



BIM

Junio 2026

Boletín de Información de Medicamentos

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.

CARDIOVASCULAR	2
Evolocumab en pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular.	2
HEMATOLOGÍA	2
Profilaxis con anticuerpos biespecíficos Mim8 en la hemofilia A con o sin inhibidores.	2
INFECCIOSAS	3
Efectos de diferentes regímenes antibióticos en la rotura prematura de membranas pre término después de 34 semanas.	3
Eficacia de dolutegravir más lamivudina en personas con VIH sin tratamiento previo y con mutaciones de resistencia a fármacos transmitidas al inicio del estudio	3
NEUMOLOGÍA	4
Cambio a depemokimab semestral desde mepolizumab/benralizumab en asma grave.	4
Inmunoterapia con administración en momentos específicos del día en el cáncer de pulmón de células no pequeñas.	4
Resultados del estudio MACiTEPH de macitentan para el tratamiento de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica inoperable o persistente/recurrente.	5
NEUROLOGÍA	5
Eptinezumab con educación del paciente para la migraña crónica y la cefalea por abuso de medicamentos.	5
Tavapadon como tratamiento adyuvante en la enfermedad de Parkinson.	6
Tres agentes antihipertensivos a dosis bajas en un único comprimido tras una hemorragia intracerebral.	6
ONCOLOGÍA	7
Abiraterona en dosis bajas frente a dosis estándar en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.	7
Datopotamab deruxtecan frente a quimioterapia en pacientes con cáncer de mama inoperable o metastásico, con receptores hormonales positivos y HER2 negativo, que han recibido tratamiento previo.	8
Eficacia y seguridad de darolutamida en combinación con terapia de privación androgénica y docetaxel en pacientes europeos.	8
Pembrolizumab más paclitaxel semanal en cáncer de ovario recurrente resistente al platino.	9
PEDIATRÍA	10
Terapia con ustekinumab para la enfermedad de Crohn pediátrica de actividad moderada a grave.	10
REUMATOLOGÍA	10
Eficacia y seguridad de anifrolumab subcutáneo en el lupus eritematoso sistémico.	10



CARDIOVASCULAR

Evolocumab en pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular.

El inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), evolocumab, reduce el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE, por sus siglas en inglés) en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ictus) o enfermedad arterial periférica sintomática. Sin embargo, se desconoce el efecto de evolocumab sobre el riesgo de MACE en pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular.

Material y método: Se realizó un ensayo clínico internacional, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo para evaluar evolocumab en pacientes con aterosclerosis o diabetes, sin antecedentes de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular, que presentaban una concentración de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) de al menos 90 mg/dL. Los pacientes fueron aleatorizados en proporción 1:1 para recibir evolocumab 140 mg cada dos semanas o placebo. Los dos objetivos principales fueron: 1. La combinación de muerte por enfermedad coronaria, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular isquémico (MACE de 3 componentes) y 2. La combinación de MACE de 3 componentes o revascularización arterial motivada por isquemia (MACE de 4 componentes).

Resultados: Un total de 12.257 pacientes fueron aleatorizados para recibir evolocumab (6129 pacientes) o placebo (6128 pacientes) y se incluyeron en los análisis de eficacia. La edad media de los pacientes fue de 66 años, el 43% eran mujeres y el 93% eran de raza blanca. La mediana de seguimiento fue de 4,6 años. Se observó un evento de MACE de 3 componentes en 336 pacientes (estimación de Kaplan-Meier a 5 años: 6,2%) en el grupo de evolocumab, en comparación con 443 pacientes (8,0%) en el grupo placebo (hazard ratio [HR]: 0,75; intervalo de confianza [IC]95%: 0,65–0,86; $p < 0,001$). Un evento de MACE de 4 componentes ocurrió en 747 pacientes (estimación de Kaplan-Meier a 5 años: 13,4%) en el grupo de evolocumab, frente a 907 pacientes (16,2 %) en el grupo placebo (HR: 0,81; IC95%: 0,73–0,89; $p < 0,001$). No se observó evidencia de diferencias entre grupos en la incidencia de eventos de seguridad.

Conclusión: La inhibición de PCSK9 con evolocumab se asoció con un menor riesgo de primeros eventos cardiovasculares en comparación con placebo en pacientes con aterosclerosis o diabetes y sin antecedentes de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular.

N Engl J Med. 2026 Jan;394(2):117-127. [Enlace](#).

HEMATOLOGÍA

Profilaxis con anticuerpos biespecíficos Mim8 en la hemofilia A con o sin inhibidores.

Mim8 (denecimig), un anticuerpo biespecífico que imita la función del factor VIII activado, ha sido desarrollado para la profilaxis de los episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A, con o sin inhibidores frente al factor VIII.

Material y método: En este ensayo aleatorizado de fase III, se incluyeron pacientes de 12 años o más con hemofilia A, con o sin inhibidores frente al factor VIII, que fueron asignados a recibir Mim8 por vía subcutánea una vez por semana o una vez al mes, según un esquema posológico estratificado por peso corporal y administrado en un volumen de inyección fijo (0,8 ml).

Los pacientes que previamente recibían tratamiento a demanda fueron aleatorizados en una proporción 1:1:1 a continuar con el tratamiento a demanda (grupo 1) o a recibir Mim8 una vez por semana (grupo 2a) o una vez al mes (grupo 2b).

Los pacientes que habían estado recibiendo concentrados de factores de coagulación durante una fase de preinclusión fueron aleatorizados en una proporción 1:1 a recibir Mim8 una vez por semana (grupo 3) o una vez al mes (grupo 4).

El objetivo principal fue la tasa anualizada de episodios hemorrágicos tratados (definidos como aquellos tratados con un producto de factor de coagulación), evaluándose Mim8 en los grupos 2a y 2b en comparación con el tratamiento a demanda del grupo 1.

El objetivo secundario fue la tasa anualizada de episodios hemorrágicos tratados en una evaluación intrapaciente, comparando Mim8 en los grupos 3 y 4 con la profilaxis mediante concentrados de factores de coagulación administrada durante la fase de preinclusión.

