



BIM

Boletín de Información de Medicamentos

Marzo 2026

Centro Información de Medicamentos
Servicio de Farmacia
cim@humv.es

<https://www.humv.es/boletines-informativos/>



En este número...

El boletín de información de medicamentos (BIM) es elaborado por el Centro de Información de Medicamentos del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Incluye resúmenes de los artículos de la literatura biomédica relacionados con medicamentos y considerados más interesantes.

Los resúmenes son elaborados por farmacéuticos del Servicio de Farmacia del HUMV durante las sesiones bibliográficas semanales.

Esta publicación pretende mantener actualizado al lector y servir de estímulo a la lectura.

GENERAL	3
Problemas de suministro de medicamentos	3
Actualización de dietoterápicos según Acuerdo Marco 2024	5
NOVEDADES DE MEDICAMENTOS EN HUMV	6
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN HUMV	7
AEMPS: NOTAS INFORMATIVAS	8
AEMPS: Boletín del Comité de Medicamentos de Uso Humano	8
AEMPS: INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO	9
CARDIOLOGÍA	10
Clopidogrel dos veces al día frente a ticagrelor para reducir los eventos cardiovasculares adversos mayores a corto plazo tras la intervención coronaria percutánea primaria	10
DERMATOLOGÍA	11
Remibrutinib en la urticaria crónica espontánea.....	11
Eficacia y seguridad de guselkumab para el tratamiento de la psoriasis moderada con baja superficie corporal afectada y compromiso de localizaciones de alto impacto	12
Análisis farmacocinético poblacional y de respuesta a la exposición del baricitinib en pacientes pediátricos con dermatitis atópica	13
DIGESTIVO	14



Eficacia y seguridad de risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn activa de moderada a grave	14
ENDOCRINOLOGÍA	15
Eficacia y seguridad del inhibidor oral de PCSK9, enlicitide, en adultos con hipercolesterolemia familiar heterocigótica: un ensayo clínico aleatorizado	15
Reducción de la presión arterial con semaglutida/cagrilintida en adultos con sobrepeso u obesidad	16
HEMATOLOGÍA	18
Teclistamab más daratumumab en mieloma múltiple en recaída o refractario	18
Perspectivas sobre el tratamiento de pacientes con micosis fungoide o síndrome de Sésary con mogamulizumab	19
INFECCIOSAS	20
Tenofovir alafenamida para la prevención de la reactivación del VHB en pacientes HBsAg-negativos, anti-HBc-positivos sometidos a quimioterapia basada en rituximab	20
Hepatotoxicidad en personas con VIH que reciben terapia preventiva con isoniazida durante el embarazo y el posparto: el papel del régimen antirretroviral y la farmacogenética	21
Sibeprenlimab en la nefropatía por IgA: análisis provisional de un ensayo de fase III	22
Riesgo de hiperpotasemia con empagliflozina, finerenona o su combinación	23
Atacicept en pacientes con nefropatía por IgA	24
NEUROLOGÍA	25
Resultados de seguridad y eficacia a seis años con ofatumumab como primera línea en pacientes con diagnóstico reciente de esclerosis múltiple recidivante sin tratamiento previo	25
ONCOLOGÍA	26
Resultados de calidad de vida reportados por los pacientes en mantenimiento con paclitaxel y ramucirumab en cáncer gastroesofágico avanzado.....	26
Resultados económicos y costos de salud del uso de inhibidores de CDK4/6 en primera y segunda línea para el cáncer de mama avanzado	27
Agente estimulador del receptor de linfocitos NAI más bacilo de Calmette-Guérin en el cáncer de vejiga papilar no músculo-invasivo que no responde al bacilo de Calmette-Guérin.....	28
REUMATOLOGÍA	29
Extrapolación de la eficacia de guselkumab a artritis psoriásica juvenil a partir de datos de artritis psoriásica en adultos y psoriasis en adultos y población pediátrica.....	29
SEGURIDAD CLÍNICA	30

GENERAL

Problemas de suministro de medicamentos

- **ACETILSALICILATO DE LISINA 900 mg Inyectable IV:** Rotura de stock de CN 601104 INYESPRIN VIALES 900 MG. Según CIMA de la AEMPS: Fecha restablecido 30/04/2026. Se ha solicitado como medicamento extranjero y se ha importado el mismo medicamento pero expresado en forma de base: 900 mg de acetilsalicilato de DL-lisina equivalen a 500 mg de ácido acetilsalicílico.



Se bloquea petición y prescripción de ACETILSALICILATO DE LISINA 900 mg Inyectable IV quedando únicamente disponible ACETILSALICILICO, Ac. 500 mg Inyectable.


- **AGUA OXIGENADA 3% SOLUCION TÓPICA (Fr: 250 ml):** Rotura de stock de CN 9924201 OXIMEN 250 ML 1 FRASCO y también de la alternativa adquirida CN 7024491 AGUA OXIGENADA FORET 250 ML 10 VOLUMENES. Ambos hasta finales de abril. Farmacia va a adquirir la presentación de 500 ml.
- **TOBRAMICINA 0,3% POMADA OFTÁLMICA:** Rotura de stock de CN 6535448 TOBEX UNGÜENTO OFTÁLMICO Pomada oftálmica 3.5 g. Farmacia bloquea la petición por paciente, no estará disponible para petición por stock de planta. Disponible en Farmacia TOBRAMICINA (Oftal) 0,3% COLIRIO.
- **SALINO HIPOTÓNICO 0,45% IV Frasco 500 ml:** Rotura de stock Cloruro de sodio 0,45% Grifols 500 ml (CN 648279). No hay otros medicamentos de la misma composición. Además en Farmacia (sueros) se ha quedado sin stock. Según ficha técnica ([enlace](#)) es para la [DESHIDRATACION HIPERTONICA]. Tratamiento de los estados de deshidratación hipertónica debido al aumento de las pérdidas sensibles o por diuresis osmótica.

- **HIPROMELOSA 2,5% SOL. OFTALMICA (Goniovisc: EXAMEN DE FONDO DE OJO):** En rotura sin fecha de CN 1495792 - GONIOVISC 2,5 % SOLUCIÓN OFTÁLMICA 15 ml. El Servicio de Farmacia se ha quedado sin stock y ha adquirido en su lugar: CN 1548542 RECUGEL: HIDRATACION OCULAR GEL (10 g). El 24/03/2026, se ha recibido Goniovisc pero etiquetado en otro idioma:



Hasta que no se consuma el Recugel no se liberará Goniovisc.

- **DIETA COMPL POLIM HIPERPROT HIPERCAL con fibra (Fr:200ml)(VAINILLA)(FRESUBIN 2 kcal FIBRE DRINK):** Rotura de stock de CN 5042220 - FRESUBIN 2KCAL FIBRE DRINK (VAINILLA200ml) 24 BOTELLAS. Farmacia va a adquirir sabor:
 - CAPUCHINO: CN 5045771 - FRESUBIN 2 KCAL FIBRE DRINK CAPUCHINO.
 - FRUTOS DEL BOSQUE: CN 5042084 FRESUBIN 2KCAL DRINK (FRUTOS DEL BOSQUE).
- **OXITOCINA 10 u.i./1 ml INYECTABLE:** En rotura CN 6072295 - SYNTOCINON 10 UI 10 AMPOLLAS 1 ML [ALFASIGMA ESPAÑA S.L.] Según CIMA de la AEMPs hasta 15/06/2026. Se está importando como medicamento extranjero pero IMPORTANTE: OTRA DOSIS: OXITOCINA 5 u.i. / 1 ml SOLUCIÓN INYECTABLE.
 - La oxitocina es considerada un medicamento de "alto riesgo" ([enlace](#) a listado de medicamento de alto riesgo) y siguiendo las MEJORES PRÁCTICAS SEGURAS DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAL (ISMP 2022-2023) [enlace](#), se elaboraron protocolos y se un protocolo que incluye una solución estandarizada de OXITOCINA (PC) 10 UI / 1000 ml Salino 0,9%.
 - Ante la situación de desabastecimiento y el cambio de presentación, las medidas tomadas son:
 - Actualización de protocolos:
 - OXITOCINA profilaxis de hemorragia postparto (OBS): Se crea protocolo con la nueva presentación.

- 
- OXITOCINA PERFUSION IV-Inducción o estimulación del parto (OBS): Se añaden instrucciones de preparación de solución estandarizada de OXITOCINA (PC) 10 UI / 1000 ml Salino 0,9%.

Retirada de las unidades clínicas SYNTOCINON 10 UI para que no coexistan las dos dosis.

Fin de problema de suministro

- CN 1495440 Canula xilonibsa Bolsa 25. El Servicio de Farmacia informa que ya ha recibido Cánula xilonibsa Bolsa 25 (CN 1495440) de mayor caducidad. Se solicita que revise su stock y deseche las cánulas que caducan el 06/03/2026. Haga pedido a Farmacia de las unidades que necesite.

