

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p>Directriz para medicamentos fuera del formulario</p>	<p><b>Las solicitudes para medicamentos fuera del formulario que no tienen directrices específicas para autorización previa se revisarán basándose en lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un diagnóstico/una indicación apropiada para el medicamento solicitado,</li> <li>• Una dosis apropiada de medicamento basándose en la edad e indicación,</li> <li>• Prueba documentada de 2 agentes del formulario por una duración adecuada que no han sido eficaces o tolerados</li> <li>○</li> <li>• Todos los otros medicamentos del formulario están <u>contraindicados</u> basándose en el diagnóstico del paciente, otras condiciones médicas u otra terapia con medicamentos,</li> <li>○</li> <li>• No hay otros medicamentos disponibles en el formulario para tratar la condición del paciente</li> </ul> <p>Maryland Physicians Care determina las pruebas de medicamentos en pacientes y la adherencia mediante una revisión de datos de reclamaciones de farmacia durante los doce meses anteriores. Se puede solicitar información adicional en base a cada caso particular para permitir la revisión apropiada.</p>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de 3 meses, dependiendo del diagnóstico, para determinar adhesión, eficacia y monitoreo de la seguridad del paciente</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de 6 meses</li> <li>• Los medicamentos de mantenimiento se pueden aprobar indefinidamente</li> </ul>
<p>Medicamentos que requieren autorización previa</p>	<p>Las solicitudes de medicamentos que requieren Autorización Previa (PA, siglas en inglés) se revisarán basándose en las pautas/los criterios de PA para ese medicamento. Desplazarse hacia abajo para ver las directrices de PA para medicamentos específicos. Los medicamentos que no tienen una directriz de PA específica seguirán la directriz para medicamentos fuera del formulario. Se puede solicitar información adicional en base a cada caso particular para para permitir la revisión adecuada.</p>	<p>Según se documenta en la directriz individual</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Medicamentos que requieren terapia escalonada	Los medicamentos que requieren Terapia Escalonada (ST, siglas en inglés) requieren prueba y fracaso con agentes del formulario antes de su autorización. Si se han surtido los medicamentos con requisitos previos dentro del marco de tiempo especificado, la receta será procesada automáticamente en la farmacia. Se requerirá autorización previa para recetas que no se procesan automáticamente en la farmacia. <b>Consulte el documento de requisitos de terapia escalonada:</b> <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/StepTherapyRequirements.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/StepTherapyRequirements.pdf</a>	<b>Aprobación inicial:</b> Indefinida
Solicitudes de medicamentos de marca	Aetna Medicaid requiere el uso de agentes genéricos que se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico por la FDA. Para autorización de un medicamento de marca, presente una copia del formulario MedWatch de la FDA detallando prueba y fracaso de, o intolerancia/efecto secundario adverso a formulaciones genéricas fabricadas por 2 fabricantes distintos. El formulario lleno también se debe presentar a la FDA. El formulario MedWatch de la FDA está disponible en: <a href="http://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/HowToReport/DownloadForms/UCM082725.pdf">http://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/HowToReport/DownloadForms/UCM082725.pdf</a>	<b>Aprobación inicial:</b> Indefinida
Quimioterapia	Todas las solicitudes para agentes quimioterapéuticos y para radiación ahora se deben presentar a través de Eviti, una herramienta de apoyo para oncología basada en la web para directrices de tratamiento del cáncer basado en evidencia. Envíe su solicitud a Eviti en <a href="http://www.eviti.com">www.eviti.com</a>	N/C
Medicamentos para salud mental	Los medicamentos para salud mental en el formulario están excluidos y no están cubiertos por Maryland Physicians Care. Todas las solicitudes de medicamentos para salud mental en el formulario se deben hacer a través del procesador de reclamaciones de farmacia del estado, Xerox (800-932-3918)	N/C
Medicamentos para el VIH	Los agentes para el VIH están excluidos y no están cubiertos por Maryland Physicians Care. Todas las solicitudes para agentes para el VIH se deben solicitar a través del procesador de reclamaciones de farmacia del estado, Xerox (800-932-3918).	N/C
Medicamentos para abuso de sustancias	Los agentes para el abuso de sustancias y dejar de fumar están excluidos y no están cubiertos por Maryland Physicians Care. Todas las solicitudes para estos agentes se deben hacer a través del procesador de reclamaciones de farmacia, Xerox (800-932-3918).	N/C

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Agentes para la hepatitis C</b>	Maryland Physicians Care sigue los criterios clínicos para la hepatitis C delineados por la DHMH. Consulte el sitio web del plan para ver los criterios. <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/providers/approved-drug">https://www.marylandphysicianscare.com/providers/approved-drug</a>	<b>N/C</b>
<b>Actemra<sup>i</sup></b>	<p><b>Criterios generales para todas las indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente NO recibe otro DMARD biológico u otro agente anti-TNF</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un reumatólogo</li> <li>• El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> <li>• El paciente ha sido evaluado para TB latente y hepatitis B</li> <li>• El paciente tiene un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) &gt;2000 per mm<sup>3</sup>.</li> <li>• El paciente tiene un recuento plaquetario &gt;100.000 per mm<sup>3</sup>.</li> <li>• El paciente NO tiene ALT o AST elevado &gt;1.5× ULN.</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Artritis sistémica juvenil idiopática (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis) (SJIA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 2 años de edad</li> <li>• El paciente tiene sinovitis continua en ≥1 articulación a pesar del tratamiento durante al menos 1 mes con metotrexate o leflunomide</li> <li>• La solicitud es para uso i.v. (El uso SQ no es aprobado por la FDA para esta indicación)</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Artritis poliarticular juvenil idiopática (Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis) (PJIA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 2 años de edad</li> <li>• El paciente tiene enfermedad moderada a grave a pesar de una prueba adecuada de 3 meses de metotrexate y un anti-TNF del formulario</li> </ul> <p>La solicitud es para uso i.v. (El uso SQ no es aprobado por la FDA para esta indicación)</p>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 4 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> Indefinida</p> <p><b><i>Requiere:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de al menos 20% de los síntomas</li> <li>• ANC ≥500 por mm<sup>3</sup></li> <li>• Plaquetas ≥50,000 por mm<sup>3</sup></li> <li>• ALT y AST están ≤5× ULN</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p><b>Criterios adicionales para Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis) (RA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• El paciente tiene enfermedad de actividad moderada o alta a pesar de una prueba adecuada de 3 meses de AMBOS de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dos regímenes distintos con DMARD no biológico (1 de los cuales debe incluir metotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado)                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monoterapia: MTX, sulfasalazine (SSZ) o leflunomide (LEF)</li> <li>▪ Combinación: MTX+SSZ+hydroxychloroquine (HCQ), MTX+HCQ, MTX+LEF, MTX+SSZ, SSZ+HCQ</li> </ul> </li> <li>○ UN anti-TNF del formulario (Nota: los anti-TNF requieren PA)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SJIA (&lt;30kg): 12mg/kg cada 2 semanas</li> <li>• SJIA (≥30kg): 8mg/kg cada 2 semanas</li> <li>• PJIA (&lt;30kg): 10mg/kg cada 2 semanas</li> <li>• PJIA (≥30kg): 8mg/kg cada 2 semanas</li> <li>• RA (infusión i.v.): inicial es 4mg/kg cada 4 semanas. Se puede aumentar a 8mg/kg administrados cada 4 semanas</li> <li>• RA (SQ, &lt;100kg): 162mg cada dos semanas. Se puede aumentar a semanalmente.