Resultados: De los 58 pacientes incluidos en la cohorte que recibía tratamiento a demanda antes del inicio del ensayo, 17 fueron asignados al grupo 1, 21 al grupo 2a y 20 al grupo 2b. La tasa anualizada media estimada de episodios hemorrágicos tratados fue de 0,57 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,25 a 1,30) en el grupo 2a y de 0,20 (IC del 95%: 0,06 a 0,71) en el grupo 2b, frente a 15,76 (IC del 95%: 10,70 a 23,20) en el grupo 1, lo que representa una reducción relativa del 96,4% y del 98,7%, respectivamente ($p < 0,001$ para ambas comparaciones).

De los 196 pacientes incluidos en la cohorte que recibía profilaxis antes del ensayo, 98 fueron asignados al grupo 3 y 98 al grupo 4. La tasa anualizada media estimada de episodios hemorrágicos tratados fue de 2,25 (IC del 95%: 1,37 a 3,71) en el grupo 3, en comparación con 4,90 (IC del 95%: 3,65 a 6,56) durante la fase de preinclusión, lo que supone una reducción relativa del 54,0% ($p =$



0,006). En el grupo 4, la tasa anualizada media estimada fue de 1,78 (IC del 95%: 1,18 a 2,71), frente a 3,12 (IC del 95%: 2,25 a 4,32) durante la fase de preinclusión, correspondiente a una reducción relativa del 42,8% ($p = 0,006$).

Se notificaron reacciones en el lugar de inyección en 103 de las 4005 inyecciones administradas (2,6%). No se registraron acontecimientos tromboembólicos ni evidencia clínica de anticuerpos neutralizantes frente a Mim8 en ningún paciente.

Conclusión: En pacientes con hemofilia A, con o sin inhibidores frente al factor VIII, la profilaxis con Mim8 es superior al tratamiento a demanda y a la profilaxis con concentrados de factores de coagulación en términos de reducción de la tasa anualizada de episodios hemorrágicos tratados.

N Engl J Med. 30 de abril de 2026;394(17):1696-1709. [Enlace](#).

INFECCIOSAS

Efectos de diferentes regímenes antibióticos en la rotura prematura de membranas pre término después de 34 semanas.

El objetivo es investigar los efectos de diferentes regímenes antibióticos utilizados en el tratamiento de la rotura prematura de membranas pre término (RPMPT) sobre los resultados maternos y fetales después de las 34 semanas de gestación.

Material y método: Un total de 40 mujeres embarazadas diagnosticadas con RPMPT entre las semanas 34 y 37 de gestación fueron incluidas en este ensayo controlado, aleatorizado y asignadas equitativamente a dos grupos:

Grupo 1: recibió sulbactam-ampicilina, azitromicina y amoxicilina

Grupo 2: recibió ceftriaxona, claritromicina y amoxicilina.

El objetivo principal fue la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Las variables registradas incluyeron edad materna, edad gestacional, antecedentes obstétricos, momento del parto, período de latencia, marcadores de infección (recuento de leucocitos y proteína C reactiva), peso neonatal al nacer, puntuaciones de Apgar, ingreso en UCIN, vía de parto y complicaciones maternas. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando IBM SPSS Statistics para Windows, versión 27.0 (Armonk).

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en términos de edad, edad gestacional, antecedentes obstétricos, momento del parto, marcadores de infección (leucocitos, proteína C reactiva) y tipo de parto ($p > 0,05$). La diferencia entre los grupos en cuanto al requerimiento de UCIN y la duración de la estancia no fue estadísticamente significativa; Grupo 1: media de $8,3 \pm 6,7$ días y Grupo 2: $4,3 \pm 1,9$ días ($p = 0,356$). La incidencia de complicaciones maternas no mostró diferencias estadísticamente significativas; se observó corioamnionitis en 4 pacientes (20,0%) del Grupo 1 y en 1 paciente (5,0%) del Grupo 2 ($p = 0,141$). No se observaron diferencias en el tipo de parto ni en los antecedentes de RPMPT.

Conclusión: Los dos diferentes regímenes antibióticos administrados a mujeres embarazadas diagnosticadas con RPMPT después de la semana 34 de gestación demostraron efectos clínicos similares en términos de resultados maternos y neonatales. Aunque las diferencias en la duración de la estancia en UCIN y en el número de casos de corioamnionitis no fueron estadísticamente significativas, consideramos que estos hallazgos podrían alcanzar significación en estudios con tamaños muestrales mayores.

Medicine (Baltimore). 2026 Feb 6;105 (6):e47524. [Enlace](#).

Eficacia de dolutegravir más lamivudina en personas con VIH sin tratamiento previo y con mutaciones de resistencia a fármacos transmitidas al inicio del estudio

La combinación de dolutegravir y lamivudina (DTG+3TC) es un régimen de primera línea recomendado para personas con VIH, debido a su eficacia y seguridad. Sin embargo, los ensayos clínicos pivotales excluyeron a personas con mutaciones de resistencia asociadas transmitidas (tRAM), incluso cuando éstas no afectaban la actividad del régimen. Se desconoce el impacto de dichas mutaciones en la eficacia de la combinación DTG+3TC.

Material y método: Este fue un subanálisis preplanificado del ensayo D2ARLING, un estudio aleatorizado, abierto, de fase IV que comparó DTG+3TC vs. DTG+tenofovir disoproxil fumarato con emtricitabina o lamivudina (DTG+TDF/XTC) en personas con VIH sin tratamiento antirretroviral previo y sin resultados de pruebas de resistencia basales. Según el protocolo, la prueba de resistencia genotípica basal se realizó el día 1, pero se mantuvo enmascarada durante todo el estudio y solo se reveló al finalizar. Se incluyeron los participantes con muestras amplificadas con éxito. El criterio de valoración principal fue la proporción de pacientes con ARN del VIH-1 <50 copias/ml en la semana 48 entre aquellos con tRAM basales, utilizando análisis tanto expuestos como observados por mITT.