Problemas de suministro de medicamentos de dispensación NO hospitalaria:

** Si el uso estimado es de > 6 meses, la importación como medicamento extranjero y su dispensación se realiza por el [Servicio de Farmacia de Atención Primaria](#) (Tfno: 942-20-27-93) siguiendo el procedimiento:*

- 1. el medicamento desabastecido tiene que estar prescrito en receta electrónico*
- 2. el medicamento desabastecido tiene que estar justificado su uso (indicación) y uso > 6 meses en historia clínica electrónica (Altamira)*
- 3. el médico debe enviar correo electrónico a farmaciacovid.gap@scsalud.es indicando medicamento, paciente (nº historia clínica) y que ha hecho o ya estaba hecho puntos 1 y 2*

El servicio de farmacia de atención primaria adquirirá medicamento y se pondrán en contacto con paciente para informarle a que centro de salud le llevan el medicamento.

Toda información sobre problemas de abastecimiento y las medidas adoptadas en nuestro hospital en [página WEB del Servicio de Farmacia](#) (intranet) en "[Problema de suministro de medicamentos](#)".

Actualización de dietoterápicos según Acuerdo Marco 2024

Tras la publicación del Acuerdo Marco AM PA SCS 2024/40 de suministro de productos dietéticos para los usuarios del Servicio Cántabro de Salud, el Servicio de Farmacia informa que se van a actualizar los dietoterápicos disponibles en HUMV según Acuerdo Marco.

Se ha actualizado las listas de dietoterápicos:

- Verde: dietoterápicos que no tienen ningún cambio.
- Blanco: dietoterápicos que cambia de marca comercial.


- Azul: actualización.

Seguimos realizando los cambios conforme se vaya agotando el stock de Farmacia de los anteriores.

Adultos [Enlace](#) (Intranet HUMV).

Pediatría [Enlace](#) (Intranet HUMV).

Disponible ambos enlaces, en el apartado de Dietas de la página web de farmacia (intranet HUMV).

 [Página inicial](#)

FORMULARIO HUMV

Búsqueda por grupo terapéutico [Aquí](#)

* **Dietas** disponibles en grupo Z.

- Actualización AM2024:

Dietas adultos [Aquí 06/2025](#)

Dietas pediatría [Aquí 06/2025](#)

NOVEDADES DE MEDICAMENTOS EN HUMV

NUEVOS DICTÁMENES DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO HUMV. [Enlace](#) a Comité Corporativo de Farmacia.

- Tislelizumab v2.
- Selinexor.
- Levetiracetam.
- Piflufolastat 18F.
- Isatuximab.
- Melfalan Flufenamida.

ALERTA FARMACEUTICA EN HUMV:

- **Alertas farmacéuticas:**
 - CUROSURF 240 mg (CN 778191) lote: 1211842 ([enlace](#)).
 - GASTROGRAFIN 370 MG IODO/ML SOLUCIÓN ORAL Y RECTAL , 1 frasco de 100 ml (CN 909622) ([enlace](#)).
- **Cambio de presentación comercial: de Moviprep® cambiamos a Pleinvue®.**



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN HUMV

MEDICAMENTO DE NO FORMULARIO

1. Solicitar INCLUSIÓN de un medicamento en el Formulario HUMV.
2. Solicitar USO NO URGENTE de un medicamento de no formulario en el Hospital.
3. Solicitar el USO URGENTE de un medicamento de no formulario en el Hospital .

Antes de tramitar la solicitud, revisad información de financiación pública de medicamentos [Enlace](#) (procedimiento de tramitación de solicitudes de usos especiales de medicamentos al Comité Corporativo de Farmacia de Cantabria (BOC nº38, 25 febrero de 2020)).

SITUACIONES ESPECIALES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Medicamentos uso compasivo.
2. Medicamento extranjero.
3. Uso medicamento en indicación fuera de ficha técnica.

Trámites Administrativos para Solicitud de Medicamentos en HUMV [Enlace](#) (Intranet HUMV).



AEMPS: NOTAS INFORMATIVAS

Publicación en web	Título del documento
23/03/2026	<u>Reunión del Comité de Medicamentos de Uso Humano de marzo de 2026</u> Nota Informativa MUH (CMH), 03/2026
23/03/2026	<u>La AEMPS inicia los IPT de los medicamentos que han obtenido una opinión positiva en la reunión del CHMP celebrada en febrero</u> Nota Informativa IPT, 03/2026
18/03/2026	<u>La AEMPS publica el Informe Anual del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano</u> Nota Informativa MUH (FV), 01/2026
13/03/2026	<u>La AEMPS inicia los IPT de los medicamentos que han obtenido una opinión positiva en la reunión del CHMP celebrada en enero</u> Nota Informativa IPT, 02/2026

AEMPS. Notas informativas. [Enlace](#).

AEMPS: Boletín del Comité de Medicamentos de Uso Humano

Boletín del Comité de Medicamentos de Uso Humano. Febrero de 2026. Publicado 16/03/2026.

[Enlace](#)



AEMPS: INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Dirección General de Cartera Básica del Servicio Nacional de Salud y Farmacia (DGCBSF) deben evaluar los medicamentos de uso humano para su incorporación efectiva a la práctica asistencial, cada una dentro del ámbito de sus competencias. Para evitar redundancias, desde 2013 se pasa a elaborar un único informe de posicionamiento terapéutico que sea reconocible para todo el SNS a través de un sistema de evaluación en red basado en la evidencia científica. De este modo, se consigue el mismo beneficio final para cada uno de ellos, manteniendo la coherencia en la evaluación y compartiendo los recursos de forma más eficiente:

- Givinostat (Duvyzat®) en indicación para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) en pacientes ambulatorios a partir de 6 años de edad y con tratamiento concomitante de corticoesteroides.
- Ibrutinib (Imbruvica®) en combinación con rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona (IMBRUVICA+R-CHOP) alternando con R-DHAP (o R-DHAOx) sin IMBRUVICA, seguido de IMBRUVICA en monoterapia, indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de células del manto (LCM) no tratados previamente que serían candidatos a trasplante autólogo de células madre (TAPH).
- Inavolisib (Itovebi®) en combinación con palbociclib y fulvestrant, en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, con mutación en PIK3CA, receptor de estrógeno positivo (ER), HER2 negativo, tras recurrencia durante o en los 12 meses siguientes tras completar tratamiento endocrino adyuvante.
- Dupilumab (Dupixent®) para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE) de moderada a grave en pacientes adultos y adolescentes (a partir de los 12 años), con respuesta inadecuada a los antihistamínicos H₁ y que no han recibido terapia previa anti-IgE para la UCE.
- Brentuximab vedotina (Adcetris®) para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de Hodgkin (LH) CD30+ en estadio IIB con factores de riesgo, estadio III o IV sin tratamiento previo en combinación con etopósido, ciclofosfamida, doxorubicina, dacarbacina y dexametasona (BrECADD).
- Iptacopán (Fabhalta®) para el tratamiento de pacientes adultos con glomerulopatía por complemento 3 (GC3) en combinación con un inhibidor del sistema renina-angiotensina (SRA), o en pacientes que no toleran los inhibidores del SRA, o para quienes un inhibidor de SRA está contraindicado.
- Pirtobrutinib (Jaypirca®) indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfocítica crónica (LLC) en recaída o refractario que hayan sido tratados previamente con un inhibidor de BTK.

AEMPS. Informes De Posicionamiento Terapeutico. [Enlace](#).



CARDIOLOGÍA

Clopidogrel dos veces al día frente a ticagrelor para reducir los eventos cardiovasculares adversos mayores a corto plazo tras la intervención coronaria percutánea primaria

El primer mes tras una intervención coronaria percutánea (ICP) primaria por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es el período de mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM), incluida la trombosis del stent. El ticagrelor y el clopidogrel a dosis doble son tratamientos antiplaquetarios eficaces, pero no existe una comparación directa en este contexto.

Material y método: TADCLLOT fue un ensayo doble ciego, donde se aleatorizaron a 2201 pacientes con IAMCEST en las 24 horas previas a la ICP primaria, en una proporción 1:1, a ticagrelor (dosis de carga de 180 mg, 90 mg dos veces al día) o clopidogrel dos veces al día (dosis de carga de 600 mg, 75 mg dos veces al día) durante un mes. El objetivo principal fueron los ECAM (muerte, infarto de miocardio, trombosis del stent, ictus o revascularización de la lesión diana) al mes. Los objetivos secundarios fueron los componentes individuales de los ECAM y el sangrado clínicamente significativo (tipo 2, 3 o 5 del Consorcio de Investigación Académica sobre Sangrado).