</li> <li>• RA (SQ, ≥100kg): 162mg semanalmente</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Ampyra <sup>®</sup>	<p><b>Se puede aprobar cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por, o en consulta con un neurólogo</li> <li>• El paciente tiene entre 18 y 70 años de edad</li> <li>• Diagnóstico de esclerosis múltiple con capacidad de caminar alterada que se define con una prueba de caminata de 25 pies de referencia entre 8 y 45 segundos O Escala expandida de estatus de discapacidad (Expanded Disability Status Scale) (EDSS) entre 4.5 y 6.5</li> <li>• El paciente está estabilizado en terapia modificadora de enfermedad para MS (es decir, sin exacerbaciones recientes)</li> <li>• El paciente NO está en silla de ruedas</li> <li>• El paciente no tiene historia de convulsiones.</li> <li>• El paciente no tiene enfermedad renal moderada a grave (Crcl &lt; 50 ml/min)</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 2 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 1 año</p> <p><b><i>Requiere:</i></b> Mejora de al menos el 20% en velocidades cronometradas de caminata en la prueba de caminata de 25 pies dentro de las 4 semanas siguientes al inicio del medicamento</p> <p><b><u>Nota:</u></b> Menos del 50% de pacientes responde al tratamiento</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Anticoagulantes – Inyectables</b> <sup>iii</sup></p> <p>Enoxaparin Fondaparinux Fragmin Iprivask</p>	<p><b>Fragmin, fondaparinux y enoxaparin se deben pagar en el punto de venta por una duración inicial de 21 días sin una PA.</b></p> <p><b>Para recetas de enoxaparin, fondaparinux y Fragmin que no se pagan en el punto de venta, las solicitudes de autorización previa se pueden hacer para las indicaciones siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Los 3 agentes:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes sometidos a reemplazo de cadera o rodilla o cirugía para la fractura de cadera</li> <li>○ Tratamiento VTE en pacientes que están tomando warfarin hasta que el INR esté en el rango terapéutico por 2 días</li> <li>○ Terapia puente para discontinuación perioperatoria de warfarin</li> <li>○ Profilaxis o tratamiento de complicaciones tromboticas en un embarazo de alto riesgo</li> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes con movilidad restringida durante enfermedad aguda</li> <li>○ Tratamiento de trombosis venosa superficial (superficial vein thrombosis) (SVT) de extremidad inferior de al menos 5 cm de largo</li> <li>○ Tratamiento de DVT aguda de extremidad superior (acute upper-extremity DVT) (UEDVT) que compromete la vena axilar o más venas proximales</li> </ul> </li> <li>• <b><u>Fragmin y enoxaparin solamente:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tratamiento VTE después de prueba y fracaso con warfarin o para pacientes que no son candidatos para warfarin</li> <li>○ Tratamiento VTE en pacientes que tienen cáncer</li> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes con cáncer con tumores sólidos que tienen riesgo alto de trombosis (es decir, VTE previa, inmovilización, terapia hormonal, inhibidores de la angiogénesis, thalidomide y lenalidomide)</li> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes con AFib sometidos a cardioversión (hasta 3 semanas antes y 4 semanas después)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis post cirugía ortótica) - Hasta 35 días</li> <li>• Profilaxis (cirugía no ortótica y trauma importante) - Hasta 14 días</li> <li>• Profilaxis (postcirugía con CA)- 4 semanas</li> <li>• Tratamiento VTE, terapia puente, enfermedad aguda -10 días o según se solicita</li> <li>• Embarazo de alto riesgo - Hasta 6 semanas después del parto (se requiere EDC para autorización)</li> <li>• Profilaxis en cáncer - 6 meses</li> <li>• DVT en extremidad superior - 3 meses</li> <li>• SVT en extremidad inferior - 45 días</li> <li>• Tratamiento VTE para fracaso con warfarin o en cáncer - 6 meses</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes con ataque isquémico agudo y movilidad restringida</li> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes sometidos a cirugía general y abdominal-pélvica que tienen riesgo moderado a alto para VTE</li> <li>○ Profilaxis VTE en pacientes con trauma importante</li> </ul> <p><b><u>Se puede autorizar Iprivask si se cumplen todos los criterios siguientes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Profilaxis VTE en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de cadera</li> <li>● El paciente tuvo fracaso terapéutico o intolerancia a enoxaparin o Fragmin y fondaparinux</li> <li>○</li> <li>● El paciente tiene contraindicación para enoxaparin, fondaparinux y Fragmin (es decir, alergia al cerdo, historia de trombocitopenia inducida por heparina)</li> </ul>	<p><b><u>Renovación:</u></b></p> <p>Duración de la autorización de renovación se basa en la duración anticipada de la terapia, indicación y/o INR reciente si recibe warfarin</p>
<p><b>Anticoagulantes – Orales<sup>iv</sup></b></p> <p>Eliquis Pradaxa Xarelto</p>	<p><b><u>Para los pacientes que cumplen con todo lo siguiente:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>● Sin evidencia de trastorno hepático moderado a grave o trastorno renal grave (consulte la etiqueta de la FDA para límites y dosificación de CrCl específicos)</li> <li>● Si se usa en combinación con un antiplaquetario (es decir, aspirina, clopidogrel) el que receta ha</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fibrilación auricular-Indefinida</li> <li>● Cirugía de reemplazo de rodilla - Hasta 12 días desde el día</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Savaysa	<p>determinado que el beneficio sobrepasa el mayor riesgo de sangrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tiene una de las siguientes indicaciones:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fibrilación auricular no valvular</li> <li>2. Profilaxis de tromboembolia venosa (VTE) después de reemplazo de cadera o rodilla</li> <li>3. Tratamiento de VTE y una de las siguientes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Considerado un mal candidato para warfarin                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a. No puede lograr INR terapéutico en warfarin</li> <li>b. Preocupación de interacción farmacológica con warfarin</li> </ol> </li> <li>•</li> <li>B. El miembro ya ha iniciado y necesita continuación de terapia al darse el alta del hospital</li> </ol> </li> </ol> </li> </ul>	<p>de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de reemplazo de cadera - Hasta 35 días desde el día de la cirugía</li> <li>• Tx de VTE (no profi) - 3 meses</li> </ul> <p><b>Renovaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tx de VTE (no profi) - 3 meses</li> <li>• CHEST recomienda una duración de 3 meses para la mayoría de tx VTE.</li> </ul> <p>Considerar duración extendida para DVT no provocada especialmente si el paciente está en riesgo bajo/mod. de sangrado o si VTE previa</p>
