actualmente.

El Dr. Calvo comenta que no va a realizarse un consumo excesivo del fármaco y que próximamente se van a comercializar alternativas orales que además van a ser más económicas.

Se consulta si sería posible retirar algún fármaco equivalente de la guía, a lo que el Dr. Calvo responde que no es una opción ya que aunque los demás tienen un mecanismo de acción idéntico se conoce mejor la seguridad de los mismos con lo que son primera opción frente a Cimzia®.

Se decide **incluir** el fármaco para mejorar la capacidad de gestión del hospital con los laboratorios que suministran este grupo de medicamentos. La semana que viene se va a desarrollar una reunión en Consellería en la que se espera se decida en qué posición quedan estos fármacos antirreumáticos y en caso contrario se propone realizar un protocolo de uso para optimizar los recursos haciendo un uso más eficiente.

- Iressa® (Gefitinib)

La Dra. A. Blasco presenta el fármaco, un inhibidor de la tirosina quinasa indicado en el cáncer de pulmón no microcítico metastático EGFR M+.

Ha tenido muy buenos resultados en los ensayos clínicos y presenta la ventaja de ser oral y tener un mejor perfil de efectos adversos frente al tratamiento quimioterápico convencional (Platino + Pemetrexed). Mejora la calidad de vida de los pacientes y la supervivencia libre de enfermedad aumenta en 3 meses.

Al año pueden ser subsidiarios de recibir este tratamiento aproximadamente 6 ó 7 pacientes.

La Dra. Blasco comenta que actualmente la opción en primera línea tiene un coste más elevado que el reflejado en el informe realizado por el Servicio de Farmacia por lo que los costes realmente serían casi equivalentes.

Actualmente éste es el único fármaco del grupo que tiene la indicación en primera línea. Erlotinib tiene la indicación en 2ª línea, aunque se prevé que en breve se autorice su uso como primera opción, momento en el que la comisión deberá replantear si son necesarias las dos alternativas en la guía.

Se debe recalcular el coste de la primera opción de tratamiento y realizar de nuevo el estudio farmacoeconómico.

Se decide **incluir** el fármaco tras la realización del estudio farmacoeconómico y revisar la inclusión cuando erlotinib adquiera primera indicación.

- Pradaxa® (Dabigatran). Pendiente confirmación.

Por cuestiones de horario queda pendiente para la próxima reunión de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

6. Situación actual en la GFT de los medicamentos:

Bidrion® (Sugammadex)

La Dra. Blasco explica a la Comisión de Farmacia y Terapéutica la situación del fármaco actualmente: Se incluyó en 2009 bajo unas condiciones muy específicas y restrictivas que actualmente no se están cumpliendo. Además, se solicitó un informe acerca del uso que se estaba haciendo del fármaco que no se ha presentado. Se está produciendo un gasto anual muy superior al esperado por lo que la Dirección tomó la decisión de retirar el fármaco de la Guía Farmacoterapéutica a lo que el Servicio de Anestesia contestó con un análisis en el que justifican la necesidad del empleo de dicho fármaco, que se lee íntegramente durante la reunión.

La Dra. Snabb mantendrá una reunión con la jefa del Servicio de Farmacia y el jefe del Servicio de Anestesia y Reanimación para decidir la situación del fármaco, establecer el protocolo de uso y el sistema de dispensación/ reposición.

Se propone restringir el uso del fármaco y limitar el acceso al mismo. Se pactará un botiquín que deberá mantenerse bajo llave y sólo se repondrá si el facultativo rellena un formulario tipo en el que se describan estrictamente las características que debe cumplir el paciente que reciba el tratamiento.

Zytiga® (Abiraterona acetato), Jevtana® (Cabazitaxel) y Votrient®

(Pazopanib):

Se comenta que está en proceso la elaboración de un formulario para la solicitud de estos fármacos cumpliendo la nueva estrategia del MAISE.

7. Estado de los medicamentos MAISE ya evaluados por la AVS: Incivo®

(Telaprevir) / Victrelis® (Boceprevir), Soliris® (Eculizumab) y Neulasta®

(Pegfilgastrim).