Resultados: Entre 2201 pacientes aleatorizados, se produjeron ECAM en 24 (2,2%) pacientes de ticagrelor frente a 32 (2,9%) en pacientes de clopidogrel dos veces al día (HR: 0,75; IC del 95%: 0,44-1,27; p=0,28; diferencia de riesgo absoluto: -0,7%; IC del 95%: -2,05 a 0,60). Se produjo muerte cardiovascular o trombosis definitiva del stent en 21 (1,9%) frente a 27 (2,5%) pacientes (HR: 0,77; IC del 95%: 0,44-1,37). Se produjo sangrado clínicamente significativo (tipo 2, 3 o 5) en 6 pacientes (0,5%) con ticagrelor frente a 4 (0,4%) con clopidogrel (HR: 1,50; IC del 95%: 0,42-5,31). La hemorragia mayor (tipo 3 o 5) fue poco frecuente y similar entre los grupos: 3 pacientes (0,3 %) en el grupo de ticagrelor y 2 (0,2 %) en el grupo de clopidogrel (HR: 1,50; IC del 95 %: 0,25-8,97). Tanto a los 7 (HR: 0,15; IC del 95 %: 0,04-0,5; p=0,002) como a los 14 días (HR: 0,46; IC del 95 %: 0,23-0,91; p=0,02), los ECAM fueron significativamente menores con ticagrelor en comparación con clopidogrel dos veces al día, aunque estas diferencias dejaron de ser estadísticamente significativas a los 30 días.

Conclusión: El ticagrelor no fue superior al clopidogrel dos veces al día en la reducción de los ECAM al mes de la ICP primaria, y las tasas de sangrado fueron similares. Sin embargo, las tasas de eventos fueron menores de lo previsto, y el ticagrelor redujo significativamente los ECAM en las primeras dos semanas en comparación con el clopidogrel dos veces al día.

J Am Coll Cardiol. 2025 Dec;86(23):2330-2345

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40892606/>



DERMATOLOGÍA

Remibrutinib en la urticaria crónica espontánea

Remibrutinib (inhibidor oral y altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton) demostró mejoras significativas en la actividad de la enfermedad en comparación con placebo en los estudios REMIX de fase III de 24 semanas en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) que permanecieron sintomáticos a pesar de los antihistamínicos H₁ de segunda generación. En este estudio se busca evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del remibrutinib en pacientes con UCE.


Material y método: REMIX-1 y REMIX-2 fueron dos estudios aleatorizados y controlados con placebo que evaluaron eficacia, seguridad y tolerabilidad de remibrutinib en pacientes con UCE. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 para recibir remibrutinib oral 25 mg dos veces al día o placebo durante un período doble ciego y controlado con placebo de 24 semanas, seguido de un período de tratamiento abierto de 28 semanas (hasta 52 semanas). El objetivo principal fue el cambio en la puntuación de actividad de la urticaria (UAS, de sus siglas en inglés) en la semana 12, respecto al valor inicial.

Resultados: Un total de 470 pacientes en el estudio REMIX-1 y 455 en REMIX-2 fueron asignados aleatoriamente a recibir remibrutinib (n=313 y 300, respectivamente) o placebo (n=157 y 155, respectivamente). En la semana 52, los pacientes aleatorizados a remibrutinib mostraron mejoras significativas en la UAS sostenidas en el tiempo (media [intervalo de confianza del 95%], REMIX-1: -23,22 [-24,78, -21,66]; REMIX-2: -22,98 [-24,51, -21,44])). Estas respuestas fueron observadas de forma similar en los pacientes que cambiaron de placebo a remibrutinib en la semana 24 (observadas incluso una semana después de la transición). Las tasas de incidencia ajustadas a la exposición de eventos adversos, eventos adversos graves y eventos adversos que llevaron a la interrupción del tratamiento con remibrutinib durante 52 semanas se mantuvieron equivalentes a las del análisis de 24 semanas.

Conclusión: Remibrutinib mostró una eficacia sostenida y un perfil de seguridad consistente y favorable a largo plazo en pacientes con UCE que permanecieron sintomáticos a pesar de los antihistamínicos H₁ de segunda generación.

J Allergy Clin Immunol. 2026 Jan;157(1):143-154.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41115533/>



Eficacia y seguridad de guselkumab para el tratamiento de la psoriasis moderada con baja superficie corporal afectada y compromiso de localizaciones de alto impacto

Los pacientes con psoriasis que afecta a un bajo porcentaje de superficie corporal (*body surface area* o BSA, de sus siglas en inglés) están infrarrepresentados en los estudios clínicos y pueden presentar una carga importante de enfermedad cuando se ven afectadas localizaciones de alto impacto.


Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en pacientes con BSA baja (2–15%) y psoriasis en placas moderada [*Investigator Global Assessment* (IGA, por sus siglas en inglés) = 3] con afectación de una o más localizaciones de alto impacto (cuero cabelludo, cara, genitales o áreas intertriginosas).

Material y método: Los pacientes se aleatorizaron 2:1 para recibir guselkumab 100 mg o placebo en la semana 0 y la semana 4, y posteriormente cada 8 semanas. El objetivo principal fue evaluar la proporción de pacientes que alcanzaron IGA 0/1 en la semana 16. Como objetivos secundarios, se evaluó la proporción de pacientes que alcanzaron una mejoría $\geq 90\%$ en el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI₉₀, de sus siglas en inglés), IGA 0 y una mejoría del 100% en PASI (PASI₁₀₀); la mejoría porcentual media desde el valor basal hasta la semana 16 en BSA y PASI y la proporción de pacientes que alcanzaron IGA 0 *Physician's Global Assessment* (PGA, de sus siglas en inglés) específicos de localización 0/1 entre aquellos con IGA/PGA específico de localización ≥ 3 al inicio en cuero cabelludo, cara, genitales o áreas intertriginosas. También se evaluó la seguridad.

Resultados: Entre los 338 pacientes aleatorizados (guselkumab n=225; placebo n=113), la BSA basal media (DE) fue del 7,6 % (3,7) y el PASI basal medio fue 9,0 (3,8). En la semana 16, se alcanzaron todos los objetivos primarios y secundarios principales, mostrando superioridad del guselkumab frente a placebo ($p < 0,001$) en la proporción de pacientes que alcanzaron IGA 0/1 (74,2% vs. 12,4%), PASI₉₀ (52,9% vs. 6,2%), IGA 0 (40,4% vs. 3,5%) y PASI₁₀₀ (32,4 % vs. 2,7 %), así como en la mejoría porcentual media desde el valor basal en BSA (80,6% vs. 6,1%) y PASI (82,6% vs. 13,7%). Las tasas de respuesta IGA/PGA específico de localización 0/1 para guselkumab frente a placebo fueron:

- Cuero cabelludo: 75,0% (114/152) vs. 14,5% (11/76).
- Cara: 87,8% (79/90) vs. 28,6% (12/42).
- Genitales: 78,0% (64/82) vs. 37,5% (15/40).
- Áreas intertriginosas: 86,5% (96/111) vs. 28,8% (15/52).

En los grupos de guselkumab y placebo, respectivamente, 37,8% y 39,8% presentaron uno o más efectos adversos, mayoritariamente aumento de infecciones, pero no se identificaron nuevas señales de seguridad.



Conclusión: Guselkumab fue eficaz y bien tolerado en pacientes con psoriasis en placas moderada y BSA baja con afectación de localizaciones de alto impacto. Las mejoras estadísticamente significativas observadas en múltiples medidas de aclaramiento, independientemente de la BSA basal, respaldan la eficacia de guselkumab en un amplio espectro de pacientes.

Br J Dermatol. 2026 Jan;194(1):25-36.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40875818/>

Análisis farmacocinético poblacional y de respuesta a la exposición del baricitinib en pacientes pediátricos con dermatitis atópica

Baricitinib está aprobado para el tratamiento de adultos con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave que son candidatos a terapia sistémica, y ha recibido la autorización reglamentaria en Europa para la DA de moderada a grave en pacientes de 2 a <18 años. El objetivo principal de este estudio es optimizar la dosificación de baricitinib en pacientes pediátricos con DA utilizando modelos farmacocinéticos/farmacodinámicos basados en datos de adultos.

Material y método: El estudio BREEZE-AD-PEDS, de fase III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, reclutó a pacientes (de 2 a 18 años) con DA moderada a grave. Durante un periodo inicial de farmacocinética (PK), se compararon los datos de concentración de baricitinib de cohortes de dosis basadas en la edad (4 mg una vez al día: de 10 a <18 años; 2 mg una vez al día: de 2 a <10 años) con los valores de concentración reales y simulados de pacientes adultos que recibían 4 mg una vez al día de baricitinib. Se desarrolló un modelo PK poblacional que incorporaba el escalado alométrico (es decir, basado en los cambios en tamaño y forma del cuerpo con el paso de los años) para determinar la dosis basada en el peso en pacientes pediátricos que se ajustara a la exposición en adultos. Se analizaron las relaciones exposición-respuesta (E-R) para el objetivo primario: una puntuación validada de *Investigator Global Assessment*[®] (vIGA-AD) de 0 a 1 (piel clara a casi clara) con una mejora ≥ 2 puntos con respecto al valor inicial en la semana 16. La farmacocinética del baricitinib se caracterizó en 393 pacientes pediátricos utilizando un modelo de dos compartimentos con escalado alométrico del aclaramiento y el volumen de distribución.

Resultados: La dosis basada en la edad y posteriormente en el peso (2 mg para pacientes de 10 a <30 kg y 4 mg para pacientes ≥ 30 kg) fue comparable a la exposición de 4 mg en adultos. Se observó una clara relación dosis-respuesta para el objetivo principal cuando se clasificó por grupos de edad o peso.