<b>Anti-TNF's</b>	<p>Enbrel, Humira, Remicade, Cimzia, Simponi</p> <p><b>Ver el documento detallado:</b></p> <p><a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/AntiTNFsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/AntiTNFsGuide.pdf</a></p>	
<p><b>ARBs</b> †</p> <p>Benicar Edarbi</p>	<p>Los <b>ARB no preferidos</b> se pueden aprobar para miembros que han fracasado en TRES ARB preferidos del formulario Y cumplen con UNO de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de HTN con enfermedad renal crónica (CKD);</li> </ol>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Indefinida</p>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Eprosartan Telmisartan	<p><b>O</b></p> <p>2. Tratamiento de HTN sin CKD para pacientes que han fallado una prueba con un agente del formulario de otra clase que se considera un tratamiento de primera línea según JNC8 (es decir, diurético tipo thiazide, bloqueador de canales de calcio, inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina) o que requieren terapia de combinación para lograr la meta de BP</p> <p><b>Los ARB preferidos incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Losartan (o losartan/HCTZ)</li> <li>• Irbesartan (o irbesartan/HCTZ)</li> <li>• Candesartan (o candesartan/HCTZ)</li> <li>• Valsartan (o valsartan/HCTZ, valsartan/amlodipine o valsartan/amlodipine/HCTZ)</li> </ul>	
<b>Toxinas Botulinum</b>	<p>Botox, Myobloc, Dysport, Xeomin</p> <p><b>Ver el documento detallado:</b></p> <p><a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/BotulinumToxinsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/BotulinumToxinsGuide.pdf</a></p>	
<b>Cambia</b> <sup>vi</sup>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene un diagnóstico de migrañas</li> <li>• El paciente tiene 18 años de edad o más</li> <li>• Se probó y fracasó con al menos 2 triptans del formulario (p. ej., sumatriptan, naratriptan) o tiene una contraindicación para los triptans</li> <li>• Probó y fracasó con al menos 2 NSAIDs del formulario (p.ej., ibuprofen, naproxen, diclofenac)</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Indefinida</p> <p>Límites de cantidad: 9 paquetes (1 caja por mes)</p>
<b>Celecoxib</b> <sup>iii</sup>	<p><b>Celecoxib debe pagar en el punto de venta cuando se cumpla UNO de los siguientes criterios de terapia escalonada sin requerir una PA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente ha surtido 3 NSAIDs o tramadol del formulario en los 180 días previos</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Indefinida</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente ha surtido un PPI, antagonistas del receptor H2, prednisone, warfarin, Xarelto, Pradaxa o Eliquis en los 90 días previos</li> </ul> <p><b>Las recetas que no se pagan en el punto de venta requieren autorización previa y pueden estar autorizadas para los pacientes que cumplen con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin historia reciente (en los últimos 6 meses) de síndrome coronario agudo (ACS) o CABG</li> <li>• Edad <math>\geq 2</math> años para artritis reumatoide juvenil (JRA) O <math>\geq 18</math> años para todas las otras condiciones</li> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No pudo lograr beneficio clínico con 3 NSAIDs del formulario</li> <li>○ Tiene historia de gastritis inducida por NSAID confirmada por EGD</li> <li>○ Tiene riesgo alto de eventos gastrointestinales adversos (p. ej., <math>\geq 65</math> años de edad, uso concomitante de corticosteroides o anticoagulantes o historia de sangrado gastrointestinal, PUD, GERD o gastritis) Y actualmente no toma una aspirina diariamente</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Límites de dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OA: 200 mg/día</li> <li>• RA, dolor agudo, dismenorrea, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica: 400 mg/día</li> <li>• JRA:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <math>&gt;25</math> kg: 100mg dos veces al día</li> <li>○ 10-25 kg: 50mg dos veces al día</li> </ul> </li> </ul>
Cialis <sup>vii</sup>	<p><b>Para los pacientes masculinos que cumplen lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de BPH</li> <li>• Prueba y fracaso con TODO lo siguiente:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alfuzosin</li> <li>○ Tamsulosin</li> <li>○ Finasteride (durante al menos 6 meses) en combinación con un bloqueador alfa (p. ej., alfuzosin, tamsulosin, doxazosin, terazosin) a menos que el paciente no pueda tolerar un bloqueador alfa</li> </ul> </li> </ul> <p>NOTA: El uso de Cialis para tratamiento de disfunción eréctil no es un beneficio cubierto.</p>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 3 meses</p> <p><b>Renovación:</b> 6 meses</p> <p><b>Requiere:</b> Demostración de mejoría en los síntomas de BPH</p> <p>Límites de cantidad: 2.5mg o 5mg; #30 tabletas por 30 días (Nota: 10mg y 20mg no están indicados para BPH y no están cubiertos)</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Factores estimulantes de colonias (Colony-Stimulating Factors) (CSF)<sup>viii</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las indicaciones relacionadas con oncología y síndrome mielodisplásico, los factores estimulantes de colonias (CSF) requieren autorización a través de EVITI. Envíe su solicitud a Eviti en <a href="http://www.eviti.com">www.eviti.com</a></li> <li>• Para uso no oncológico, los CSF se revisan para indicaciones aprobadas por la FDA. Las solicitudes se revisan para dosificación apropiada, restricciones del tiempo y contraindicaciones. Los CSF para indicaciones no aprobadas por la FDA requieren literatura médica/estudios clínicos de revistas revisadas por iguales con información de seguridad, eficacia y dosificación para la intención de uso.</li> </ul>	<b><u>Aprobación inicial:</u></b> 3 meses

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p>Neupogen Zarxio</p>	<p><b>Neutropenia congénita crónica grave, neutropenia cíclica o neutropenia idiopática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento absoluto de neutrófilos (ANC) &lt;500/mm<sup>3</sup> reciente</li> <li>• El paciente tiene UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evidencia de reserva inadecuada de médula ósea (p. ej., fiebres recurrentes, esplenomegalia, úlceras de la mucosa, dolor abdominal)</li> <li>○ Riesgo alto de desarrollar infección bacteriana grave (p. ej., neutropenia principalmente grave, catéteres venosos internos, infecciones graves previas)</li> <li>○ Infección bacteriana actual</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Neutropenia relacionada con el VIH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento absoluto de neutrófilos (ANC) &lt;500/mm<sup>3</sup> reciente</li> <li>• El paciente tiene UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evidencia de reserva inadecuada de médula ósea (p. ej., fiebres recurrentes, esplenomegalia, úlceras de la mucosa, dolor abdominal)</li> <li>○ Riesgo alto de desarrollar infección bacteriana grave (p. ej., neutropenia principalmente grave, catéteres venosos internos, infecciones graves previas)</li> <li>○ El paciente tiene una infección bacteriana documentada</li> </ul> </li> <li>• El paciente está tomando un régimen de terapia antirretroviral que NO contiene zidovudine</li> <li>• El paciente NO está tomando sulfamethaxazole/trimethoprim. NOTA: A los pacientes que requieren profilaxis para pneumocistis se les debería cambiar a atovaquone o dapsona (a menos que esté contraindicado)</li> </ul>	<p><b>Renovación:</b> 1 año</p> <p><b>Requiere:</b> ANC y recuento plaquetario recientes</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Fibrosis quística (pulmonar) -</b>	<p><b>Pulmozyme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad <math>\geq</math> 5 años (Según la etiqueta: Pulmozyme se estudió en pacientes de 3 meses a 5 años de edad; mientras que los datos de ensayo clínico son limitados en pacientes <math>&lt;</math>5 años, el uso de Pulmozyme se debería considerar para pacientes pediátricos con fibrosis quística que pueden experimentar beneficio potencial en la función pulmonar o que pueden estar en riesgo de infección de las vías respiratorias.