Resultados: Entre los 211 pacientes (DTG+3TC: 104; DTG+TDF/XTC: 107), se detectaron tRAM en el 24,6%, principalmente inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos. En la semana 48, la supresión viral entre los participantes con tRAM se logró en el 85,7% (24/28) con DTG+3TC y en el 91,7% (22/24) con DTG+TDF/XTC ($P = 0,67$; mITT). En el análisis observado, las tasas de supresión fueron del 96,0% y del 95,7%, respectivamente. Dentro del brazo DTG+3TC, la supresión en la semana 48 fue del 96,0% en los pacientes en quienes se detectaron tRAM y del 98,6% en aquellos sin tRAM detectados ($P = 0,45$). No se produjeron fallos virológicos definidos por el protocolo en los participantes con tRAM que recibieron DTG+3TC.

Conclusión: El tratamiento con DTG/3TC demuestra una alta eficacia en pacientes con tRAM que no afectan a este régimen. La detección de dichas tRAM no compromete los resultados del tratamiento en personas sin tratamiento previo en este contexto.

AIDS. 2026 Jun 1;40(6):781-786. [Enlace](#).

NEUMOLOGÍA

Cambio a depemokimab semestral desde mepolizumab/benralizumab en asma grave.

Depemokimab es el primer biológico de acción ultralarga con alta afinidad de unión a IL-5, elevada potencia y una vida media prolongada que permite una administración semestral. El objetivo principal de este ensayo fue evaluar la eficacia y seguridad del cambio a depemokimab en pacientes con asma grave ya controlada y con respuesta clínica a terapias biológicas de acción corta dirigidas frente a IL-5 o su receptor.

Material y método: Ensayo clínico fase IIIA, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, doble simulación de grupos paralelos y de no inferioridad. Se incluyeron pacientes ≥ 12 años con asma y beneficio clínico documentado con mepolizumab 100 mg por vía subcutánea cada 4 semanas o benralizumab 30 mg por vía subcutánea cada 8 semanas durante ≥ 12 meses. Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 para recibir depemokimab 100 mg por vía subcutánea cada 26 semanas o continuar con su biológico previo (mepolizumab o benralizumab). El objetivo principal fue evaluar la tasa anualizada de exacerbaciones clínicamente significativas durante 52 semanas, estableciéndose previamente un margen de no inferioridad de 1,28. Como objetivos secundarios se evaluó la seguridad según la tasa de efectos adversos.

Resultados: Las tasas anualizadas de exacerbaciones clínicamente significativas durante 52 semanas fueron de 0,57 (IC95% 0,50–0,64) con depemokimab (n=848) y 0,49 (IC95% 0,43–0,55) con el comparador activo (n=839). La razón de tasas (IC95%) fue de 1,16 (0,98–1,38). Dado que el límite superior del IC95% superó el margen de no inferioridad predefinido de 1,28, no se demostró la no inferioridad. La mayoría de los pacientes de ambos grupos de tratamiento no presentó exacerbaciones clínicamente significativas. La calidad de vida relacionada con la salud, el control del asma y la función pulmonar permanecieron estables durante todo el estudio. Los efectos adversos fueron comparables entre ambos grupos de tratamiento.

Conclusión: Aunque no se alcanzó estadísticamente la no inferioridad, las tasas de exacerbaciones fueron bajas y el control sintomático y la función pulmonar se mantuvieron en ambos grupos. Este primer ensayo aleatorizado y controlado de cambio de tratamiento en asma grave sugiere que los pacientes tratados con mepolizumab o benralizumab podrían cambiar de forma segura a depemokimab con administración semestral.

Am J Respir Crit Care Med. 2026 May;212(5):921-935. [Enlace](#)

Inmunoterapia con administración en momentos específicos del día en el cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Material y método: En este ensayo aleatorizado de fase III LungTIME-Co1, 210 pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) en estadio IIIC-IV sin tratamiento previo y sin mutaciones conductoras fueron en una proporción 1:1 a un grupo de administración temprana o tardía, definida por la administración de los primeros cuatro ciclos de un agente anti-PD-1 antes o después de las 15:00 h.

El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión (SLP), mientras que los objetivos secundarios incluyeron la supervivencia global (SG) y la tasa de respuesta objetiva (TRO).

Resultados: Después de un seguimiento medio de 28,7 meses, la mediana de la SLP fue de 11,3 meses (intervalo de confianza del 95 % (IC) = 9,2–13,4) en el grupo de ToD temprano y de 5,7 meses (IC del 95 % = 5,2–6,2) en el grupo de ToD tardío, lo que corresponde a una razón de riesgo (RR) de progresión temprana de la enfermedad de 0,40 (IC del 95 % = 0,29–0,55; $p < 0,001$). La mediana de la SG fue de 28,0 meses (IC del 95 % = no estimable (NE)-NE) en el grupo de ToD temprano y de 16,8 meses (IC del 95 % = 13,7–19,9) en el grupo de ToD tardío, lo que corresponde a una RR de muerte temprana de 0,42 (IC del 95 % = 0,29–0,60; $p < 0,001$). Los adversos relacionados con el tratamiento fueron consistentes con el perfil de seguridad establecido, sin observarse nuevas señales de seguridad. No se observaron diferencias significativas en los eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario entre los dos



grupos. Durante los primeros cuatro ciclos, las células T CD8 + circulantes matutinas aumentaron en el grupo ToD temprano, mientras que disminuyeron en el grupo ToD tardío ($P < 0,001$). Además, la proporción de células T CD8 + activadas (CD38 + HLA-DR +) frente a agotadas (TIM-3 + PD-1 +) fue mayor en el grupo ToD temprano ($P < 0,001$) en comparación con el grupo ToD tardío ($P < 0,001$).

Conclusión: el estudio indica que la inmunoterapia ToD temprana mejora sustancialmente la SLP y la SG y se asocia con características mejoradas de las células T CD8 + antitumorales en comparación con el tratamiento ToD tardío.

Nat Med. 2026 Apr;32(4):1233-1240. [Enlace](#).

Resultados del estudio MACiTEPH de macitentan para el tratamiento de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica inoperable o persistente/recurrente.