Conclusión: El modelo farmacocinético poblacional desarrollado utilizando concentraciones de baricitinib en pacientes adultos, con escalado alométrico para el peso en cuanto al aclaramiento y el volumen, predijo adecuadamente las exposiciones en la población pediátrica. El modelo farmacocinético, con análisis E-R, proporcionó información para establecer un régimen de dosificación adecuado basado en el peso.

Clin Pharmacokinet. 2026 Jan;65(1):119-31.

Enlace: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40262-025-01563-8>


DIGESTIVO

Eficacia y seguridad de risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn activa de moderada a grave

Risankizumab, un inhibidor selectivo de la subunidad p19 de la interleucina-23, está aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) de actividad moderada a grave en adultos. En este estudio se presentan los resultados intermedios de la parte 2 del ensayo SEQUENCE, actualmente en curso, que evalúa la eficacia y la seguridad a largo plazo de risankizumab en pacientes con EC activa que habían fracasado previamente al tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF).

Material y método: Los pacientes aleatorizados a risankizumab que completaron la visita de la semana 48 en la parte 1 pudieron continuar en la parte 2 recibiendo risankizumab subcutáneo en régimen abierto (360 mg cada 8 semanas). Aquellos con respuesta insuficiente podían recibir tratamiento de rescate (risankizumab intravenoso 600 mg) antes de retomar el esquema habitual. Este análisis intermedio evaluó la eficacia en las semanas 52, 76 y 100 de tratamiento; la seguridad se analizó durante todo el periodo del estudio.

Resultados: En total, 224 pacientes que habían recibido terapia de inducción con risankizumab 600 mg intravenoso y tratamiento de mantenimiento con 360 mg subcutáneo ingresaron en la parte 2. Las tasas de remisión clínica se mantuvieron estables hasta la semana 100 (según análisis observados, $\geq 74,5\%$; los análisis con imputación de no respondedores y no respondedores modificados mostraron tendencias similares). La gran mayoría de los pacientes ($>99\%$) que alcanzaron remisión clínica no recibían corticoides en la visita correspondiente. La incidencia de hospitalización y cirugía relacionadas con la EC fue baja ($\leq 0,03$ por paciente-año), y las mejorías en el cuestionario de enfermedad inflamatoria



intestinal (IBDQ) y en el cuestionario de salud SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) se mantuvieron en el tiempo. Los datos de seguridad fueron coherentes con el perfil de seguridad ya conocido de risankizumab; la tasa de eventos adversos graves ajustada por exposición fue de 11,8 por 100 paciente-años.

Conclusión: Este análisis intermedio de la terapia continua con risankizumab en régimen abierto mostró una eficacia clínica duradera a largo plazo y no identificó nuevas señales de seguridad en pacientes con EC de actividad moderada a grave. Análisis futuros evaluarán los resultados clínicos y endoscópicos a más largo plazo, así como la seguridad.

J Crohns Colitis. 2025 Dec;19(12):jjaf213.


Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41344313/>

ENDOCRINOLOGÍA

Eficacia y seguridad del inhibidor oral de PCSK9, enlicitide, en adultos con hipercolesterolemia familiar heterocigótica: un ensayo clínico aleatorizado

Las personas con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, debido a niveles elevados de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL). Muchos pacientes con HeFH no alcanzan los objetivos de c-LDL recomendados en las guías con las terapias hipolipemiantes actualmente disponibles. El objetivo de este ensayo es evaluar la eficacia de enlicitide decanoato (un inhibidor oral de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 [PCSK9]) frente a placebo en adultos con HeFH que requieren una reducción adicional de los niveles de c-LDL a pesar del tratamiento con estatinas.

Material y método: Este ensayo clínico aleatorizado de fase III incluyó a pacientes mayores de 18 años con HeFH que estaban en tratamiento con terapias hipolipemiantes (al menos una estatina de intensidad moderada o alta) y que cumplían uno de los siguientes criterios: niveles de c-LDL ≥ 55 mg/dL con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica grave, o niveles de c-LDL ≥ 70 mg/dL sin antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica grave. Los pacientes fueron aleatorizados (2:1) para recibir 20 mg de enlicitide (n=202) o placebo (n=101) una vez al día durante 52 semanas. El objetivo principal fue el cambio porcentual medio en los niveles de c-LDL en la semana 24. Entre los objetivos secundarios se incluyeron el cambio porcentual medio en los niveles de c-LDL en la semana 52, el cambio porcentual medio en la semana 24 en los niveles de colesterol no unido



a lipoproteínas de alta densidad (no-HDL-c) y apolipoproteína B, y mediana en el cambio porcentual en la semana 24 en lipoproteína(a).

Resultados: De los 303 participantes (edad media 52,4 años [DE 13,5]; 51% mujeres), 293 (96,7%) completaron el ensayo. El nivel medio de c-LDL al inicio fue de 119,0 mg/dL (DE 41,0 mg/dL); todos estaban en tratamiento con estatinas (81,5% con estatinas de alta intensidad) y el 64,4% recibía ezetimiba. El cambio porcentual medio de c-LDL en la semana 24 fue de -58,2% en el grupo de enlicitide frente a 2,6% en el grupo placebo (diferencia entre grupos, -59,4% [IC 95 %, -65,6 a -53,2]; $p < 0,001$). En la semana 52, el cambio porcentual medio de c-LDL fue de -55,3 % con enlicitide frente a 8,7% con placebo (diferencia entre grupos, -61,5% [IC 95 %, -69,4 a -53,7]; $p < 0,001$). En la semana 24, el cambio porcentual medio en no-HDL-c fue de -52,3 % en el grupo de enlicitide frente a 2, % en el grupo placebo (diferencia entre grupos, -53,0% [IC 95 %, -58,5 a -47,4]; $p < 0,001$). El cambio porcentual medio en apolipoproteína B fue de -48,2% frente a 1,8%, respectivamente (diferencia entre grupos, -49,1% [IC 95 %, -54,0 a -44,3]; $p < 0,001$), y la mediana en el cambio porcentual en lipoproteína(a) fue de -24,7% frente a -1,6% (diferencia entre grupos, -27,5% [IC 95%, -34,3 a -20,6]; $p < 0,001$). La incidencia de reacciones adversas, reacciones adversas graves e interrupciones del estudio por reacciones adversas fue similar entre ambos grupos.

Conclusión: Entre los adultos con HeFH, el tratamiento con enlicitide es bien tolerado y reduce significativamente los niveles de c-LDL, no-HDL-c, apolipoproteína B y lipoproteína(a).

JAMA. 2026 Jan;335(2):129-139.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41206969/>

Reducción de la presión arterial con semaglutida/cagrilintida en adultos con sobrepeso u obesidad

Las personas con obesidad son propensas a desarrollar hipertensión arterial y, a pesar de los regímenes antihipertensivos intensivos, el control de la presión arterial (PA) en estos pacientes es complejo. El agonista del receptor GLP-1, semaglutida, está aprobado para el control de peso a largo plazo y la reducción del riesgo cardiovascular. La cagrilintida, un análogo de amilina humana de acción prolongada, se ha evaluado como una opción de tratamiento para el control de peso en combinación con semaglutida. La combinación de dosis fija de semaglutida/cagrilintida (CagriSema 2,4 mg/2,4 mg) ha demostrado reducciones significativas y clínicamente relevantes del peso corporal en adultos con sobrepeso u obesidad en comparación con placebo.



Material y método: El ensayo REDEFINE 1 de fase IIIa, de 68 semanas de duración, aleatorizó a adultos sin diabetes con un índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² con ≥ 1 complicación relacionada con la obesidad, a tratamiento semanal con CagriSema 2,4 mg/2,4 mg, semaglutida 2,4 mg, cagrilintida 2,4 mg o placebo, además de una intervención en el estilo de vida. El objetivo del estudio fue evaluar mediante análisis secundarios y post hoc el efecto antihipertensivo (centrándose en los grupos de CagriSema y placebo) por subgrupo/categoría, incluyendo el índice de masa corporal basal, la presencia de hipertensión o hipertensión resistente al inicio del estudio y los cambios concomitantes en el uso de medicamentos antihipertensivos.

Resultados: En total, 3417 pacientes fueron aleatorizados; CagriSema: n=2108, semaglutida: n=302, cagrilintida: n=302 y placebo: n=705. Los cambios en la PA desde el inicio hasta la semana 68 fueron mayores con CagriSema que con placebo (PA sistólica: -10,9 frente a -2,8 mmHg; PA diastólica: -5,4 frente a -1,7 mmHg, respectivamente). La proporción de pacientes que alcanzó los objetivos de PA en la semana 68 fue del 63,0 % con CagriSema y del 32,0 % con placebo. La proporción de pacientes con hipertensión resistente al inicio (n=167) que alcanzaron los objetivos de presión arterial en la semana 68 fue del 42,0 % con CagriSema y del 29,3 % con placebo (odds ratio: 1,7 [IC 95%: 0,7-4,4]). Entre los pacientes que usaron medicación antihipertensiva durante el estudio, el 39,6 % del grupo de CagriSema redujo o suspendió el tratamiento entre la semana 0 y la semana 68, frente al 18,8 % del grupo de placebo.