La Dra. Blasco comenta que a partir de ahora los fármacos que han sido incluidos y que se ha protocolizado el uso a través de MAISE serán revisados en cada Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Actualmente hay 46 pacientes en tratamiento con Incivo/ Victrelis, ninguno con Eculizumab ni con Pegfilgastrim. Se ha superado el límite esperado de tratamientos contra la hepatitis C de 20 pacientes/mes.

8. Estrategia de protocolización y estandarización de procedimientos

terapéuticos:

- Desinfección de campo quirúrgico. Desinfección de conexiones y puertos de catéteres. Descolonización cutánea. Soluciones de Clorhexidina.
- Mantenimiento de la permeabilidad de catéteres intravasculares. Heparinización vs. Salinización.

Recientemente el Ministerio de Sanidad ha publicado un documento en el que se establece claramente tanto el procedimiento en la desinfección del campo quirúrgico como los cuidados de las vías periféricas.

Se propone la elaboración de un protocolo para el posicionamiento de la clorhexidina tintada y de la povidona iodada en los diferentes procedimientos quirúrgicos. Se propone que en la elaboración participe el Servicio de Microbiología y la Comisión de Infecciones.

Enfermería por su parte ha solicitado la inclusión de jeringas precargadas para salinizar las vías en lugar de realizar la heprinización habitual. Se propone solicitar que la Dirección de Enfermería y la Comisión de Cuidados realicen un protocolo de cuidado y mantenimiento de vías. También se solicita al Servicio de Farmacia que realice un estudio farmacoeconómico del tema.

9. Lectura y aprobación del acta anterior.

10. Turno abierto de palabra.

Se comenta la incapacidad del Servicio de Farmacia de realizar modificaciones en las prescripciones de pacientes hospitalizados en el SDMDU debido a que en el programa informático cualquier cambio se identifica como prescripción. Esto provoca que medicamento incluidos en indicaciones concretas entre otras situaciones sigan siendo prescritos inadecuadamente a pesar de la protocolización de las sustituciones aprobadas por la propia comisión de farmacia y terapéutica.

Se propone que el farmacéutico pueda realizar estos cambios para lo que se solicitará a informática que los mismos aparezcan con alguna señal que remita al médico al archivo de protocolo de intercambio terapéutico.

Dra. Carmen Snabb
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
secretaria de la CFyT

Dra. Sara García
Secretaría técnica CFyT

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 12/07/12

Fecha: Jueves 12 de julio de 2012.

Hora: 9:00 h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección (Edificio Gerencia 1er piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
DA	Dra. C. Snabb	PRESIDENTA
X	Dr. J.J. Soler	PRESIDENTE
X	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
X	Dr. V. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
DA	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
DA	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
X	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. C. Gimeno	VOCAL
DA	Dr. A. Galán	VOCAL
X	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
NO	Dr. V. Palanca	VOCAL
X	Dra. A. Saval	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

- *Gliolan® (Ácido 5-aminolevulínico).*

El Dr. Vanaclocha presenta el fármaco; se trata de una sustancia que permite la visualización de tejidos malignos durante la resección quirúrgica de gliomas malignos (grados III y IV). Permitiría una mejor delimitación del área afectada de modo que se conseguiría una resección más amplia que abarca tanto la zona tumoral como el área infiltrada. Una resección más amplia mejora el pronóstico. Actualmente se utiliza un navegador que aporta información de donde está el tumor pero no delimita la región afectada.

La aplicación de la técnica requiere la formación del personal del servicio de neurocirugía. El Dr. Vanaclocha comenta que es un fármaco que se toma por vía oral, lo cual supone una ventaja importante.

Dado el elevado coste del fármaco, se consulta el número de pacientes que precisarían este fármaco. El Dr. Vanaclocha responde que sólo 1 ó 2 pacientes al mes de todos los que padecen gliomas. No todos los pacientes con glioma son candidatos a la resección y por tanto no estaría justificado el uso de Gliolan en ellos.