</li> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística moderada a grave</li> <li>• <b>O</b></li> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística leve después del fracaso con solución salina hipertónica inhalada</li> </ul> <p><b>Solución de Tobramycin para inhalación (genérico para Tobi):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística</li> <li>• Edad <math>\geq</math> 6 años</li> <li>• FEV<sub>1</sub> entre 25-80% predicho</li> <li>• Cultivos de esputo positivos para <i>P.aeruginosa</i></li> <li>• Sin colonización con <i>Burkholderia cepacia</i></li> </ul> <p><b>Tobi Podhaler o Bethkis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe cumplir con los criterios que aparecen arriba para solución de tobramycin para inhalación, <b>MÁS</b> el paciente debe tener contraindicación para/intolerancia a o fracaso con solución de tobramycin para nebulizador (genérico)</li> </ul> <p><b>Cayston se autorizará para pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística</li> <li>• Edad <math>\geq</math> 7 años</li> <li>• FEV<sub>1</sub> entre 25-75% predicho</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Kalydeco y Orkambi:</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Medicamentos</b>™</p> <p>Pulmozyme Tobi Podhaler Bethkis Cayston Kalydeco Orkambi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultivos de esputo positivos para <i>P.aeruginosa</i></li> <li>• SIN colonización con <i>Burkholderia cepacia</i></li> <li>• Contraindicación para/intolerancia a tobramycin</li> </ul> <p><b>Kalydeco se puede recomendar para aprobación para pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística con una de las siguientes mutaciones del gen <i>CFTR</i>: <i>G551D</i>, <i>G1244E</i>, <i>G1349D</i>, <i>G178R</i>, <i>G551S</i>, <i>S1251N</i>, <i>S1255P</i>, <i>S549N</i>, <i>S549R</i> o <i>R117H</i></li> <li>• NO ser homocigoto para la mutación <i>F508del</i> en el gen <i>CFTR</i></li> <li>• Edad <math>\geq 2</math> años</li> <li>• Nota: todas las revisiones se deben enviar a MDR para una decisión final</li> <li>• NOTA: Los pacientes deben estar recibiendo otros agentes CF para manejar y controlar síntomas (es decir, dornase alpha, tobramycin, hypertonic saline o Cayston)</li> </ul> <p><b>Orkambi se puede recomendar para aprobación para pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por un neumólogo</li> <li>• El miembro tiene 12 años de edad y más</li> <li>• Diagnóstico de fibrosis quística y resultados de laboratorio para respaldar homocigoto F508Del en el gen <i>CFTR</i>. (Si no se conoce el genotipo del paciente, se debe usar una prueba de mutación para fibrosis quística autorizada por la FDA para detectar la presencia de la mutación <i>F508del</i> en ambos alelos del gen <i>CFTR</i>)</li> <li>• Resultados actuales de laboratorio para respaldar ALT/AST y bilirrubina</li> <li>• NO se usa con inductores de CYP3A fuertes como rifampin, rifabutin, phenobarbital, carbamazepine, phenytoin y St. John's wort</li> <li>• NOTA: Los pacientes deben estar recibiendo otros agentes para fibrosis quística para manejar y controlar síntomas (es decir, dornase alpha, tobramycin, hypertonic saline o Cayston)</li> </ul> <p>Nota: todas las revisiones se deben enviar a MDR para una decisión final</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 meses</li> </ul> <p>Todos los otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinida</li> </ul> <p><b>Renovación:</b> Kalydeco y Orkambi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> </ul> <p>Orkambi requiere documentación para apoyar la respuesta a terapia incluso resultados de laboratorio actuales para respaldar los niveles de ALT/AST y bilirrubina</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Daliresp *	<p><b>Para los pacientes quienes cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto de 40 años de edad o más</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un neumólogo</li> <li>• Diagnóstico de EPOC grave con bronquitis crónica con FEV1&lt;50% predicho basándose en post broncodilatador FEV1</li> </ul> <p>Exacerbaciones sintomáticas documentadas dentro del último año mientras cumple con tratamiento con broncodilatador de doble de acción prolongada [agonista beta de acción prolongada (LABA) más antagonistas muscarínicos de acción prolongada (LAMA)] durante al menos 3 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daliresp se usará junto con un LABA y LAMA a menos que sea contraindicado/intolerante</li> <li>• No se usará en combinación con theophylline</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 6 meses</p> <p><b><u>Renovaciones:</u></b> Indefinida; requiere mejoría del número de exacerbaciones de EPOC</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Daraprim</b> <sup>xi</sup></p>	<p><b>Daraprim se puede autorizar para el tratamiento y prevención secundaria de Toxoplasmosis en pacientes con VIH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La dosis para tratamiento inicial de la toxoplasmosis es 50-75mg por día durante 6 semanas</li> <li>• La dosis para profilaxis secundaria después de completar tratamiento inicial de 6 semanas es 25-50mg por día para prevenir la recaída.</li> <li>• La profilaxis secundaria se puede discontinuar cuando corresponde lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente está asintomático</li> <li>○ El paciente está recibiendo terapia antirretroviral (ART)</li> <li>○ El paciente tiene una carga viral de VIH suprimida</li> <li>○ El paciente ha mantenido un recuento de CD4 &gt;200 células/microL durante al menos seis meses</li> </ul> </li> <li>• Se puede reiniciar terapia de mantenimiento si el recuento de células CD4 disminuye a &lt;200 células/microL</li> </ul> <p><b>Daraprim también puede ser autorizado para Pneumocystis Pneumonia (PCP) cuando se cumplen los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente es alérgico a las sulfas o tiene otra contraindicación para el uso de TMP/SMX</li> <li>• Para profilaxis para PCP en pacientes con VIH: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente tiene UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuento de CD4 &lt;200 células/microL</li> <li>▪ Candidiasis orofaríngea</li> <li>▪ Porcentaje de recuento de CD4 &lt;14 por ciento</li> <li>▪ Recuento de células CD4 entre 200 y 250 células/microL cuando no es posible el monitoreo frecuente (p. ej., cada tres meses) de recuentos de células CD4</li> </ul> </li> <li>○ El paciente tiene prueba y fracaso o contraindicación para atovaquone Y dapsone</li> </ul> </li> <li>• Para tratamiento de PCP:</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmosis aguda - 6 semanas</li> <li>• PCP aguda - 21 días</li> <li>• Profilaxis para PCP - 3 meses</li> </ul> <p><b>Renovaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis secundaria después del tratamiento de la toxoplasmosis aguda - 6 meses</li> <li>• Profilaxis para PCP - 3 meses; si el recuento de CD4 es &lt;200 o el % del recuento de CD4 es &lt;14%</li> </ul>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al paciente se le diagnosticó infección de PCP</li> <li>○ El paciente tiene prueba y fracaso o contraindicación para atovaquone</li> </ul> <p><b>Daraprim no está cubierto para el tratamiento o la prevención de malaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Daraprim ya no se recomienda para el tratamiento o la profilaxis para malaria.