En un estudio de fase II sobre hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) inoperable, macitentan 10 mg mejoró la hemodinámica y la capacidad de ejercicio.

Material y método: MACiTEPH fue un estudio prospectivo, doble ciego, controlado con placebo, de fase III. Pacientes adultos con HPTEC inoperable (con o sin angioplastia pulmonar con balón [APB]) o HPTEC persistente/recurrente después de endarterectomía pulmonar (HPTEC (con o sin APB) fueron aleatorizados 1:1 a macitentan 75 mg o placebo una vez al día. El objetivo primario fue el cambio desde el inicio hasta la semana 28 en la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos (6MWD).

Resultados: El estudio fue suspendido por falta de eficacia. Se aleatorizaron 127 pacientes, predominantemente con HPTEC inoperable con APB (36,2%) o CTEPH persistente/recurrente después de EAP sin APB (30,7%). La mayoría (81,9%) recibía terapia específica para hipertensión pulmonar al inicio. 47 pacientes en el grupo de macitentan 75 mg y 48 en el grupo de placebo tuvieron evaluaciones en la semana 28. El objetivo primario no se alcanzó; el cambio medio en 6MWD desde el inicio hasta la semana 28 frente a placebo fue de -16,1 m (límite de confianza del 95%: -32,3, 0,16). Los eventos de empeoramiento clínico ocurrieron en el 6,3% y el 14,3% de los pacientes en los grupos de macitentan 75 mg y placebo, respectivamente. Una proporción ligeramente mayor del grupo de macitentan 75 mg tuvo ≥ 1 evento adverso (EA) o EA grave frente a placebo; no se identificó ningún patrón. Un mayor número de pacientes en el grupo de macitentan 75 mg, en comparación con el grupo placebo, interrumpieron el tratamiento debido a un EA (21,9% frente a 7,9%, respectivamente).

Conclusión: MACiTEPH fue suspendido por falta de eficacia, ya que no se observó ningún efecto terapéutico en la distancia recorrida en la prueba 6MWD. A pesar de la mayor tasa de interrupción en el grupo de macitentan 75 mg, no se observaron señales de seguridad inesperadas en los pacientes con HPTEC.

J Heart Lung Transplant. 2026 Mar;45(3):442-451. [Enlace](#).

NEUROLOGÍA

Eptinezumab con educación del paciente para la migraña crónica y la cefalea por abuso de medicamentos

La cefalea por abuso de medicación (CAM) suele coexistir con la migraña crónica (MC) y complicarla. Este ensayo evaluó la eficacia y seguridad de eptinezumab, un anticuerpo monoclonal anti-péptido relacionado con el gen de la calcitonina para la prevención de la migraña, combinado con una intervención educativa breve estandarizada (IEB), en adultos con MC y CAM. Se presentan los resultados del período de 12 semanas controlado con placebo, del cual las semanas 1 a 4 constituyeron el punto de evaluación principal.

Material y método: El ensayo RESOLUTION de fase IV, doble ciego y controlado con placebo se llevó a cabo en 76 clínicas especializadas de 11 países. Los pacientes incluidos fueron adultos diagnosticados con MC y CAM y fueron aleatorizados 1:1 a eptinezumab 100 mg IV con IEB o placebo IV con IEB. El objetivo principal fue el cambio medio desde el inicio en los días con migraña al mes (DMM; semanas 1-4). Los objetivos secundarios clave (controlados por multiplicidad) incluyeron cambios desde el inicio en los días mensuales de dolor de cabeza, días mensuales con uso de medicación aguda para la migraña y dolor diario promedio, así como el cumplimiento de los umbrales que definen MC y CAM. Se evaluaron los eventos adversos emergentes del tratamiento (EAET).

Resultados: 608 pacientes fueron aleatorizados y 596 (98%) completaron el período controlado con placebo. De los 604 pacientes tratados, 517 (86%) eran mujeres y 87 (14%) eran hombres; la edad media fue de 45,5 años (DE 12,0). El objetivo principal, cambio medio desde el inicio en MMD (semanas 1-4), favoreció a eptinezumab con IEB frente a placebo con IEB (-6,9 frente a -3,7; diferencia de grupo -3,2; IC del 95% -4,2 a -2,2; $p < 0,0001$). Todos los objetivos secundarios clave mostraron mejoras estadísticamente significativas con eptinezumab con IEB frente a placebo con IEB; las mayores reducciones en la carga de enfermedad observadas



durante las semanas 1-4 se mantuvieron durante las semanas 1-12. La proporción de pacientes con EAET fue similar con eptinezumab (41,9%) y placebo (36,9%); no se identificaron nuevas señales de seguridad.

Conclusión: En adultos con MC y CAM que también recibieron educación para el paciente, eptinezumab fue estadísticamente superior al placebo en el objetivo principal y en todos los objetivos secundarios clave, reduciendo la carga de la enfermedad desde las semanas 1 a 4 y durante las semanas 1 a 12. Eptinezumab fue generalmente bien tolerado, sin que se identificaran nuevas señales de seguridad. En conjunto, los datos de este ensayo indican que eptinezumab, en combinación con educación para el paciente, es un tratamiento eficaz para reducir la carga de la enfermedad en pacientes con MC complicada por el abuso de medicación.

Neurology. 2026 Apr;106(8):e214863. [Enlace](#).

Tavapadon como tratamiento adyuvante en la enfermedad de Parkinson.

El desarrollo de fluctuaciones motoras es frecuente en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con levodopa oral. Los agonistas dopaminérgicos actualmente disponibles como tratamiento adyuvante a levodopa proporcionan un control motor adicional, pero pueden aumentar el riesgo de efectos adversos debido a la activación preferencial de los receptores dopaminérgicos D₂/D₃. Tavapadon es un nuevo agonista selectivo de los receptores D₁/D₅, de administración oral una vez al día y actualmente en investigación, que podría mejorar el control motor minimizando los efectos adversos asociados habitualmente a la activación de los receptores D₂/D₃.

El objetivo principal fue evaluar la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad de tavapadon como tratamiento adyuvante a levodopa oral en adultos con EP que presentan fluctuaciones motoras.