Debido al impacto presupuestario que supone, el Dr. Soler plantea limitar el gasto anual: se restringe el uso de Gliolan® a 25 pacientes al año. Se requiere un protocolo de uso. Se propone además una evaluación de la

eficacia de Gliolan® a los 18 meses. Para ello se sugiere contar con el Comité de Tumores ya que la cirugía no es la única variable implicada en el aumento de la SLE (supervivencia libre de enfermedad) y SG (supervivencia global) en pacientes con glioma de alto grado. Queda pendiente decidir si se implicara a algún otro servicio para la recogida de datos (Medicina Preventiva...)

Se decide **incluir Gliolan®** en la GFT a la espera de que el Dr. Vanaclocha aporte el protocolo de utilización y se concrete la auditoría médica para estudiar el perfil de eficacia del fármaco.

Se plantea como necesario realizar este tipo de evaluaciones con los fármacos que se incluyan a partir de ahora y que supongan un alto impacto económico. Junto con la solicitud del fármaco se deberá incluir la propuesta de evaluación de la eficacia. Para ello se deberá rediseñar la hoja de solicitud e incluir la medida de los indicadores de eficacia.

- *Adcirca® (Tadalafil)*

El Dr. Juan presenta el fármaco. Se trata de un medicamento que actúa por el mismo mecanismo de acción que Revatio® (sildenafil): mediante la inhibición de la fosfodiesterasa 5 (PDE5) se aumenta la liberación de óxido nítrico y las concentraciones de AMPc. Ambos están indicados en la Hipertensión arterial pulmonar y mejoran el rendimiento físico, la calidad de vida y la función hemodinámica de los pacientes.

Los ensayos muestran que Adcirca® y Revatio® presentan la misma eficacia y seguridad.

La ventaja que presenta Tadalafil (Adcirca®) frente a Revatio® es su mejor perfil de eficiencia. Los pacientes con HAP en tratamiento con sildenafil (Revatio®) podrían requerir el doble de la dosis estándar (20 mg cada 8 horas). La escalada de dosis de sildenafil es la práctica habitual en el manejo de la HAP (40-50 mg cada 8h). Tadalafil sin embargo ha demostrado ser eficaz a dosis de 40 mg al día sin necesidad de escalar dosis. Esto supone un gasto significativamente menor cuando se trata a los pacientes con Adcirca®.

Además Tadalafil se administra en una única toma diaria.

Ante el planteamiento de la Dra. Blasco de iniciar la terapia del HAP con Adcirca® desde el inicio, el Dr. Juan comenta que hay más experiencia en el uso de Sildenafil por lo que sigue siendo el fármaco de elección.

Se plantearía el cambio a Adcirca® en cuanto el paciente pudiera requerir escalada de dosis de Revatio® o asociación de un fármaco de otra familia (Bosentán o análogos de prostaciclina) lo que supondría un importante ahorro económico.

Por otro lado, no se plantea desescalar el tratamiento en pacientes que ya están controlados con la asociación de varios fármacos.

Actualmente hay aproximadamente 20 pacientes en tratamiento activo, pero sólo unos 4 ó 5 requieren dosis dobles de Sildenafil.

Se decide **incluir Adcirca® en la GFT**: Se trata de un fármaco de igual eficacia y seguridad a Revatio pero mejor perfil económico, dado que el coste de la HAP es enorme podría suponer un ahorro importante.

Se plantea asimismo que el Servicio de Neumología aporte un protocolo de seguimiento de un año para evaluar la eficiencia.

- *Nasohem® (Gel hipertónico de glicina y calcio)*

El Dr. Alba del servicio de ORL disculpa su asistencia, por lo que se pospone la aprobación del fármaco para la próxima Comisión.

- *Procoralan® (Ibravadina)*

El Dr. Catalán del Servicio de Cardiología disculpa su asistencia, por lo que se pospone la evaluación del fármaco hasta la próxima convocatoria.