</li> <li>● El tratamiento de la malaria es MUY individualizado.</li> <li>● Consulte el sitio web de los CDC para recomendaciones para el tratamiento agudo de la malaria.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.cdc.gov/malaria/resources/pdf/algorithm.pdf">http://www.cdc.gov/malaria/resources/pdf/algorithm.pdf</a></li> <li>○ <a href="http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/treatment.html">http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/treatment.html</a></li> <li>○ <a href="http://www.cdc.gov/malaria/resources/pdf/treatmenttable.pdf">http://www.cdc.gov/malaria/resources/pdf/treatmenttable.pdf</a>.</li> </ul> </li> <li>● Consulte el sitio web de los CDC para recomendaciones para la prevención de la malaria               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table/a.html">http://www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table/a.html</a></li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Materiales para pruebas en diabéticos</b></p>	<p><b>Límites de cantidad para tiras de prueba y glucómetro para diabéticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas las tiras de prueba para diabéticos se limitan a 150 unidades/30 días</li> <li>● Los glucómetros se limitan a 1 glucómetro/12 meses</li> </ul> <p><b>Criterios para recibir materiales fuera del formulario para diabéticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Miembros con nivel de hematocrito que es crónicamente menos del 30% o mayor que el 55%               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accu-Chek Aviva Plus y Nano SmartView son precisos para Hct 10-65%</li> <li>○ One Touch Verio IQ es preciso para Hct 20-60%</li> </ul> </li> <li>● Miembro con limitación física (alteración de la destreza manual o problema de la vista) que limita la utilización del producto del formulario</li> <li>● Miembro con una bomba de insulina que requiere una tira de prueba específica</li> </ul> <p><b>Criterios para recibir &gt;150 tiras de prueba por mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Miembros recién diagnosticados con diabetes o con diabetes gestacional</li> <li>● Niños con diabetes (edad ≤ 12 )</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 1 año</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros que usan una bomba de insulina</li> <li>• Los miembros en terapia de alta intensidad con insulina con documentación de necesidad de medir rutinariamente más de 4-5 veces al día</li> </ul> <p><b>Criterios para recibir &gt;1 glucómetro por año</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El glucómetro actual no es seguro, es inexacto o ya no es apropiado basándose en la condición médica del paciente</li> <li>• El glucómetro actual ya no funciona apropiadamente, ha sufrido daño o se ha perdido o ha sido robado.</li> </ul>	
<p><b>Inhibidores directos de la renina<sup>xii</sup></b></p> <p>Tekturna Tekturna HCT Tekamlo Amturnide</p>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de HTN</li> <li>• Al menos 18 años de edad</li> <li>• Respuesta inadecuada o incapacidad de tolerar una prueba con un ARB del formulario Y un inhibidor de ACE y al menos un agente antihipertensor más del formulario de una clase distinta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diurético del tipo Thiazide</li> <li>○ Bloqueador de canales de calcio</li> <li>○ Bloqueador beta</li> </ul> </li> <li>• No se usará en combinación con un inhibidor de ACE o un ARB</li> </ul> <p>Nota: No se ha establecido el beneficio a largo plazo en importantes resultados cardiovasculares o renales con inhibidores directos de renina en el tratamiento de HTN, por lo tanto, se recomienda primero el uso de medicamentos de otras clases.</p>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Duavee <sup>xiii</sup>	<p><b>Duavee se puede aprobar para mujeres adultas menores de 75 años quienes tienen el útero intacto y quienes cumplen con los criterios siguientes basándose en la indicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de síntomas vasomotores asociados con la menopausia (VMS):           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente ha fracasado con o tiene intolerancia a al menos 2 productos de estrógeno/progestina del formulario (p. ej., comprimidos/parche de estradiol, Prempro, Estrace)</li> </ul> </li> <li>• Prevención de osteoporosis postmenopáusica:</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 años</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente ha probado y fracasado (o tiene contraindicación/intolerancia a) raloxifene Y alendronate</li> <li>○ El paciente tiene osteopenia (puntuación-T entre -1.0 y -2.5) O tiene riesgo alto para fractura OP (según se define por cualquiera de los siguientes):               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riesgo FRAX <math>\geq 3.0\%</math> para fractura de cadera O <math>\geq 20\%</math> para cualquier fractura importante relacionada con OP;</li> <li>○</li> <li>▪ El paciente tiene <math>\geq 1</math> factor de riesgo para fractura:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>a. bajo índice de masa corporal</li> <li>b. fractura previa de fragilidad</li> <li>c. historia en los padres de fractura de cadera</li> <li>d. tratamiento con glucocorticoides</li> <li>e. fuma actualmente</li> <li>f. ingesta de alcohol de 3 o más unidades por día</li> <li>g. artritis reumatoide</li> <li>h. causas secundarias de osteoporosis</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
Egrifta	<p><b>Puede ser autorizada para tratamiento de exceso de grasa abdominal en pacientes infectados por el VIH que tienen lipodistrofia cuando se cumple lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene 18-65 años de edad.</li> <li>• Sin evidencia de enfermedad neoplásica activa</li> <li>• Sin evidencia de enfermedad crítica aguda</li> <li>• Sin interrupción del eje hipotalámico-pituitario (p. ej. Supresión hipotalámica-pituitaria-adrenal (HPA)) debido a hipofisectomía, hipopituitarismo, tumor/cirugía pituitaria, radioterapia de la cabeza o trauma en la cabeza</li> <li>• El paciente no está usando Egrifta para pérdida de peso</li> <li>• El paciente tiene riesgo de complicaciones médicas debido a exceso de grasa abdominal</li> <li>• Si es mujer, la paciente no está embarazada y está usando una forma confiable de control de la natalidad (categoría X de embarazo)</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 1 año</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 3 años con documentación de una respuesta clínica</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Eritropoyesis- Agentes estimulantes</b>	Epogen, Procrit, Aranesp  <b>Ver el documento detallado:</b> <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/ESAGuideline.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/ESAGuideline.pdf</a>	
<b>Hormona del crecimiento</b>	Genotropin, Humatrope, Norditropin, Nutropin, Omnitrope, Saizen, Tev-Tropin, Zorbtive  <b>Ver el documento detallado:</b> <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/GrowthHormoneGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/GrowthHormoneGuide.pdf</a>	
<b>Antagonistas de hormona del crecimiento</b> Somavert	Ver el documento detallado: <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/GrowthHormoneAntagonistsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/GrowthHormoneAntagonistsGuide.pdf</a>	