Material y método: Ensayo clínico de fase III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, realizado entre septiembre de 2020 y febrero de 2024, con un seguimiento adicional de seguridad de 4 semanas. Se incluyeron adultos con EP que presentaban fluctuaciones motoras pese a recibir una dosis estable de levodopa oral (≥ 400 mg/día).

Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 para recibir tavapadon a dosis flexible (5–15 mg una vez al día) o placebo, ambos como tratamiento adyuvante a levodopa oral, durante 27 semanas.

El objetivo principal del ensayo fue evaluar el cambio desde el valor basal hasta la semana 26 en el tiempo total diario en fase “on” sin discinesia problemática (“good-on-time”), definido como periodos de buena movilidad, movimientos más fluidos y menor presencia de síntomas motores y no motores.

El objetivo secundario fue evaluar el cambio desde el valor basal en el tiempo total diario en fase “off”, definido como la reaparición o empeoramiento de síntomas motores y no motores, habitualmente entre dosis de medicación.

Resultados: Se incluyeron 507 pacientes [edad media (desviación estándar): 64,9 (8,5) años; 321 varones (63%); duración media de la enfermedad: 6,7 (4,5) años; tiempo diario basal en fase “off”: 5,5 (2,4) horas], que recibieron tavapadon (n=252) o placebo (n=255).

Tavapadon aumentó significativamente el tiempo diario en fase “on” sin discinesia problemática en comparación con placebo en 1,10 horas (1,70 vs 0,60 horas; IC95% 0,60–1,70; p<0,001).

Asimismo, el tiempo diario en fase “off” se redujo significativamente desde el valor basal con tavapadon frente a placebo (–1,88 vs –0,93 horas; diferencia –0,94 horas; IC95% –1,48 a –0,41; p<0,001).

Tavapadon presentó un perfil de seguridad favorable. Aunque los efectos adversos fueron más frecuentes con tavapadon que con placebo [180 pacientes (71,7%) vs 140 pacientes (55,1%)], la mayoría fueron no graves (93,2%) y de intensidad leve o moderada. Los efectos adversos más frecuentes con tavapadon ($\geq 5\%$ de los pacientes) fueron náuseas (14,3%), discinesia (10,0%) y mareo (7,6%).

Conclusión: Los resultados de este ensayo clínico aleatorizado demuestran la eficacia, tolerabilidad y perfil de seguridad de tavapadon como tratamiento adyuvante a levodopa para el manejo de las fluctuaciones “off” en pacientes con enfermedad de Parkinson.

JAMA Neurol. 2026 May 1;83(5):442-451. [Enlace](#).

Tres agentes antihipertensivos a dosis bajas en un único comprimido tras una hemorragia intracerebral.

La reducción de la presión arterial es la única estrategia terapéutica con eficacia demostrada para la prevención del ictus. Sin embargo, se desconoce si la administración de un único comprimido que combina tres fármacos antihipertensivos a dosis bajas, añadido al tratamiento antihipertensivo estándar, puede lograr un mayor descenso de la presión arterial que el tratamiento estándar solo y reducir el riesgo de recurrencia de ictus tras una hemorragia intracerebral.



Material y método: Se realizó un ensayo multinacional, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes con antecedentes de hemorragia intracerebral. Fueron elegibles para participar aquellos pacientes que presentaban una presión arterial sistólica basal entre 130 y 160 mmHg y se encontraban en situación clínica estable.

Tras una fase de preinclusión activa de 2 semanas, durante la cual todos los pacientes recibieron una vez al día un comprimido que contenía tres agentes antihipertensivos a dosis bajas (telmisartán 20 mg, amlodipino 2,5 mg e indapamida 1,25 mg; denominado triple pill), los pacientes fueron aleatorizados a continuar recibiendo la combinación triple o un placebo idéntico.

El objetivo primario fue la aparición del primer episodio de ictus recurrente. Entre los objetivos secundarios se incluyeron el control de la presión arterial, los eventos cardiovasculares mayores y la seguridad.

Resultados: De los 1670 pacientes aleatorizados, 833 fueron asignados a recibir la combinación triple y 837 a recibir placebo. La edad media de los participantes fue de 58 años.

Tras una mediana de seguimiento de 2,5 años, se produjo un ictus recurrente en 38 pacientes (4,6%) del grupo de la combinación triple y en 62 pacientes (7,4%) del grupo placebo (hazard ratio [HR], 0,61; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,41 a 0,92; $p = 0,02$).

La presión arterial sistólica media durante el seguimiento fue de 127 mmHg en el grupo de la combinación triple y de 138 mmHg en el grupo placebo.

La incidencia de eventos cardiovasculares mayores fue inferior en el grupo tratado con la combinación triple en comparación con el grupo placebo (6,6% frente a 9,8%; $p = 0,04$).

Se notificaron acontecimientos adversos graves en el 23,2% de los pacientes del grupo de la combinación triple y en el 26,0% de los del grupo placebo. La interrupción precoz del tratamiento del estudio debido a un acontecimiento adverso se produjo en el 13,6% y el 6,0% de los pacientes, respectivamente. El acontecimiento adverso que con mayor frecuencia motivó la suspensión del tratamiento fue un incremento de al menos el 20% en la concentración sérica de creatinina.

Conclusión: En pacientes con antecedentes de hemorragia intracerebral, el tratamiento con una combinación de tres fármacos antihipertensivos a dosis bajas en un único comprimido, añadido al tratamiento estándar, se asocia con una menor incidencia de ictus recurrente y de eventos cardiovasculares mayores en comparación con placebo.

N Engl J Med. 23 de abril de 2026;394(16):1571-1582. [Enlace](#).

ONCOLOGÍA

Abiraterona en dosis bajas frente a dosis estándar en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.