2. Estado de los medicamentos MAISE ya evaluados por la AVS: Incivo® (Telaprevir) / Victrelis® (Boceprevir), Soliris® (Eculizumab) y Neulasta® (Pegfilgastrim).

El Dr. Bernalte comenta la situación actual del tratamiento de la hepatitis C. Actualmente hay 51 pacientes autorizados de los cuales 47 están en tratamiento, 44 con Incivo® y sólo 3 con Victrelis®.

Pertencen al Servicio de Digestivo 30 pacientes; el resto pertenecen a la Unidad de Enfermedades Infecciosas, entre los que hay 10 pacientes coinfectados VHC-VIH.

El Dr. Soler comenta que cualquier paciente que no pertenece al área del CHGUV (departamento 9) se está derivando de forma automática para que inicien el tratamiento en el centro correspondiente.

Dado el elevado gasto económico que suponen estos fármacos se plantea también que de ahora en adelante los servicios implicados reporten datos de evaluación de la eficacia del tratamiento.

Por otro lado hay dos pacientes en tratamiento con Neulasta® (Pegfilgastrim) y de momento no hay ningún paciente en tratamiento con Soliris® (Eculizumab).

Los fármacos que han sido incluidos y que se ha protocolizado el uso a través de MAISE serán revisados en cada Comisión de Farmacia y Terapéutica.

3. Medicamentos MAISE pendientes de evaluación por la AVS. Medidas adoptadas.

Para la solicitud de Votrient® (Pazopanib) y Zytiga® (Abiraterona) se han diseñado unas hojas que están cumplimentando los clínicos para cada tratamiento.

4. Situación actual en la GFT de los medicamentos:

Bridion® (Sugammadex)

La Dirección tomó la decisión de retirar Bridion® de la Guía Farmacoterapéutica debido al uso indiscriminado del fármaco.

Tuvo lugar la reunión entre la Dirección médica, el Servicio de Farmacia y el Servicio de Anestesia y Reanimación para decidir la situación del fármaco, establecer el protocolo de uso y el sistema de dispensación/reposición. Se acordó que el Servicio de Anestesia enviaría un protocolo de uso de Bridion®.

Actualmente estamos a la espera de que se establezca el protocolo de utilización.

Se ha limitado el acceso al fármaco. El Servicio de Anestesia y Reanimación no dispone de botiquín. Debe solicitarlo al Servicio de Farmacia en una hoja de solicitud de medicamentos no incluidos en la que justifica el uso de Bridion. El Servicio de Farmacia lo dispensa y registra las peticiones.

5. Lectura y aprobación del acta anterior.

Queda pendiente la lectura y aprobación del acta anterior para la siguiente reunión de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

6. Turno abierto de palabra.

Dra. Carmen Snabb
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
Secretaria de la CFDT

Dra. Ana Saval
Secretaría técnica CFyT

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 18/10/12

Fecha: jueves 18 de Octubre de 2012.

Hora: 8:30 h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección Médica (Edificio Gerencia 2º piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
X	Dra. C. Snabb	PRESIDENTA
DA	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
X	Dr. V. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
X	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
X	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
X	Dra. C. Gimeno	VOCAL
X	Dr. A. Galán	VOCAL
X	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
NO	Dr. V. Palanca	VOCAL
X	Dra. A. Saval	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

- Procoralan® (Ivabradina).

El Dr. Morell presenta el fármaco. Se trata de un inhibidor selectivo de la corriente If del marcapasos cardíaco que consigue la reducción de la frecuencia cardiaca sin afectar las arterias coronarias ni la contractilidad. El mecanismo de acción es diferente a los beta-bloqueantes.

La indicación para la que se solicita la inclusión de Procoralan® es el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes cuya frecuencia cardiaca sea superior a 75 latidos por minutos y en combinación con el tratamiento estándar.

Actualmente existe una alta prevalencia de insuficiencia cardiaca crónica, dado que todas las enfermedades cardiovasculares desembocan en esta patología. Para tratarla adecuadamente se pretende controlar la frecuencia cardiaca, con fármacos encaminados a la reducción de la misma por debajo de 75 latidos por minuto. Añadir ivabradina mejora la supervivencia.