<b>Análogos de GnRH</b> <sup>xiv</sup>  Leuprolide acetate Lupron Depot Lupron Depot-PED Synarel Supprelin LA Zoladex	<b>Para los pacientes que cumplen lo siguiente basándose en diagnóstico:</b>  <b>Endometriosis</b> <i>(Lupron Depot, Synarel, Zoladex [3.6 mg dosis solamente])</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por o en consulta con un ginecólogo u obstetra</li> <li>• 18 años de edad o más</li> <li>• Prueba y fracaso con al menos un agente de control del ciclo hormonal del formulario (como Portia, Ocella, Previfem), medroxyprogesterone o Danazol</li> <li>• La paciente no está embarazada ni amamantando</li> </ul> <b>Leiomioma uterino (fibroides)</b>	<b>Aprobación inicial:</b> Pubertad precoz central <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supprelin LA: 12 meses</li> <li>• Todos los otros: 6 meses</li> </ul> Endometriosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> </ul> Leiomioma uterino (fibroides) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p><i>(Lupron Depot, Synarel, Zoladex [dosis de 3.6 mg solamente])</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por o en consulta con un ginecólogo u obstetra</li> <li>• 18 años de edad o más</li> <li>• Recetado para mejorar anemia y/o reducir el tamaño uterino por 3-6 meses antes de la intervención quirúrgica planeada</li> <li>• La paciente no está embarazada ni amamantando</li> </ul>	<p>Sangrado uterino disfuncional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 meses</li> </ul>
	<p><b>Sangrado uterino disfuncional</b> <i>(Zoladex [dosis de 3.6mg solamente])</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por o en consulta con un ginecólogo u obstetra</li> <li>• 18 años de edad o más</li> <li>• Recetado para adelgazar el endometrio antes de ablación del endometrio o histerectomía planeada dentro de las siguientes 4-8 semanas</li> <li>• La paciente no está embarazada ni amamantando</li> </ul> <p><b>Pubertad precoz central (CPP)</b> <i>(Lupron Depot-PED, solución de leuprolide acetate, Synarel, Supprelin LA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por, o en consulta con un endocrinólogo</li> <li>• Exploración MRI o escaneo CT se ha realizado para descartar lesiones</li> <li>• Inicio de características sexuales secundarias antes de 8 años en mujeres y 9 años en hombres</li> <li>• Respuesta a una prueba de estimulación de GnRH (o si no está disponible, otras pruebas de laboratorio para apoyar CPP tales como niveles de hormona luteinizante, nivel de estradiol y testosterona)</li> <li>• Edad ósea avanzada 1 año más allá de la edad cronológica</li> <li>• Estatura y peso de referencia</li> <li>• Restricción de edad (solución de leuprolide acetate para inyección [régimen una vez al día]): debe tener al menos 1 año de edad</li> </ul>	<p><b>Renovación:</b> Pubertad precoz central</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses - 1 año (hasta 11 años para mujeres y 12 años para hombres)</li> </ul> <p><b>Requiere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta clínica al tratamiento (es decir, retraso o disminución de la pubertad, velocidad de la estatura, edad ósea, LH o nivel de estradiol y testosterona)</li> </ul> <p>Tratamiento nuevamente de la endometriosis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupron solamente (el tratamiento con Synarel y Zoladex no se recomienda más allá de 6 meses): 6 meses</li> </ul> <p><b>Requiere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densidad mineral</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restricción de edad (Lupron Depot-Ped [régimen de 1-mes o 3-meses]): debe tener al menos 2 años de edad</li> </ul>	<p>ósea dentro de límites normales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso en combinación con norethindrone acetate</li> </ul> <p>Leiomioma uterino (fibromas) o sangrado uterino disfuncional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda el uso prolongado</li> <li>Administrar nuevamente el tratamiento se puede considerar basado en cada caso particular</li> </ul>
Hetlioz <sup>xv</sup>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos 18 años de edad</li> <li>Diagnóstico de trastorno por ciclo sueño-vigilia diferente de 24 horas</li> <li>Completamente ciego sin NINGUNA percepción de la luz</li> <li>Historia de al menos 3 meses de dificultad para iniciar el sueño, dificultad para despertar en la mañana o sueño excesivo durante el día</li> <li>Ningún otro trastorno concomitante del sueño (es decir, apnea del sueño, insomnio)</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p>
<p>HP Acthar para MS<sup>xvi</sup></p> <p>HP Acthar</p>	<p><b>HP Acthar se puede autorizar para adultos cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recetado por un neurólogo</li> <li>Recetado para exacerbación AGUDA de MS</li> <li>Síntomas de exacerbación actual incluyen síntomas discapacitantes desde el punto de vista funcional con evidencia objetiva de alteración neurológica como pérdida de la vista, síntomas motores (es decir, parálisis parcial o completa, espasticidad, clonus), y/o síntomas cerebelares (es decir, desequilibrio de la marcha, dificultad con movimiento coordinado,</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 3 semanas</p> <p>El uso prolongado puede llevar a insuficiencia suprarrenal o síntomas recurrentes que hacen difícil parar el</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p>arrastrar las palabras, temblor de intención, nistagmus)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sigue teniendo síntomas discapacitantes desde el punto de vista funcional a pesar de un curso de 7 días de corticosteroides i.v. de dosis alta (es decir, metilprednisolona 1000mg por día) para la exacerbación ACTUAL</li> <li>○ Tiene efectos secundarios significativos con corticosteroides i.v. de dosis alta</li> </ul> </li> </ul>	<p>tratamiento, por lo tanto no se recomienda el tratamiento más allá de 3 semanas para el mismo episodio.</p>
<p><b>Medicamentos para la hiperlipidemia <sup>xvii</sup></b></p> <p>Rosuvastatin</p> <p>Lovaza</p> <p>Vascepa</p> <p>Epanova</p> <p>Juxtapid</p> <p>Kynamro</p>	<p><b>Se puede aprobar Rosuvastatin cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 10 años de edad; <b>Y</b></li> <li>• El paciente no ha logrado la meta de LDL en un régimen de cumplimiento de dosis máxima tolerada de atorvastatin;</li> <li>• <b>O</b></li> <li>• El paciente requiere una estatina de alta intensidad (es decir, diagnóstico de hipercolesterolemia familiar o alto riesgo de ASCVD por evaluación del médico) <b>Y</b> el paciente tuvo una prueba y fracaso con atorvastatin</li> </ul> <p><b>Los medicamentos fuera del formulario para hipertrigliceridemia (Lovaza, Vascepa y Epanova) se pueden aprobar cuando se cumplen los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• El medicamento se usará como añadido a intervenciones de estilo de vida para incluir dieta y ejercicio</li> <li>• Tratamiento de hipertrigliceridemia grave (nivel de triglicéridos mayor que o igual a 500 mg/dL)</li> <li>• Prueba y fracaso con aceite de pescado de venta sin receta y al menos UN medicamento adicional del formulario tal como fenofibrate, fenofibric acid, gemfibrozil o niacin o contraindicación a todos los agentes del formulario</li> </ul> <p><b>Juxtapid y Kynamro se pueden aprobar cuando se cumplen TODOS los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de hipercolesterolemia homocigótica familiar con un LDL documentado de &gt;300 mg/dl (dentro de los últimos 90 días)</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b></p> <p>Juxtapid, Kynamro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 meses</li> <li>• Todos los otros: 6 meses</li> </ul> <p><b>Renovación:</b></p> <p>Juxtapid, Kynamro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> <li>• Todos los otros: indefinido</li> </ul> <p><b>Las renovaciones requieren:</b></p> <p>Mejoría de lípidos en ayunas y documentación de parámetros recomendados para el monitoreo de seguridad (como enzimas hepáticas)</p>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso de una prueba de 60 días de 