El acetato de abiraterona (AA) se utiliza ampliamente para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm), pero la dosis estándar (1000 mg en ayunas) puede plantear dificultades en entornos con recursos limitados debido a los estrictos requisitos de ayuno y toxicidad financiera. Los estudios farmacocinéticos (PK) sugieren que una dosis baja de AA (250 mg con una comida baja en grasas) puede proporcionar una exposición al fármaco comparable, aunque la evidencia clínica sigue siendo limitada. Este ensayo comparó la eficacia clínica de la dosis baja frente a la dosis estándar de AA.

Material y método: En este ensayo multicéntrico, abierto, de fase III y de no inferioridad, se asignó aleatoriamente a los pacientes con CPRCm, en una proporción de 1:1, a recibir AA en dosis baja o en dosis estándar. El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión según el antígeno prostático específico (PSA-PFS). Los objetivos secundarios/exploratorios incluyeron las respuestas PSA₃₀/PSA₅₀ (porcentaje de pacientes con una reducción ≥ 30 % o ≥ 50 % en el PSA), la PFS radiográfica, la PFS global, la supervivencia global (SG), la calidad de vida (CdV) y la PK. No se alcanzó el tamaño de muestra previsto de 314 (basado en un margen de no inferioridad de hazard ratio de 1,37) debido a la lenta incorporación de pacientes, por lo que no se pudo comprobar la hipótesis de no inferioridad.

Resultados: Se incluyó un total de 164 pacientes entre septiembre de 2020 y enero de 2025 (edad media: 65 años; el 64,0 % había recibido docetaxel previamente). Las respuestas PSA₃₀ y PSA₅₀ fueron del 50,0 % y del 38,5 % con AA en dosis baja, frente al 55,4 % ($P = 0,505$) y al 45,9 % ($P = 0,350$) con AA en dosis estándar, respectivamente. La mediana de seguimiento fue de 17,5 meses. La mediana de la PSA-PFS fue de 5,7 meses con la dosis baja frente a 3,8 meses ($P = 0,830$) con la dosis estándar de AA. La mediana de la SG fue de 18,1 frente a 15,8 meses ($P = 0,976$). Se produjeron toxicidades de grado ≥ 3 en el 38,3 % frente al 30,0 % ($P = 0,269$), respectivamente. Los análisis farmacocinéticos demostraron una exposición al AA aproximadamente 8 veces mayor con la dosis estándar. Las puntuaciones de calidad de vida fueron comparables entre los grupos.

Conclusión: Aunque no tuvo la potencia estadística suficiente para demostrar la no inferioridad, el acetato de abiraterona en dosis bajas tomado con las comidas mostró resultados muy similares a los de la dosis estándar, sin que se viera afectada la seguridad ni la calidad de vida. Este régimen, podría constituir una alternativa viable, lo que justifica la realización de estudios confirmatorios adicionales.

Datopotamab deruxtecan frente a quimioterapia en pacientes con cáncer de mama inoperable o metastásico, con receptores hormonales positivos y HER2 negativo, que han recibido tratamiento previo.

El estudio TROPION-Breast01 (NCT05104866) demostró una mejora estadísticamente significativa y clínicamente relevante en la supervivencia libre de progresión, según la revisión central independiente ciega, con el conjugado de anticuerpo y fármaco datopotamab deruxtecan (Dato-DXd), dirigido contra el antígeno de superficie celular trofoblástico 2, frente a la quimioterapia elegida por el investigador (ICC) en pacientes con cáncer de mama previamente tratado, inoperable o metastásico, con receptores hormonales (HR) positivos y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo. En este artículo, se presentan los resultados del análisis final de la supervivencia global.

Material y método: Se incluyeron pacientes con cáncer de mama RH positivo/HER2 negativo inoperable o metastásico que habían presentado progresión de la enfermedad durante tratamiento endocrino, para quienes la terapia endocrina ya no era adecuada, y que habían recibido una o dos líneas previas de quimioterapia en el contexto de enfermedad inoperable o metastásica. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 para recibir datopotamab deruxtecan (Dato-DXd; 6 mg/kg cada 3 semanas) o quimioterapia a elección del investigador (ICC: eribulina, capecitabina, vinorelbina o gemcitabina). Los objetivos primarios duales fueron la supervivencia libre de progresión (SLP) evaluada por revisión central independiente ciega (BICR) y la supervivencia global (SG).

Resultados: En el momento del corte de datos, la mediana de seguimiento fue de 22,8 meses. La comparación de la supervivencia global entre los grupos Dato-DXd e ICC no alcanzó significación estadística (hazard ratio [HR] = 1,01; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,83–1,22; $p = 0,9445$).

El uso posterior de conjugados anticuerpo-fármaco (ADC), concretamente trastuzumab deruxtecan y sacituzumab govitecan, fue desigual entre los grupos: 12,3% en el brazo Dato-DXd frente a 24,0% en el brazo ICC.

Los objetivos secundarios de eficacia continuaron favoreciendo a Dato-DXd en este análisis final, incluyendo la SLP evaluada por el investigador, la tasa de respuesta objetiva, la duración de la respuesta, la tasa de control de la enfermedad a las 12 semanas, el tiempo hasta el primer y segundo tratamiento posterior o muerte, y el tiempo hasta la segunda progresión o muerte.

El perfil global de seguridad de Dato-DXd se mantuvo favorable en comparación con la quimioterapia a elección del investigador, sin observarse nuevas señales de seguridad durante el seguimiento prolongado.

Conclusión: El estudio TROPION-Breast01 alcanzó uno de sus objetivos primarios duales, demostrando una mejoría en la supervivencia libre de progresión evaluada por BICR. Aunque no se observó una mejora estadísticamente significativa en la supervivencia global con Dato-DXd en comparación con la quimioterapia a elección del investigador, el tratamiento posterior con ADC pudo haber influido en los resultados de supervivencia global. En conjunto, los datos de eficacia y seguridad respaldan el uso de Dato-DXd como una nueva opción terapéutica para pacientes con cáncer de mama RH positivo/HER2 negativo inoperable o metastásico previamente tratado.

Ann Oncol. 2026 May;37(5):663-674. [Enlace.](#)

Eficacia y seguridad de darolutamida en combinación con terapia de privación androgénica y docetaxel en pacientes europeos.