La disminución de la frecuencia cardiaca se consigue con beta-bloqueantes. El uso de ivabradina está justificado cuando no se pueden aumentar las dosis de beta-bloqueantes por efectos indeseables. Al añadir ivabradina se consigue la reducción de la dosis necesaria de beta-bloqueante.

El uso de Procoralan en solitario sólo se produce en casos muy puntuales, en taquicardia sinusal inapropiada y en broncopatas crónicos que no pueden llevar beta-bloqueantes.

La Dra Blasco comenta que la farmacéutica de Atención Primaria, Inmaculada Saiz ha hecho una revisión de los pacientes tratados en Atención Primaria con Procoralan: 271 pacientes estaban tratados solamente con Procoralan, y 108 asociado a betabloqueante.

Esto se debe a que se utiliza en la otra indicación aprobada: Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en adultos con enfermedad coronaria con ritmo sinusal normal.

Se le solicita al Dr. Morell el compromiso de revisar los tratamientos para confirmar que Procoralan® va siempre acompañado del tratamiento estándar (IECA/ARAI+ Diurético+ beta-bloqueante). Nos comenta que actualmente se está llevando a cabo la formación y tutela de los médicos de primaria para evitar que se prescriba Procoralan® de manera indiscriminada.

Se decide incluir Procoralan® en la guía farmacoterapéutica del hospital. El uso de Procoralan® supone una reducción de la frecuencia cardiaca y un descenso del gasto cardiaco lo que conlleva un menor número de ingresos y de muertes por eventos cardiovasculares. Se plantea además que el Servicio de Cardiología y el Servicio de Medicina Interna acuerden el algoritmo de tratamiento y supervisen los tratamientos de pacientes ingresados.

- *Elonva® (Corifolitropina alfa)*

Antes de la presentación del fármaco la Dra. Snabb informa de que los tratamientos de la reproducción humana son susceptibles de dejar de ser financiados por el SNS.

El Dr. Barea presenta el fármaco. Corifolitropina alfa es un estimulante folicular sostenido similar a la folitropina (rFSH) pero que presenta la ventaja de una única administración semanal frente a la administración diaria de rFSH durante los siete primeros días del ciclo.

El Dr. Barea comenta que aunque su precio es superior a las folitropinas disponibles en el hospital, el laboratorio presentará una oferta con una reducción del precio de adquisición de Puregon® (folitropina alfa).

Se le informa de que los datos no son favorables para la inclusión del fármaco. No se justifica el uso de Elomva® frente a Puregon® o Gonal® ya que su perfil de eficacia y seguridad es idéntico. La única ventaja de Elomva frente a las rFSH es la administración única semanal y la acción prolongada del primero; pero en este tipo de pacientes la adherencia es elevada y no se mejora el cumplimiento.

Por otro lado, se plantea sustituir todas las rFSH por las urofolitropinas en las técnicas de reproducción asistida con el consiguiente ahorro económico. La Dra. Blasco comenta que en la última revisión de la Cochrane se concluye que las gonadotropinas urinarias presentan el mismo perfil de eficacia y seguridad que las rFSH.

Ante esto, el Dr. Barea está de acuerdo en que hay que reducir costes, sin embargo, no se pueden dejar sólo las urofolitropinas. Comenta que tendría sentido conservar en la GFT del hospital una de las folitropinas recombinantes (Gonal® o Puregon®) para conseguir dosis fraccionadas y además porque contienen LH, necesaria en mujeres de más de 35 años y bajas respondedoras.

Se decide no incluir Elonva® en la guía farmacoterapéutica del hospital y revisar los tratamientos que actualmente están incluidos en la GFT para la reproducción humana con el objetivo de retirar alguno y así reducir costes dado que todos presentan el mismo perfil de eficacia y seguridad.

- *Nasohem® (Gel hipertónico de glicina y calcio)*

El Dr. Alba del servicio de ORL presenta Nasohem®. Es un gel que contiene el aminoácido (glicina) constituyente del colágeno del tejido conectivo y que activa las plaquetas en la coagulación.