Conclusión: La combinación de semaglutida/cagrilintida presenta reducciones clínicamente relevantes de la PA en una amplia gama de subgrupos de pacientes, incluidos aquellos con hipertensión resistente.

Hypertension. 2026 Feb;83(2):e26055.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41328546/>



HEMATOLOGÍA

Teclistamab más daratumumab en mieloma múltiple en recaída o refractario

En un ensayo de fase I-II, teclistamab, un anticuerpo biespecífico dirigido contra CD3 en la superficie de los linfocitos T y contra el antígeno de maduración de células B (BCMA) en las células de mieloma, demostró respuestas duraderas en pacientes intensamente pretratados con mieloma múltiple en recaída o refractario. Daratumumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la proteína CD38, ha demostrado beneficio en la supervivencia en pacientes con mieloma múltiple.

Material y método: En este ensayo de fase III, se aleatorizan pacientes con una a tres líneas previas de tratamiento para recibir terapia combinada con teclistamab–daratumumab o daratumumab combinado con dexametasona más pomalidomida (DPd) o bortezomib (DVd) —grupo DPd o DVd—, a criterio del investigador. El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión (SLP), evaluada por un comité independiente de revisión. Los objetivos secundarios incluyeron la tasa de respuesta completa o mejor, la tasa de respuesta global y la negatividad de la enfermedad mínima residual (EMR), así como la evaluación de la seguridad del tratamiento mediante la incidencia de efectos adversos.


Resultados: Un total de 587 pacientes fueron aleatorizados (291 para recibir teclistamab–daratumumab y 296 para recibir DPd o DVd).

- Con una mediana de seguimiento de 34,5 meses, la SLP fue significativamente más prolongada con teclistamab–daratumumab que con DPd o DVd.
- La SLP estimada a 36 meses fue del 83,4% en el grupo teclistamab–daratumumab y del 29,7% en el grupo DPd o DVd (razón de riesgo, 0,17; IC 95%, 0,12 a 0,23; $p < 0,001$).
- Más pacientes en el grupo teclistamab–daratumumab que en el grupo DPd o DVd presentaron respuesta completa o mejor (81,8% frente a 32,1%), respuesta global (89,0% frente a 75,3%) y negatividad de EMR (10^{-5} ; 58,4% frente a 17,1%) ($p < 0,001$ para todas las comparaciones).
- Los efectos adversos graves ocurrieron en el 70,7% de los pacientes del grupo teclistamab–daratumumab y en el 62,4% de aquellos en el grupo DPd o DVd; la muerte atribuida a efectos adversos ocurrió en el 7,1% y el 5,9%, respectivamente.

Conclusión: En pacientes con mieloma múltiple que habían recibido de una a tres líneas previas de tratamiento, aquellos del grupo teclistamab–daratumumab presentaron una SLP significativamente más prolongada que los del grupo DPd o DVd.

N Engl J Med. 2026 Feb;394(8):739-52.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41363801/>



Perspectivas sobre el tratamiento de pacientes con micosis fungoide o síndrome de Sézary con mogamulizumab

En el ensayo MAVORIC, el mogamulizumab demostró mejores resultados que el vorinostat en una amplia variedad de características de la enfermedad y de los pacientes con micosis fungoide (MF) o síndrome de Sézary (SS). En este análisis *post-hoc* se evalúa en mayor profundidad los resultados de MAVORIC.

Material y método: MAVORIC fue un ensayo clínico fase 3, aleatorizado e internacional. Se incluyeron pacientes con MF o SS en recaída o refractario con 1 o más tratamientos sistémicos previos. Se aleatorizaron 1:1 a mogamulizumab IV o vorinostat oral. Se evaluaron los factores asociados a la respuesta a largo plazo mediante la tasa de respuesta global más allá de los 12 meses (TRG > 12 meses), el tiempo hasta el siguiente tratamiento (TTNT, de sus siglas en inglés), la supervivencia libre de progresión (SLP) y el impacto del uso concomitante de esteroides, la linfopenia y la erupción cutánea asociada al mogamulizumab (MAR, de sus siglas en inglés) en la respuesta de los pacientes.

Resultados: Una mayor proporción de pacientes alcanzó una TRG que se mantuvo durante $\geq 4, 6, 8$ o 12 meses en el grupo tratado con mogamulizumab en comparación con el grupo tratado con vorinostat. También se observó una respuesta a largo plazo en los pacientes tratados con mogamulizumab que presentaban una enfermedad más avanzada (estadio IVA1 [17/20], afectación sanguínea B2 [18/20] y SS [14/20]). La SLP fue significativamente más prolongada (9,4 frente a 3,1 meses; $p < 0,0001$) en los pacientes tratados con mogamulizumab en comparación con los tratados con vorinostat que tomaban esteroides de forma concomitante. Los pacientes tratados con mogamulizumab experimentaron un TTNT más prolongado en comparación con los tratados con vorinostat. La linfopenia y la MAR se asociaron con la respuesta al mogamulizumab.

Conclusión: El estudio MAVORIC demuestra una mayor eficacia de mogamulizumab frente al vorinostat en pacientes con MF o SS en recaída o refractario, incluidos aquellos con enfermedad más avanzada. El uso concomitante de esteroides mejora la TRG y la SLP, pero no influye en los resultados del vorinostat. Las respuestas globales se producen con mayor frecuencia en los pacientes tratados con mogamulizumab que desarrollan linfopenia que en aquellos que no la desarrollan. Un mayor porcentaje de pacientes con MAR presenta una respuesta global en comparación con aquellos sin MAR.

J Dermatolog Treat. 2025 Dec;36(1):2438794

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39894454/>



INFECCIOSAS

Tenofovir alafenamida para la prevención de la reactivación del VHB en pacientes HBsAg-negativos, anti-HBc-positivos sometidos a quimioterapia basada en rituximab

La inmunosupresión puede provocar la reactivación del virus de la hepatitis B (VHB), lo que puede dar lugar a desenlaces graves en pacientes con infección por VHB "resuelta". Este ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo evaluó la eficacia de la terapia antiviral preventiva en pacientes HBsAg negativo y anti-HBc positivo que recibían quimioterapia basada en rituximab por linfoma no Hodgkin (LNH).


Material y método: Los pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir tenofovir alafenamida (TAF) o placebo a lo largo de tres fases: quimioterapia más TAF/placebo (fase 1), TAF/placebo tras finalizar la quimioterapia (fase 2) y seguimiento después de suspender el tratamiento (fase 3). El objetivo principal fue la seroconversión inversa del HBsAg (es decir, evaluar si reaparecía el antígeno de superficie de hepatitis B). Se monitorizaron el HBsAg y los niveles de ALT cada 3-12 semanas, según la fase del tratamiento, y el ADN del VHB se midió de forma retrospectiva.

Resultados: Entre los 42 pacientes incluidos (edad mediana 65,2 años; 52,4% hombres; 52,4% con linfoma agresivo; 73,8% positivos para anti-HBs), 20 recibieron TAF y 22 placebo. La ALT mediana basal fue de 20,0 U/L (RIC: 15,0–28,0). La mediana de seguimiento fue de 69,4 semanas (RIC: 63,7–166), con un intervalo mediano de 6,1 semanas (RIC: 4,7–8,3) entre visitas. Durante el seguimiento, 2 pacientes del grupo TAF, pero ninguno del grupo placebo, presentaron seroconversión inversa del HBsAg: una ocurrió en la fase 3 a las 62,3 semanas desde el inicio y la otra en la fase 1 a las 20,0 semanas desde el inicio. Ninguno de estos pacientes presentó elevaciones de ALT superiores a 2 veces el límite superior de la normalidad. Se detectaron niveles de ADN del VHB >1.000 UI/mL en 8 ocasiones entre 6 pacientes (3 en cada grupo), sin que se asociara a hepatitis. Las elevaciones de bajo nivel de ADN (<1.000 UI/mL) no se relacionaron con seroconversión inversa, aumentos progresivos del ADN ni elevaciones de ALT.

Conclusión: El uso de TAF como terapia preventiva no redujo el riesgo de seroconversión inversa del HBsAg; sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que el estudio tuvo un tamaño muestral insuficiente debido a un reclutamiento lento que llevó a su finalización anticipada. Las elevaciones bajas del ADN del VHB no se asociaron con reactivación del virus. Por tanto, en pacientes HBsAg negativos que reciben quimioterapia basada en rituximab, es suficiente con realizar un seguimiento estrecho de HBsAg y ALT.

Hepatol Commun. 2025 Dec;9(12):e0859.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41335575/>



Hepatotoxicidad en personas con VIH que reciben terapia preventiva con isoniazida durante el embarazo y el posparto: el papel del régimen antirretroviral y la farmacogenética

El ensayo TB APPRISE, fase IV, aleatorizado, multicéntrico y de no inferioridad, que evaluó la seguridad del tratamiento preventivo durante 28 semanas con isoniazida iniciada durante el embarazo (tratamiento inmediato) frente a posponerla a la semana 12 posparto (tratamiento diferido) en personas con VIH bajo terapia antirretroviral, mostró una hepatotoxicidad superior a la esperada. El objetivo de este ensayo consiste en evaluar el posible papel de los antirretrovirales, la isoniazida y la farmacogenética y su posible hepatotoxicidad en mujeres embarazadas, que reciben terapia preventiva durante el embarazo y post-parto.