En el ensayo de fase III ARASENS, el riesgo de muerte se redujo significativamente en un 32,5 % con darolutamida en combinación con terapia de privación androgénica (ADT) y docetaxel (cociente de riesgos o hazard ratio [HR]: 0,68; intervalo de confianza [IC] 95 %: 0,57–0,80; $p < 0,001$) en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm). En este análisis se evaluaron la eficacia y la seguridad de la darolutamida en los pacientes europeos incluidos en ARASENS.

Material y método: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1) para recibir darolutamida 600 mg o placebo, administrados dos veces al día, en combinación con ADT y docetaxel. El objetivo primario fue la supervivencia global. Los objetivos secundarios incluyeron el tiempo hasta cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm), el tiempo hasta la progresión del dolor, el tiempo hasta el primer evento esquelético sintomático (EES), el tiempo hasta el inicio de una terapia antineoplásica sistémica posterior y la seguridad.

Resultados: En ARASENS, 472 pacientes (36 %) procedían de Europa; de ellos, 240 recibieron darolutamida y 232 placebo. Las características basales de los pacientes fueron similares a las de la población global del estudio.



Darolutamida redujo el riesgo de muerte en un 37 % (HR: 0,63; IC95%: 0,48–0,83) y retrasó el tiempo hasta la aparición de CPRCm, el tiempo hasta la progresión del dolor, el tiempo hasta el primer EES y el tiempo hasta el inicio de una terapia antineoplásica sistémica posterior, en comparación con placebo.

La incidencia de efectos adversos graves emergentes del tratamiento fue menor con darolutamida que con placebo (37,9 % frente a 43,1 %), mientras que en la población global del estudio las incidencias fueron del 44,8 % frente al 42,3 %, respectivamente.

Conclusión: En los pacientes europeos con CPHSm, darolutamida mejoró la supervivencia global y los objetivos secundarios, incluidos el tiempo hasta el desarrollo de CPmRC y el tiempo hasta la progresión del dolor. La darolutamida fue bien tolerada, con una incidencia similar de efectos adversos emergentes del tratamiento entre los grupos de tratamiento. Además, la eficacia observada en la población europea fue coherente con la demostrada en la población global del ensayo ARASENS.

Eur J Cancer. 2026 Jun 3;240:116730. [Enlace](#)

Pembrolizumab más paclitaxel semanal en cáncer de ovario recurrente resistente al platino.

El cáncer epitelial de ovario presenta con frecuencia recaídas y desarrolla resistencia a la quimioterapia basada en platino. En este estudio se investigó si añadir pembrolizumab a paclitaxel semanal, con o sin bevacizumab, mejoraba la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global en comparación con paclitaxel semanal, con o sin bevacizumab, en pacientes con cáncer de ovario recurrente resistente a platino que habían recibido una o dos líneas previas de tratamiento sistémico.

Material y método: ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96 fue un ensayo fase III, aleatorizado y doble ciego, realizado en 187 centros de oncología ginecológica de 25 países de América, Asia, Europa y Oceanía. Se incluyeron mujeres adultas (≥ 18 años) con carcinoma epitelial de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario confirmado histológicamente, que habían recibido una o dos líneas previas de tratamiento sistémico, incluyendo al menos un régimen con platino, y cuya enfermedad había progresado en un plazo igual o inferior a 6 meses tras el último tratamiento con platino.

Las pacientes fueron aleatorizadas (1:1) a recibir pembrolizumab intravenoso 400 mg cada 6 semanas durante un máximo de 18 ciclos junto con paclitaxel intravenoso a dosis de 80 mg/m² los días 1, 8 y 15 de ciclos de 21 días, o placebo intravenoso (solución salina) cada 6 semanas junto con el mismo esquema de paclitaxel. El uso de bevacizumab intravenoso 10 mg/kg cada 2 semanas estaba permitido según criterio del investigador.

El objetivo principal fue la supervivencia libre de progresión evaluada por los investigadores según RECIST v1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors version 1.1), y el objetivo secundario fue la supervivencia global.

Resultados: se aleatorizaron 643 pacientes: 322 recibieron pembrolizumab más paclitaxel y 321 placebo más paclitaxel.

En el primer análisis intermedio, la combinación de pembrolizumab y paclitaxel mejoró significativamente la supervivencia libre de progresión frente a placebo y paclitaxel tanto en la población con CPS (Combined Positive Score) de PD-L1 ≥ 1 (mediana de 8,3 frente a 7,2 meses; HR 0,72; IC 95%: 0,58–0,89; $p=0,0014$) como en la población global (8,3 frente a 6,4 meses; HR 0,70; IC 95%: 0,58–0,84; $p<0,0001$), alcanzando los criterios preespecificados de eficacia confirmatoria.

En el segundo análisis intermedio, la supervivencia global mejoró significativamente en la población con CPS de PD-L1 ≥ 1 (18,2 frente a 14,0 meses; HR 0,76; IC 95%: 0,61–0,94; $p=0,0053$).

En el análisis final, también se observó una mejoría significativa en la supervivencia global en la población total (17,7 frente a 14,0 meses; HR 0,82; IC 95%: 0,69–0,97; $p=0,011$).

Los adversos relacionados con el tratamiento de grado 3 o superior ocurrieron en 217 (68%) de las 320 pacientes del grupo pembrolizumab más paclitaxel, frente a 176 (55%) de las 318 pacientes del grupo placebo más paclitaxel. Los efectos adversos más frecuentes, de cualquier grado, fueron anemia, neuropatía periférica, alopecia, fatiga y náuseas.

Se produjeron muertes relacionadas con el tratamiento en cuatro pacientes (1%) del grupo pembrolizumab más paclitaxel (debidas a colitis, enfermedad pulmonar intersticial, leucemia mieloide aguda y perforación intestinal) y en cinco pacientes (2%) del grupo placebo más paclitaxel (por insuficiencia cardíaca, perforación intestinal (2 casos) y perforación de intestino grueso (2 casos)).