Se aplicó en pacientes con epistaxis nasales, y se evitaron los taponamientos nasales. También se ha utilizado para evitar los taponamientos tras endoscopias. Se trata de un arma frente a determinados tipos de epistaxis. No se utilizará en sangrados masivos.

Se decide incluir Nasohem® en la GFT del hospital. Se administrará en consultas externas de ORL y a partir de las 15h y los festivos en urgencias. El Dr. Borillo sugiere que se custodie en farmacia. Dado su bajo coste la Dra. Snabb considera que no requiere un mayor control.

- *Actira® (Moxifloxacino)*

La Dra. Fernández, actual jefa del servicio de Neumología informa a la secretaría de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de la retirada del fármaco Actira® y por tanto no acude a presentarlo.

Sin embargo, se comenta en la reunión que es un fármaco a considerar dado que moxifloxacino se sitúa como fármaco de primera línea en diversas infecciones en las guías clínicas. Además, la Dra. Gimeno comenta que el uso indiscriminado de Levofloxacino ha obligado a utilizarlo a dosis muy elevadas y justifica la necesidad de Moxifloxacino.

El Dr. Borillo plantea realizar la solicitud a través del Servicio de Urgencias u otro servicio. Además se tramitará a través de la Comisión de Infecciones, de la que la Dra. Gimeno es presidenta.

2. Estado de los medicamentos MAISE ya evaluados por la AVS: Incivo® (Telaprevir) / Victrelis® (Boceprevir), Soliris® (Eculizumab) y Neulasta® (Pegfilgastrim).

No hay pacientes en tratamiento con Eculizumab. Los pacientes tratados con Telaprevir/ Boceprevir son unos 15 pacientes al mes lo cual está dentro de la previsión.

Falta seguimiento y evaluación de los resultados ya que no se dispone de una base de datos de la Conselleria.

3. Bridion® (Sugammadex)

El Servicio de Anestesia y Reanimación ha enviado los formularios a la Jefa de Servicio de Farmacia. En el Servicio de Farmacia se dispensan los viales de Sugammadex por paciente y se registra en el aplicativo Farmacia SIVSA de forma individualizada. La Dra. Blasco expone que no hay necesidad de que nos envíen más hojas de recogida de datos. La custodia de los mismos debería corresponder al SARTD.

Se le entregan a la Dra. Snabb los impresos remitidos a Farmacia hasta la fecha.

4. Lectura y aprobación del acta anterior.

5. Turno abierto de palabra.

La Dra. Snabb informa que ha recibido una carta del Dr. Vanaclocha, Jefe de Servicio de Neurocirugía, en relación a su solicitud de inclusión del medicamento Gliolan® (5-aminolevulínico). Dicha solicitud fue evaluada en la sesión del 12 julio de 2012, resolviéndose favorablemente en espera de la presentación de un protocolo de uso y seguimiento clínico. No obstante, la Dra. Snabb confirma que la lista de espera de pacientes afectados de glioma de alto grado resecable es pequeña, debido a que el número de pacientes intervenidos es bajo, y que la utilización del medicamento no va a requerir un control especial. Se determina su solicitud como medicamento de uso restringido, lo que permitiría trazar a los pacientes tratados con Gliolan® en caso necesario.

Dra. Carmen Snabb
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
Secretaria de la CFyT

Dra. Ana Saval
Secretaría técnica CFyT

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Acta de la reunión del 22/11/12

Fecha: Jueves 22 de noviembre de 2012.