Material y método: La hepatotoxicidad se definió como elevaciones de enzimas hepáticas de grado ≥ 3 ; o elevaciones de enzimas de grado ≥ 2 con bilirrubina elevada o hepatitis sintomática. Se realizó una regresión de Poisson para la hepatotoxicidad por cualquier causa en el grupo de estudio, el régimen antirretroviral, la farmacogenética del metabolismo de isoniazida y efavirenz (NAT2, CYP2B6) y otras características de los participantes. Los modelos ajustados incluyeron el grupo de estudio y las covariables con $p < 0,25$ en los modelos sin ajustar. Se evaluaron las interacciones del régimen antirretroviral y la farmacogenética con el grupo de estudio.

Resultados: Las 945 pacientes embarazadas con seguimiento de la función hepática recibían antirretrovirales (85% con efavirenz, 13% con nevirapina); 63 (6%) experimentaron eventos de hepatotoxicidad; 29 (6%) en el grupo de tratamiento inmediato y 34 (7%) en el de tratamiento diferido; solo 5 eventos (8%) ocurrieron durante el embarazo; 49 (78%) ocurrieron entre el parto y las 24 semanas posparto. Se observó un mayor riesgo de hepatotoxicidad con el uso de nevirapina en el grupo de tratamiento inmediato, pero no hubo diferencias entre los grupos de estudio en las participantes que recibían efavirenz. Las metabolizadoras lentas de efavirenz presentaron un mayor riesgo de hepatotoxicidad.

Conclusión: Es fundamental monitorizar la hepatotoxicidad en el posparto temprano, donde el riesgo es mayor que antes del parto. El régimen posológico y la farmacogenética también deben considerarse al decidir cuándo iniciar la terapia preventiva de isoniazida en la población embarazada y en el posparto.

Clin Infect Dis. 2026 Feb;82(1):e156-e164

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40237651/>



Sibeprenlimab en la nefropatía por IgA: análisis provisional de un ensayo de fase III

El ligando inductor de proliferación de la citocina A (APRIL) se considera un factor clave en la fisiopatogenia de la nefropatía por IgA. El sibeprenlimab, un anticuerpo monoclonal IgG2 humanizado, se une de forma selectiva a APRIL e inhibe su actividad.

Material y método: En este ensayo clínico de fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, se asignó a adultos con nefropatía por IgA confirmada mediante biopsia en una proporción 1:1 a recibir sibeprenlimab subcutáneo a dosis de 400 mg o placebo, administrados cada 4 semanas durante 100 semanas. El objetivo principal fue el cociente proteína/creatinina en orina de 24 horas a los 9 meses en comparación con el valor basal. El objetivo secundario clave, cuyos resultados se comunicarán al finalizar el estudio, fue la pendiente anualizada de la tasa de filtrado glomerular estimada durante un período de 24 meses. Otros objetivos secundarios incluyeron la variación en las concentraciones séricas de inmunoglobulinas y la evaluación de la seguridad. Entre las variables exploratorias se incluyeron los cambios en las concentraciones de IgA1 deficiente en galactosa y de APRIL, el cociente proteína/creatinina en una muestra aislada de orina, la hematuria y la remisión de la proteinuria.

Resultados: Un total de 510 pacientes fueron aleatorizados: 259 al grupo de sibeprenlimab y 251 al grupo placebo. El análisis provisional preespecificado incluyó a los primeros 320 pacientes (152 tratados con sibeprenlimab y 168 con placebo) que tuvieron la posibilidad de completar la evaluación del cociente proteína/creatinina en orina de 24 horas a los 9 meses. A los 9 meses, se observó una reducción significativa del cociente proteína/creatinina en orina de 24 horas con sibeprenlimab (-50,2%), en comparación con un incremento en el grupo placebo (2,1%), lo que corresponde a una media geométrica ajustada por mínimos cuadrados del cociente proteína/creatinina en orina de 24 horas un 51,2% inferior con sibeprenlimab que con placebo (intervalo de confianza [IC] del 96,5%: 42,9 a 58,2; $p < 0,001$). En la semana 48, las concentraciones de APRIL y de IgA1 patógena deficiente en galactosa se redujeron respecto al valor basal en un 95,8% y un 67,1%, respectivamente, en el grupo tratado con sibeprenlimab. El perfil de seguridad fue aparentemente similar en los grupos de sibeprenlimab y placebo. No se notificaron fallecimientos y la incidencia de reacciones adversas graves durante el tratamiento fue del 3,5% con sibeprenlimab y del 4,4% con placebo.

Conclusión: El tratamiento con sibeprenlimab produce una reducción significativa de la proteinuria en comparación con placebo en pacientes con nefropatía por IgA.

N Engl J Med. 2026 Feb;394(7):635-46.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41211929/>




Riesgo de hiperpotasemia con empagliflozina, finerenona o su combinación

La hiperpotasemia es frecuente durante la terapia con inhibidores del sistema renina-angiotensina (SRAA), lo que habitualmente conduce a la interrupción del tratamiento y puede limitar los beneficios cardiovasculares y renales. Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 podrían mitigar el riesgo de hiperpotasemia asociado al uso de inhibidores de SRAA. Este análisis secundario del ensayo CONFIDENCE tuvo como objetivo investigar el impacto de la empagliflozina, la finerenona (un antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides) y su combinación sobre la hiperpotasemia, así como evaluar si la aparición de hiperpotasemia participa o explica parcialmente la reducción de la albuminuria observada con los tratamientos en pacientes de alto riesgo con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2 con albuminuria.

Material y método: En este ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado, CONFIDENCE, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica (tasa de filtración glomerular estimada: 30–90 mL/min/1,73 m²) y albuminuria (cociente albúmina/creatinina urinaria [CACu]: 100–5.000 mg/g), en tratamiento con dosis estables de inhibidores del SRAA, fueron aleatorizados en una proporción 1:1:1 a empagliflozina, finerenona o a la combinación de ambas. El objetivo primario fue la evaluación de la hiperpotasemia y el cambio en el CACu desde el valor basal hasta el día 180. Se emplearon modelos de regresión logística para evaluar el riesgo de hiperpotasemia moderada (potasio sérico >5,5 mmol/L) y grave (potasio sérico >6,0 mmol/L). Se realizó un análisis de mediación causal para determinar el impacto de la hiperpotasemia en el cambio medio del CACu en el día 180.

Resultados: Los pacientes que desarrollaron hiperpotasemia presentaban al inicio una tasa de filtración glomerular estimada más baja, niveles de potasio más elevados y albuminuria más grave. Los episodios de hiperpotasemia se acumularon a lo largo de los 180 días del ensayo en los tres grupos. Se observaron pocas discontinuaciones del tratamiento. La asignación aleatoria a finerenona se asoció con un incremento del potasio sérico. No se observaron diferencias entre el tratamiento combinado y la finerenona en el cambio medio del potasio sérico ($p=0,91$) ni en la probabilidad de desarrollar hiperpotasemia ($p=0,85$). En total, la hiperpotasemia ocurrió en 113 pacientes (14,5%): 40 de 265 (15,1%) con terapia combinada, 48 de 255 (18,8%) con finerenona y 25 de 259 (9,7%) con empagliflozina. La hiperpotasemia no estuvo involucrada en el mecanismo causal responsable de la reducción del CACu en el día 180.

Conclusión: A lo largo de 180 días, la combinación de empagliflozina y finerenona no mitigó de forma significativa el riesgo de hiperpotasemia. El efecto del tratamiento se mantuvo independientemente del desarrollo de hiperpotasemia.



J Am Coll Cardiol. 2026 Feb;87(7):772-784

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41493296/>

Atacicept en pacientes con nefropatía por IgA

La nefropatía por IgA, la glomerulopatía primaria más frecuente a nivel mundial, es una enfermedad renal de origen en linfocitos B caracterizada por la acumulación mesangial de complejos inmunitarios que contienen IgA. En al menos el 50 % de los pacientes, la nefropatía por IgA progresa a insuficiencia renal o muerte en un periodo de 10 a 20 años tras el diagnóstico. Atacicept es una proteína de fusión TACI-Fc (transmembrane activator and calcium-modulator and cyclophilin-ligand interactor) humana nativa que inhibe dos citocinas inmunorreguladoras clave —el factor activador de linfocitos B (BAFF) y el ligando inductor de proliferación (APRIL)— que se consideran centrales en la fisiopatología de la nefropatía por IgA.

Material y método: ensayo clínico fase III, en curso, multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo. Se aleatorizaron pacientes con nefropatía por IgA en una proporción 1:1 a recibir atacicept a una dosis de 150 mg una vez por semana, administrado por vía subcutánea por los propios pacientes en su domicilio, o placebo correspondiente. El objetivo principal fue evaluar el cambio porcentual desde el valor basal en la relación proteína/creatinina urinaria en orina de 24 horas a la semana 36. Asimismo, se evaluó la seguridad.