2 estatinas distintas de alta potencia aprobadas* (atorvastatin y rosuvastatin) en dosis máximas toleradas usadas en combinación con Zetia, niacin o un secuestrador de ácido biliar</li> <li>• Juxtapid o Kynamro se usará en combinación con dosis máximas toleradas de una estatina* en combinación con Zetia, niacin o un secuestrador de ácido biliar E intervenciones de estilo de vida para incluir dieta y ejercicio (dieta con bajo contenido de grasa recomendada, &lt;20% de calorías de</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grasa)</li> <li>• El paciente ha probado y fracasado o no es candidato para aféresis de LDL</li> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Se presentan las pruebas de laboratorio de referencia recomendadas: Panel de lípidos en ayunas, ALT, AST, fosfatasa alcalina, bilirrubina total y prueba de embarazo negativa (si corresponde)</li> <li>• El paciente no tiene trastorno hepático moderado a grave (Child-Pugh B o C) o enfermedad hepática activa</li> </ul> <p>NOTA: Todas las solicitudes se deben enviar a MDR para aprobación final</p> <p>* La excepción a pruebas de terapia con estatinas requiere documentación de intolerancia a al menos 2 estatinas (con al menos una prueba de una estatina de potencia moderada a alta). La documentación incluirá notas de registros médicos que respaldan síntomas músculoesqueléticos relacionados que se resuelven cuando se discontinuó la terapia con estatinas; y documentación de que al miembro se le ha reiniciado con una dosis menor o con una estatina distinta.</p>	
<p><b>Agentes para la fibrosis pulmonar idiopática</b> <sup>viii</sup></p> <p>Esbriet Ofev</p>	<p><b>El uso fuera del formulario de Esbriet u Ofev se puede aprobar cuando se cumple con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática leve a moderada <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Confirmado por tomografía computarizada de alta resolución (HRCT), biopsia del pulmón o broncoscopia</li> <li>○ La enfermedad pulmonar intersticial no se puede atribuir a otra causa (es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerosis sistémica, exposición a asbestos o pneumonitis por</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 3 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 6 meses</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p>hipersensibilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacidad vital forzada (FVC) entre 50 y 80% predicho</li> <li>• Documentación de pruebas de función hepática de referencia (LFT's) antes de iniciar tratamiento</li> <li>• La edad del paciente debe ser 18 años o más</li> <li>• El paciente no fuma actualmente</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un neumólogo</li> </ul> <p>Nota: No hay evidencia concluyente que respalde el uso de medicamentos para aumentar la supervivencia de personas con fibrosis pulmonar idiopática.</p>	<p><b><i>Criterios para la renovación:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de FVC estable (se recomienda la discontinuación si hay una disminución &gt;10% in FVC en un periodo de 12 meses)</li> <li>• Testimonio de que se están monitoreando los LFT</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Ilaris</b> <sup>xix</sup></p>	<p><b>Criterios generales para todas las indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente NO recibe otro DMARD biológico u otro agente anti-TNF</li> <li>Recetado por, o en consulta con, un reumatólogo</li> <li>El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> <li>El paciente ha sido evaluado para TB latente y hepatitis B</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Artritis sistémica juvenil idiopática (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis) (SJIA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente tiene al menos 2 años de edad</li> <li>El paciente pesa al menos 7.5kg</li> <li>El paciente actualmente tiene características sistémicas ACTIVAS (es decir, fiebre, erupción cutánea fugaz, linfadenopatía, hepatomegalia, esplenomegalia o serositis)</li> <li>El paciente tiene sinovitis continua en <math>\geq 1</math> articulación a pesar de tratamiento durante al menos 1 mes con Kineret o Actemra Y methotrexate o leflunomide (Nota: tanto Kineret como Actemra también están fuera del formulario y requieren PA)</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Síndromes periódicos asociados con cryopirin (Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes) (CAPS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El diagnóstico se ha confirmado con una prueba genética positiva para mutación de <i>NALP3</i>, <i>CIAS1</i> o <i>NLRP3</i></li> <li>El paciente tiene al menos 4 años de edad</li> <li>El paciente pesa al menos 15kg</li> <li>El paciente ha fracasado en una prueba mínima de 3 meses de Kineret (Nota: Kineret también está fuera del formulario y requiere PA)</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 4 meses</p> <p><b>Renovación:</b> 2 años</p> <p><b>Requiere:</b> Mejora de al menos 20% de los síntomas</p> <p><b>Dosificación/Límites de cantidad:</b>  <b>CAPS (&gt;40 kg):</b> 150mg cada 8 semanas, 1 vial por 56 días  <b>CAPS (<math>\leq 40</math> kg):</b> 2mg/kg cada 8 semanas, 1 vial por 56 días. La dosis se puede aumentar a 3mg/kg administrados cada 8 semanas  <b>SJIA:</b> 4mg/kg (300mg máx.) cada 4 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Límites de cantidad para <math>\leq 180</math>mg: 1 vial por 28 días</li> <li>Límites de cantidad para <math>&gt;180</math>mg: 2 viales por 28 días</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>IL-17 Antagonistas</b> <sup>xx</sup></p> <p>Cosentyx</p>	<p><b>Puede estar autorizado para psoriasis en placas cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Recetado por un dermatólogo</li> <li>• El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> <li>• El paciente ha sido evaluado para TB latente</li> <li>• Los síntomas no están controlados con terapia tópica</li> <li>• La enfermedad tiene un impacto significativo en el bienestar físico, psicológico o social</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses con MTX o cyclosporine o tiene una contraindicación real para ambos</li> <li>• La psoriasis es grave y extensa (por ejemplo, más del 10% del área de superficie corporal afectada o una puntuación PASI de más de 10)</li> <li>• La fototerapia ha sido ineficaz, no se puede usar o ha resultado en recaída rápida (la recaída rápida se define como mayor que el 50% de la gravedad de referencia base de la enfermedad en un plazo de 3 meses)</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de al menos UN anti-TNF del formulario</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 6 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 2 años</p> <p><b><i>Criterios para la renovación:</i></b> Notas clínicas que documentan una mejora (p. ej., reducción en PASI, disminución de la hinchazón/dolor de articulaciones)</p>
<p><b>Increlex</b></p>	<p><b>Puede estar autorizado para pacientes de al menos 2 años de edad cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por o en consulta con un endocrinólogo pediátrico</li> <li>• Sin evidencia de cierre epifisario</li> <li>• Sin evidencia de enfermedad neoplásica</li> <li>• La documentación respalda el diagnóstico de delección del gen GH y anticuerpos neutralizantes contra GH</li> <li>• <b>O</b></li> <li>• La documentación respalda un diagnóstico de deficiencia grave, principal de IGF-1             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puntuación de desviación estándar de la estatura menor que o igual a -3</li> <li>○ Puntuación de desviación estándar de IGF-1 de referencia base menor que o igual a -3</li> <li>○ Niveles normales o elevados de hormona del crecimiento (GH)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses si la velocidad de crecimiento previa al tratamiento aumenta a al menos el doble</li> <li>• 1 año si la velocidad de crecimiento <math>\geq 2.5</math> cm/año y las epífisis están abiertas</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No hay evidencia de formas secundarias de deficiencia de IGF-1, tales como deficiencia de GH, malnutrición, hipotiroidismo o tratamiento crónico con dosis farmacológicas de corticosteroides.</li> </ul>	