Conclusión: La combinación de pembrolizumab con paclitaxel semanal, con o sin bevacizumab, mejoró significativamente tanto la supervivencia libre de progresión como la supervivencia global en pacientes con cáncer de ovario recurrente resistente a platino previamente tratadas con una o dos líneas sistémicas, lo que respalda este esquema como una nueva opción terapéutica para esta población.

Lancet. 2026 Apr 18;407(10538). [Enlace](#)



PEDIATRÍA

Terapia con ustekinumab para la enfermedad de Crohn pediátrica de actividad moderada a grave.

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1κ totalmente humano, el primero de su clase, y el primer tratamiento biológico que inhibe selectivamente las vías de las citocinas interleucina (IL)-12 e IL-23.

Material y método: En el ensayo de fase III UNITI Jr I se evaluó la eficacia, la seguridad y la farmacocinética de ustekinumab en pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn de actividad moderada a grave. Se presentaron los resultados de pacientes con un peso mínimo de 40 kg.

Los pacientes de al menos 40 kg y menores de 18 años con un índice de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrica >30 recibieron una dosis única de inducción intravenosa de ustekinumab ajustada al peso. Después de 8 semanas, los pacientes fueron aleatorizados para recibir ustekinumab subcutáneo 90 mg cada 8 o 12 semanas. El objetivo principal fue la remisión clínica en la semana 8. Los objetivos secundarios incluyeron la evaluación de la respuesta clínica (semanas 8 y 52), la respuesta endoscópica (semanas 16 y 52), la remisión clínica y la remisión sin corticosteroides (semana 52).

Resultados: De 48 pacientes, la mediana de edad fue de 15,0 años (rango intercuartil: 14,0-16,0). En la semana 8, el 52,1% (25/48) alcanzó la remisión clínica y el 93,8% (45/48) alcanzó la respuesta clínica. En la semana 16, el 29,8% (14/47) alcanzó la respuesta endoscópica. La remisión clínica en la semana 52 se alcanzó en 15/25 (60,0%; cada 12 semanas) y 10/23 (43,5%; cada 8 semanas). Tres pacientes (6,3%) interrumpieron ustekinumab entre las semanas 8 y 52.

Ustekinumab fue seguro y bien tolerado; las tasas de eventos adversos fueron similares entre los grupos. La inmunogenicidad fue baja. Las concentraciones séricas medias (minoritarias) de ustekinumab en estado estacionario tras 8 semanas de dosificación fueron de 1,38 (2,08) a 1,74 (2,32) µg/mL y fueron comparables a los niveles en pacientes adultos: 2,83 (2,05) µg/mL.

Conclusión: La terapia de inducción y mantenimiento con ustekinumab fue eficaz y segura durante 52 semanas en pacientes pediátricos con un peso mínimo de 40 kg y enfermedad de Crohn de actividad moderada a grave.

J Crohns Colitis. 2026 Mar 10;20(3):jjago11. [Enlace.](#)

REUMATOLOGÍA

Eficacia y seguridad de anifrolumab subcutáneo en el lupus eritematoso sistémico.

Anifrolumab es un tratamiento aprobado en varios países para pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) moderado a grave que reciben terapia estándar. El régimen aprobado es intravenoso y el subcutáneo (SC) se desarrolló para permitir la autoadministración en el hogar y potencialmente aumentar la accesibilidad al tratamiento.

Material y método: Se realizó un ensayo multinacional, de fase III, doble ciego y controlado con placebo (TULIP-S). Adultos con LES recibieron anifrolumab subcutáneo 120 mg o placebo una vez por semana durante 52 semanas aleatorizados en proporción 1:1.

El objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad del anifrolumab subcutáneo en adultos con actividad de LES de moderada a grave, a pesar de recibir la terapia estándar. Solo el objetivo principal (diferencia de tratamiento en la respuesta a la Evaluación Compuesta del Lupus basada en BILAG [BICLA] a las 52 semanas) se evaluó formalmente en un análisis intermedio planificado previamente. Los objetivos secundarios clave y otros criterios de valoración se evaluaron en el análisis completo.

Resultados: En el análisis intermedio (220 pacientes, anifrolumab: n = 109; placebo: n = 111), se alcanzó el objetivo principal (anifrolumab frente a placebo: 59,4 % frente a 43,9 %; diferencia de respuesta BICLA 15,5 %, intervalo de confianza del 95 % [IC del 95 %] 2,3-28,6; p = 0,0211). El análisis completo incluyó a 367 pacientes (anifrolumab: n = 184; placebo: n = 183). En comparación con el placebo, más pacientes tratados con anifrolumab alcanzaron una respuesta BICLA mientras mantenían dosis bajas/reducidas de glucocorticoides orales hasta la semana 52 (56,2 % frente a 34,0 %; diferencia 22,3 %, IC del 95 % 12,3-32,2; P < 0,0001), y el tiempo hasta la primera respuesta BICLA sostenida se redujo (cociente de riesgos 2,2, IC del 95 %: 1,5-3,2; p < 0,0001). Las diferencias de tratamiento en la remisión DORIS (Definición de Remisión en Lupus Eritematoso Sistémico) de la semana 52 y las tasas de logro del estado de baja actividad de la enfermedad lúpica favorecieron a anifrolumab sobre placebo (14,2 %, IC del 95 %: 5,6-22,8; p = 0,0012, y 14,1 %, IC del 95 % 4,6-23,6; p = 0,0038).

La frecuencia de eventos adversos graves fue del 11,9% con anifrolumab y del 10,4% con placebo; la frecuencia de herpes zóster fue del 3,8% y del 1,1%, respectivamente.

Conclusión: En consonancia con el perfil bien establecido del anifrolumab intravenoso, el anifrolumab subcutáneo demostró beneficios terapéuticos significativos y clínicamente relevantes cuando se añadió a la terapia estándar, y un perfil de seguridad aceptable en pacientes con LES de moderado a grave.

Arthritis Rheumatol. 2026 Jun;78(6):1258-1267. [Enlace.](#)



BIM

Boletín de Información de Medicamentos



Servicio Cántabro de Salud



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/boletines-informativos/>

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

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. Junio 2026.

ISBN: 978-84-09-88741-5