Resultados: se incluyeron un total de 203 pacientes: 106 en el grupo de atacicept y 97 en el grupo placebo. En la semana 36, la reducción porcentual desde el valor basal en la relación proteína/creatinina urinaria fue del 45,7 % en el grupo tratado con atacicept y del 6,8 % en el grupo placebo, con una diferencia media geométrica entre grupos de 41,8 puntos porcentuales (IC95%: 28,9 a 52,3; $p < 0,001$). Se observaron efectos adversos en el 59,3 % de los pacientes del grupo atacicept y en el 50,0 % del grupo placebo; la mayoría fueron de intensidad leve o moderada.

Conclusión: el tratamiento con atacicept produjo una reducción significativamente mayor de la proteinuria que placebo a la semana 36 en pacientes con nefropatía por IgA.

N Engl J Med. 2026 Feb;394(7):647-57.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41196369/>



NEUROLOGÍA


Resultados de seguridad y eficacia a seis años con ofatumumab como primera línea en pacientes con diagnóstico reciente de esclerosis múltiple recidivante sin tratamiento previo

Ofatumumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20 completamente humano aprobado para el tratamiento de formas recurrentes de la esclerosis múltiple (EMR), es el único anti-CD20 diseñado para la autoadministración y sin necesidad de premedicación. En este artículo se presentan los datos de seguridad y eficacia a largo plazo de ofatumumab en personas recientemente diagnosticadas de EMR (≤ 3 años) sin tratamiento previo (RDTN, de sus siglas en inglés; *recently diagnosed treatment-naive*).

Material y método: Los estudios de seguridad incluyeron a pacientes con EMR y RDTN que recibieron al menos una dosis de ofatumumab en ASCLEPIOS I/II u otros estudios precursores (APLIOS y APOLITOS) de ALITHIOS, un estudio de extensión abierto de fase IIIb en curso. Los análisis de eficacia incluyeron a pacientes aleatorizados con ofatumumab en ASCLEPIOS I/II y tratados de forma continua durante un máximo de 6 años. El objetivo del estudio fue evaluar la tasa anualizada de brotes (TAR), las lesiones detectadas por resonancia magnética (RM), la no evidencia de actividad de la enfermedad-3 (NEDA-3), la velocidad de procesamiento cognitivo y la situación laboral.

Resultados: El ensayo de seguridad incluyó a 409 pacientes con EMR y RDTN. Las tasas de incidencia ajustadas a la exposición de infecciones graves y neoplasias malignas no aumentaron hasta la fecha de corte de 6 años. Durante los 6 años, los niveles medios de IgG se mantuvieron estables y la IgG se mantuvo por encima del límite inferior de la normalidad (LIN: 5,65 g/L) en el 98,0% de los pacientes en todas las mediciones. Los niveles medios de IgM disminuyeron, pero la IgM se mantuvo por encima del LIN (0,4 g/L) en el 64,1% de los pacientes en todas las mediciones. De los 314 pacientes con EMR y RDTN que recibieron ofatumumab en ASCLEPIOS I/II (análisis de eficacia), 233 ingresaron en ALITHIOS, y en la fecha de corte de los datos, 181 (77,7%, 181/233) aún recibían ofatumumab. La TAR disminuyó de 0,112 (año 1) a 0,030 (año 6). Se observó una supresión casi completa de las lesiones detectadas por RM hasta el año 6. El 94,4% de los pacientes presentó NEDA-3 al año 6. Además, hasta el 70,6 % de los participantes experimentó una mejora clínicamente significativa en la velocidad de procesamiento cognitivo durante el estudio y se observó una reducción del ausentismo laboral en comparación con el valor inicial.

Conclusión: Los resultados respaldan el perfil beneficio-riesgo altamente favorable a largo plazo de ofatumumab como terapia de primera línea en personas con EMR.



Mult Scler Relat Disord. 2026 Jan;105:106886.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41380509/>

ONCOLOGÍA

Resultados de calidad de vida reportados por los pacientes en mantenimiento con paclitaxel y ramucirumab en cáncer gastroesofágico avanzado

En el ensayo ARMANI, la estrategia de mantenimiento paclitaxel más ramucirumab mejoró la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) en comparación con la continuación de quimioterapia basada en oxaliplatino en pacientes con cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica avanzado HER2 negativo. En este estudio se presentan los resultados relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL).

Material y método: ARMANI fue un ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto y de fase III. Los pacientes que alcanzaron control de la enfermedad tras 3 meses de tratamiento con FOLFOX o CAPOX fueron aleatorizados a paclitaxel más ramucirumab (brazo A) o a continuar con FOLFOX/CAPOX (brazo B). La HRQOL se evaluó mediante los cuestionarios EORTC QLQ-C30, QLQ-OG25 y EQ-5D-5L al inicio del estudio y cada 8 semanas hasta progresión de la enfermedad. Los objetivos incluyeron: cambios medios respecto al estado funcional basal del paciente, distribución de pacientes con mejoría/estabilidad/empeoramiento de la calidad de vida global, y tiempo hasta el deterioro (TTD), definido como un empeoramiento ≥ 10 puntos en la calidad de vida global.

Resultados: De los 280 pacientes aleatorizados, 198 (70,7%) completaron la evaluación de calidad de vida; 121 (43,2%) también realizaron la evaluación a las 8 semanas. El brazo A mostró mejoría en la calidad de vida global a la semana 8 en comparación con el brazo B, con un mayor porcentaje de pacientes que informaron mejoría (24,7% frente a 4,2%; diferencia +20,5%; IC 95%: +9,1% a +31,2%; $p = 0,009$) y un mayor tiempo hasta el deterioro (7,6 frente a 3,8 meses; HR 0,52; IC 95%: 0,33–0,82; $p = 0,005$). El brazo A mostró mejoría en: estado funcional, náuseas y vómitos, dolor, pérdida de apetito y disfagia. Sin embargo, la alopecia fue más frecuente. La mejoría se mantuvo en las evaluaciones posteriores, aunque sin alcanzar significación estadística. En el momento de la progresión de la enfermedad, no se observaron diferencias entre los brazos de tratamiento en las puntuaciones de síntomas y dominios. Las puntuaciones de EQ VAS fueron numéricamente superiores en el brazo A.



Conclusión: En pacientes con cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica avanzado HER2 negativo, la estrategia de mantenimiento por cambio a paclitaxel más ramucirumab muestra un beneficio significativo en la calidad de vida relacionada con la salud, reduciendo los síntomas y retrasando el deterioro de la calidad de vida global.

Eur J Cancer. 2025 Dec;231:116060.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41138601/>

Resultados económicos y costos de salud del uso de inhibidores de CDK4/6 en primera y segunda línea para el cáncer de mama avanzado

El ensayo de fase III SONIA demostró que la adición de inhibidores de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6 (iCDK4/6) a la terapia endocrina de primera línea (inhibidor de la aromatasa) no fue superior en términos de supervivencia libre de progresión después de dos líneas de tratamiento, en comparación con la adición de segunda línea (fulvestrant) en pacientes con cáncer de mama avanzado con receptores hormonales positivos y HER2 negativo. Aunque este resultado es fundamental para la toma de decisiones, actualmente falta una evaluación económica sanitaria detallada de ambas estrategias de tratamiento.


Material y método: Se estimó la coste-efectividad del uso de iCDK4/6 en primera y segunda línea a lo largo de 5 años utilizando datos de cada paciente. Los años de vida ajustados por calidad (AVAC) se estimaron mediante los cuestionarios EQ-5D-5L. Se recopiló el consumo de recursos hospitalarios durante el tratamiento y la medicación oncológica hasta el final del seguimiento.

Resultados: Los años de vida estimados fueron 3,509 [EE 0,075] frente a 3,513 [EE 0,084]; diferencia de -0,004; IC del 95 %: -0,232 a 0,223 en los pacientes que recibieron iCDK4/6 en primera línea frente a segunda línea, y los AVAC fueron 2,694 [EE 0,068] frente a 2,644 [EE 0,081]; diferencia de 0,054; IC del 95 %: -0,143 a 0,250, respectivamente. Los costes sanitarios fueron mayores entre los pacientes que recibieron iCDK4/6 en primera línea frente a segunda línea (61.821€ [EE 1.423] frente a 39.057€ [EE 1.513]; diferencia de 22.764€; IC del 95%: 18.815 a 26.713€). Esto se debió principalmente al aumento del coste de los fármacos iCDK4/6 (24.699€; IC del 95 %: 21.833€ a 27.564€), sin diferencias en el coste de las visitas de atención secundaria. La relación coste-efectividad incremental fue de 423.408€ por AVAC ganado. Los análisis de escenarios y de sensibilidad mostraron resultados similares.

Conclusión: Retrasar el tratamiento con iCDK4/6 a una segunda línea genera grandes ahorros de costos y al mismo tiempo logra los mismos resultados de salud para el paciente.