Hora: 8:30 h

Duración: 60 minutos

Lugar: Sala de Juntas de Dirección Médica (Edificio Gerencia 2º piso)

ASISTEN	NOMBRE DE LOS MIEMBROS	CARGO DE LA COMISIÓN
X	Dr. J. Soler	PRESIDENTE
X	Dña. A. Garrido	VICEPRESIDENTA
X	Dra. P. Blasco	SECRETARIA
X	Dr. A. Bernalte	FARMACÉUTICO UFPE
DA	Dr. V. Borillo	COORDINADOR URGENCIAS
X	Dra. E. Rubio	FARMACÓLOGA
X	Dr. J. Catalán	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. F. Coscolla	REPRESENTANTE CUR
DA	Dra. C. Gimeno	VOCAL
NO	Dr. A. Galán	VOCAL
X	Dr. J. Pretel	VOCAL
X	Dña. S. Vidal	VOCAL
X	Dr. L. Facila	VOCAL
X	Dra. A. Saval	SECRETARÍA TÉCNICA

X: asisten DA: disculpan asistencia NO: no asiste

1. Inclusión de nuevos fármacos:

- Duratoba® (Carbetocina).

La Dra. Guixeres presenta el fármaco. Carbetocina es un análogo de oxitocina de acción prolongada que se une a los receptores de oxitocina del útero aumentando las contracciones del músculo liso a este nivel.

La indicación para la que se solicita la inclusión de Carbetocina es la prevención de la atonía uterina tras parto por cesárea con anestesia epidural o espinal y en otras situaciones de riesgo obstétrico elevado.

Se debe administrar como dosis única en bolo tras la extracción del niño. La Dra. Guixeres comenta que las pacientes susceptibles de recibir carbetocina en lugar de oxitocina serían aquellas en las que la cesárea entraña cierto riesgo, que corresponde a un 30 % de las pacientes.

La ventaja de carbetocina frente a oxitocina es que la primera es de acción prolongada, lo que evita una segunda dosis de oxitocina y previene la necesidad de otros uterotónicos.

Aunque la bibliografía no muestra una mayor seguridad en la prevención de la HPP de carbetocina frente a oxitocina, la carbetocina aporta la administración única intramuscular y evita tener que administrar más dosis de oxitocina en mujeres con riesgo de HPP.

- *Hemabate® (Carboprost)*

Carboprost es un análogo de prostaglandinas (PGF2alfa). Está indicado para el tratamiento de la hemorragia postparto (HPP) debida a atonía uterina que no responde a los tratamientos convencionales.

La Dra. Guixeres comenta que el fármaco de elección en HPP es oxitocina, y en segunda línea se utiliza la metilergometrina. Actualmente se está utilizando misoprostol en tercera línea cuando la hemorragia no cesa. Sin embargo, misoprostol no tiene la indicación autorizada en HPP y además su manejo es complicado debido a la vía de administración (comprimidos por vía rectal). Carboprost se utilizaría en última instancia, antes de tener que realizar una histerectomía, cuando el sangrado masivo desestabiliza a la mujer y pone en riesgo su vida.

Se trata de un fármaco de urgencia que se administra en una dosis inicial de 250 mcg por vía intramuscular. La dosis se puede repetir en los siguientes 90 minutos, hasta una dosis máxima de 2 mg.

Se realiza la **evaluación conjunta** de ambos fármacos. El Dr. Soler comenta que por parte de la dirección no hay ningún problema en que se incluyan estos dos fármacos pero no se va a aprobar nada que no esté protocolizado, y plantea que se les devuelva la solicitud al Servicio de Tocoginecología a la espera de que aporten el algoritmo de tratamiento.

Se comenta que el protocolo no se solicitó porque era un fármaco de urgencia y la Dra. Snabb autorizó su estudio.

La solicitud de un protocolo de uso del fármaco ya se venía haciendo por parte de la CFT. De ahora en adelante, en todos los casos, antes de evaluar el medicamento, se le devolverá al servicio correspondiente aquella solicitud que no adjunte un protocolo de uso, ya que se entenderá que no se dispone de información suficiente para la evaluación.

Se deberá informar a las áreas clínicas para que incluyan el protocolo de uso y los pacientes susceptibles de tratamiento SIEMPRE que se solicite la inclusión de un nuevo fármaco en la GFT.