Eur J Cancer. 2025 Dec;231:116051.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41207182/>



Agente estimulador del receptor de linfocitos NAI más bacilo de Calmette-Guérin en el cáncer de vejiga papilar no músculo-invasivo que no responde al bacilo de Calmette-Guérin

En el estudio QUILT-3.032 se evaluó la eficacia del agonista del receptor de la interleucina-15, nogapendekin alfa inbakicept (NAI), en combinación con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto grado, exclusivamente papilar, que no responde a BCG. En este estudio, se presentan los resultados del seguimiento de 36 meses de los pacientes con enfermedad papilar que no responden a BCG (cohorte B).

Material y método: Estudio multicéntrico y abierto de un sólo brazo en el que se incluyeron pacientes con cáncer de vejiga papilar de alto grado Ta/T1 no músculo-invasivo que no respondían a BCG. Recibieron 400 µg de NAI más 50 mg de BCG por vía intravesical una vez a la semana durante 6 semanas consecutivas. El objetivo principal fue la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 12 meses. Se evaluaron la supervivencia libre de progresión (SLP), la supervivencia específica de la enfermedad (SEE) y la no necesidad de realizar una cistectomía. Se evaluaron los efectos adversos (EA) relacionados con el tratamiento.

Resultados: Las tasas de SLE a los 12, 24 y 36 meses fueron:

- 58,2 % (IC del 95 %: 46,6; 68,2).
- 52,1 % (IC del 95 %: 40,3; 62,7).
- 38,2 % (IC del 95 %: 25,6; 50,6).

Las tasas de SLP a los 12 y 36 meses fueron:

- 94,9 % (IC del 95 %: 86,9; 98,0).
- 83,1 % (IC del 95 %: 69,5; 91,0).

Las tasas de SEE a los 12 y 36 meses fueron:

- 98,7 % (IC del 95 %: 91,4; 99,8).
- 96,0 % (IC del 95 %: 88,2; 98,7).

No se ha alcanzado la mediana de la SEE. Las tasas de la no necesidad de realizar una cistectomía a los 12 y 36 meses fueron del 92,2% (IC del 95%: 83,4; 96,4) y del 81,8% (IC del 95%: 68,1; 90,1), sin que se haya alcanzado la mediana del tiempo hasta la cistectomía. La mayoría de los EA relacionados con el tratamiento fueron de grado 1 a 2 (61%), con un 3% de grado 3 y ninguno de grado 4 a 5.

Conclusión: Las tasas de SLE, SLP y SEE a los 12 y 36 meses, así como las tasas de evitación de la cistectomía, demuestran la eficacia y la seguridad del tratamiento con NAI más BCG en el manejo de la enfermedad papilar que no responde al BCG.

J Urol. 2026 Jan;215(1):44-56

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40956664/>




REUMATOLOGÍA

Extrapolación de la eficacia de guselkumab a artritis psoriásica juvenil a partir de datos de artritis psoriásica en adultos y psoriasis en adultos y población pediátrica

La artritis psoriásica (APs) y la artritis psoriásica juvenil (APsJ) son enfermedades inflamatorias crónicas con características similares que difieren en la edad de aparición y en la secuencia de inicio de los síntomas. Además, la APs y la psoriasis comparten mecanismos patogénicos similares a lo largo de las distintas edades, en la que la interleucina (IL)-23 actúa como mediador clave. Antes de la reciente aprobación por parte de la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) de guselkumab para el tratamiento de psoriasis en placas pediátrica y la APsJ activa, no existía ningún tratamiento pediátrico aprobado que se dirigiera selectivamente a la vía de señalización de IL-23. Guselkumab ha demostrado ser seguro y eficaz en la psoriasis y la APs en adultos, con beneficios clínicos y un perfil de seguridad consistentes también en la psoriasis pediátrica. Dado que la APsJ comparte características con la psoriasis y la APs —incluidas características clínicas y mecanismos patogénicos—, los hallazgos se extrapolaron a la APsJ mediante un enfoque similar al aplicado previamente para respaldar el uso de ustekinumab y golimumab en APsJ, que sirvieron como precedentes para estos análisis con guselkumab. El objetivo de este estudio fue demostrar la similitud de las concentraciones séricas de guselkumab, la respuesta clínica y la seguridad entre niños y adultos con psoriasis y/o APs en ensayos clínicos aleatorizados controlados con guselkumab.

Material y método: Se incluyeron datos de un año de pacientes que recibieron guselkumab en la semana (S) 0, S₄ y posteriormente cada 8 semanas en los ensayos VOYAGE 1 y VOYAGE 2 (psoriasis en adultos; n=1221), DISCOVER-1 y DISCOVER-2 (APs en adultos; n=375), y PROTOSTAR (psoriasis pediátrica; n=92; n=3 con APsJ concomitante). Se resumieron las concentraciones séricas de guselkumab, las tasas de respuesta de Investigator Global Assessment de piel clara o casi clara (IGA 0/1), las tasas de respuesta Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 75/90/100 y los resultados de seguridad.

Resultados: Las concentraciones séricas de guselkumab durante 1 año fueron similares entre la psoriasis pediátrica (mediana máxima: 3,2 µg/mL) y la psoriasis en adultos (3,7 µg/mL), entre la psoriasis y la APs en adultos (4,2 µg/mL), así como entre la psoriasis pediátrica y la APs en adultos. Las tasas de respuesta IGA 0/1 en la S₁₆ fueron aproximadamente similares en los pacientes tratados con guselkumab con psoriasis pediátrica (66%), psoriasis en adultos (84%) y PsA en adultos (77%). Las tasas de respuesta PASI 75/90/100 en la S₁₆ fueron comparables entre los pacientes tratados con guselkumab con psoriasis pediátrica sin APsJ (PASI₇₅: 77%; PASI₉₀: 56%; PASI₁₀₀: 33%), psoriasis pediátrica con APsJ (1 de 2 participantes alcanzó todos los niveles de mejora de PASI) y APs en adultos (77%; 55 %; 22%). Los resultados de seguridad de guselkumab fueron similares entre grupos de edad y entre enfermedades.



Conclusión: Los resultados farmacocinéticos, de eficacia clínica y de seguridad observados con guselkumab fueron comparables entre niños con psoriasis (incluidos tres con APsJI concomitante) y adultos con psoriasis o APs. Estos resultados respaldan la extrapolación de los datos de eficacia y seguridad obtenidos en adultos a la población pediátrica con APsJI, apoyando así el uso de guselkumab en esta indicación.

Paediatr Drugs. 2026 Jan;28(1):69-81.

Enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41152645/>

SEGURIDAD CLÍNICA

Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano

Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Enero de 2025. (Publicación 30/03/2026)

[Enlace.](#)

Cartas de seguridad a los profesionales sanitarios

Las cartas de seguridad dirigidas a los profesionales sanitarios son comunicaciones individualizadas que las compañías farmacéuticas, como titulares de la autorización de comercialización, envían directamente a los profesionales sanitarios para comunicar nueva información de seguridad importante (también conocidas como "Dear Doctor Letters" y actualmente como "Direct Healthcare Professional Communications" o "DHPC").

[Enlace AEMPS.](#)

AEMPS: distribución de material sobre prevención de riesgos

El objetivo de estos materiales es ayudarle a minimizar la posibilidad de aparición de algunos riesgos que se consideran relevantes por su gravedad, y aportar al paciente la información o documentos necesarios para tal fin.

- Cabotegravir (Apretude®).
- Daratumumab (Darzalex®).
- Duodopa® (solución para perfusión).
- Eculizumab (Epysqli®).
- Glofitamab (Columvi®).
- Maraleucel (Breyanzi®).
- Metotrexato en pauta de administración semanal por vía oral.

Todos los materiales informativos disponibles en página web de AEMPS. [Enlace](#).

BIM Boletín de
Información de
Medicamentos



Servicio Cántabro de Salud



Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla

Centro Información de Medicamentos (CIM).
Servicio de Farmacia Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Av/ Valdecilla s/n. CP: 39008. Santander. Cantabria.
cim.humv@scsalud.es
<http://www.humv.es/>

Autores: Julia Sánchez Gundín, María Rioja Carrera, Nuria Almendros Abad, Berta Rogado Vegas, Teresa Giménez Poderós, Amelia Gómez Ramos, María Belén Aznar de la Riera, Ainara Pineda Sánchez, Álvaro Laborie Martínez, Beatriz Sánchez Fernández, Andrea Ruiz Serrano, Ángela González García, Sandra Marcos Hermoso, Carla Piroscia Pontide, Sergio Fernández Campa.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés que pueda influir en las valoraciones objetivas y científicas del contenido de este boletín.

Boletín de Información de Medicamentos. *Marzo 2026*.
ISBN: 978-84-09-85234-5

SUSCRÍBASE AL BOLETÍN EN FORMATO ELECTRÓNICO

Este boletín sólo se distribuye por vía electrónica. Los profesionales sanitarios que trabajan en HUMV recibirán el boletín en su dirección electrónica de trabajo y no necesitan suscribirse.

El resto de profesionales que deseen recibir el boletín deben enviar un e-mail a cim@humv.es indicando la dirección de correo electrónico en la que desean recibirlo.

Puede consultar los números publicados en <http://www.humv.es/webfarma/>