En cuanto a la solicitud de Carbetocina se comenta que sería necesario conocer las pacientes de mayor riesgo susceptibles de tratamiento. En la evaluación de la *Cochrane* no demuestra una diferencia significativa en su perfil de eficacia y seguridad frente a Oxitocina; sin embargo presenta ciertas ventajas de tipo cinético que mejoran el manejo de la prevención de HPP.

Se debe categorizar a la paciente susceptible de recibir Carbetocina.

Por otro lado, se entiende que Carboprost es un fármaco de urgencia que se utiliza en última línea para la hemorragia postparto.

Calificación: D: Se incluye Carbetocina y Carboprost en la GFT del CHGUV con recomendaciones específicas: en condiciones de uso restringido y con evaluación del perfil de eficiencia. Quedamos a la espera de que se aporte un protocolo en el cual se establezca el algoritmo de tratamiento de ambos fármacos.

2. Estado de los medicamentos MAISE

Medicamentos de la Hepatitis C: Actualmente hay 81 pacientes en tratamiento o que han sido tratados; lo que ha supuesto un coste aproximado de 1.600.000 €. 48 pacientes pertenecen al Servicio de Patología Digestiva y 33 pertenecen a la Unidad de Enfermedades Infecciosas (17 son coinfectados). De los 81 pacientes, 78 han sido tratados con Telaprevir y sólo 3 con Boceprevir.

Se comenta que la Consellería pide que se evalúen los resultados del tratamiento, y **tras 7 meses nuestro hospital no ha facilitado ningún dato de efectividad**. Es competencia del clínico hacer el seguimiento. El Dr. Soler dice que remitirá una carta al Servicio de Digestivo y a la Unidad de Enfermedades Infecciosas exigiendo dichos datos, ya que no enviar esta información es causa de suspensión de la autorización del fármaco y así se lo hará saber a los servicios interesados.

El Dr. Soler comenta además que el documento MAISE no son sólo recomendaciones sino que es ejecutivo por lo que los clínicos deben cumplirlo: deberán realizar lead-in, aportar los datos de fibroscan o genotipo siempre que lo soliciten.

Abiraterona: Hay cuatro pacientes autorizados, dos de los cuales han sido enviados al comité que evalúa los casos no contemplados en las directrices de la Consellería. (SAISE)

Cabazitaxel: No hay pacientes en tratamiento

Fármacos MAISE de uso convencional: Se establecen los criterios de uso de Rituximab, Pegfilgastrim y Bevacizumab (próximamente).

Eculizumab: Hay un paciente susceptible de recibir tratamiento con Eculizumab para la hemoglobinuria paroxística nocturna. Se comenta que supone un coste muy elevado (Un año de tratamiento: 300. 000 €)

3. Sugammadex: Bridion®

La Dra. Blasco resume el uso de Sugammadex que realiza el SARTD. El Servicio de Farmacia ha hecho el recuento del número de pacientes, de los viales dispensados y del coste mensual de consumo de Sugammadex. Sin embargo, este tema se pospone y queda pendiente una reunión del Dr. Soler, la Dra. Snabb y la Dra. Blasco para tratarlo.

4. Cronograma de la CFT del año 2013

Se revisa y se modifica la propuesta con las fechas previstas de reunión de la Comisión de Farmacia y Terapéutica para el año próximo y se aprueba el cronograma definitivo. Se enviará el documento actualizado.

5. Revisión de la composición de la CFT

El Dr. Soler toma posesión de la Presidencia de la CFT en lugar de la Dra. Snabb como director médico responsable del Servicio de Farmacia.

Se le da la bienvenida al Dr. Lorenzo Facila del Servicio de Cardiología que acude en el lugar del Dr. Palanca. Se actualizan los datos de todos los miembros. Se enviará el documento corregido.

6. Lectura y aprobación del acta anterior.

Queda pendiente la lectura y aprobación del acta anterior para la siguiente reunión de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

7. Turno abierto de palabra.

Dr. Juan José Soler
Presidenta de la CFyT

Dra. Pilar Blasco
Secretaria de la CFyT

Dra. Ana Saval
Secretaría técnica CFyT