<b>Osteoporosis inyectable</b>	<p>Forteo, Prolia, Zoledronic Acid</p> <p><b>Ver el documento detallado:</b>  <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/InjectableOPAgentsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/InjectableOPAgentsGuide.pdf</a></p>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Plumas de insulina</b></p> <p>Humulin N Humulin 70/30 Novolog Humalog Apidra Toujeo Tresiba Ryzodeg Lantus Levemir</p>	<p><b>Para los pacientes con diabetes mellitus que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La solicitud es para una insulina que es preferida en el formulario <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las solicitudes para insulinas fuera del formulario requieren prueba/fracaso con 2 insulinas del formulario dentro de la misma clase (es decir, rápida, regular o basal)</li> </ul> </li> <li>• Además, para niños: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente es un niño en edad escolar que requiere múltiples inyecciones diarias de insulina</li> </ul> </li> <li>• Además, para los adultos se debe cumplir con UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente está sin hogar; O</li> <li>○ El paciente no tiene un cuidador quien puede administrar insulina usando viales y jeringas y no puede usar eficazmente viales y jeringas de insulina para autoadministrar insulina debido a CUALQUIERA de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El paciente tiene alteración visual que no se puede corregir (p. ej., degeneración macular, retinopatía, visión que no se puede corregir con anteojos con medida)</li> <li>▪ El paciente tiene una discapacidad física o problemas de la destreza debido a ataque cerebral, neuropatía periférica, trauma u otra condición física</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>NOTA: Las solicitudes para Toujeo se pueden aprobar para pacientes quienes requieren &gt;100 unidades por día de insulina BASAL (es decir, Lantus o Levemir). Ya que Toujeo no está disponible en viales, el paciente NO necesita cumplir con los otros criterios para la pluma de insulina.</p>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p> <p>Restricciones de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Novolog: &gt; 2 años</li> <li>• Humalog: &gt; 3 años</li> <li>• Apidra: &gt; 4 años</li> </ul>
<p><b>Antagonistas del receptor de integrin para enfermedades intestinales inflamatorias</b> <sup>xxi</sup></p> <p>Tysabri</p>	<p><b>Esta directriz describe los criterios para el uso de Tysabri y Entyvio en enfermedades intestinales inflamatorias. Para ver los criterios en Tysabri en MS, consulte la sección con título, "MS Agents."</b></p> <p><b>Criterios generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por un gastroenterólogo</li> <li>• 18 años de edad o más</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 3 meses</p> <p><b><u>Primera renovación:</u></b> 3 meses</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Entyvio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 años de edad o más</li> <li>• Se usará como <u>monoterapia</u> y NO en combinación con agentes antineoplásicos, inmunosupresores o inmunomoduladores (p. ej., azathioprine, 6-mercaptopurine cyclosporine, methotrexate, inhibidores de TNF)</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para inducir remisión en la enfermedad de Crohn: (Tysabri o Entyvio)</b></p> <p><u>ENFERMEDAD DE CROHN DEPENDIENTE DE ESTEROIDES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La recaída ocurre en un plazo de tres meses desde la suspensión de los glucocorticoides</li> <li>○ Los glucocorticoides no se pueden disminuir a &lt;10 mg/día en un plazo de tres meses sin recurrencia de síntomas</li> </ul> </li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 6-mercaptopurine(6-MP) o azathioprine (AZA)</li> <li>○ Methotrexate (para pacientes con una contraindicación para 6-MP y AZA)</li> </ul> </li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de UN anti-TNF del formulario</li> </ul> <p><u>ENFERMEDAD DE CROHN QUE NO RESPONDE A ESTEROIDES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta inadecuada a glucocorticoides i.v. en un plazo de 7-10 días (NOTA: se recomienda el cambio a glucocorticoides i.v. para pacientes que no están respondiendo a glucocorticoides orales)</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de UN anti-TNF del formulario</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para colitis ulcerativa dependiente de esteroides: (Entyvio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recaída ocurre en un plazo de tres meses desde la suspensión de los glucocorticoides O la disminución de la prednisona a &lt;10 mg/día</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de UNO de los siguientes:</li> </ul>	<p><b><i>Criterios para la renovación:</i></b> Mejora de al menos 20% de los síntomas</p> <p><b><u>Renovaciones adicionales:</u></b> 6 meses (si el paciente está respondiendo)</p> <p>NOTA: Si el miembro no puede disminuir los esteroides en los primeros 6 meses, d/c Tysabri</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 6-mercaptopurine(6-MP) o azathioprine (AZA)</li> <li>○ Sulfasalazine 4-6g por día, mesalamine 4.8g por día o balsalazide 6.75g por día (si el paciente tiene una contraindicación para 6-MP y AZA)</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de 3 meses de UN anti-TNF del formulario</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para colitis ulcerativa que no responde a esteroides: (Entyvio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta inadecuada a glucocorticoides i.v. en un plazo de 7-10 días (NOTA: se recomienda el cambio a glucocorticoides i.v. PRIMERO para pacientes que no están respondiendo a glucocorticoides orales)</li> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente tuvo un fracaso previo con 6-MP y AZA o una contraindicación a ambos medicamentos y por lo tanto no es candidato para tratamiento con estos agentes para el episodio actual</li> <li>○ El paciente tiene síntomas después una intervención quirúrgica</li> <li>○ El paciente no es candidato quirúrgico o rechaza cirugía Y tiene una respuesta inadecuada a cyclosporine (NOTA: Cambiar a los anti-TNF después del fracaso con cyclosporine NO es recomendado por directrices de prácticas clínicas)</li> <li>○ El paciente tiene una contraindicación a cyclosporine (NOTA: cyclosporine se usa como terapia puente para pacientes que comenzarán con 6-MP o AZA de acción lenta)</li> </ul> </li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de 3 meses de UN anti-TNF del formulario</li> </ul>	



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Interferons</b> <sup>oii</sup></p> <p><b><i>α-Interferon</i></b> Intron A Pegasys Sylatron Alferon N-HPV</p> <p><b><i>β-Interferon</i></b> Ver agentes para la esclerosis múltiple</p> <p><b><i>γ-Interferon</i></b> Actimmune</p> <p>Última actualización: 07/sep/2016</p>	<p><b><u>Infección crónica con hepatitis B:</u></b> <i>(Intron A, Pegasys)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente tiene hepatitis B crónica HBeAg-positiva o HBeAg-negativa (HBsAg positiva durante más de seis meses)</li> <li>Recetado por, o en consulta con un médico especialista en enfermedades infecciosas, especialista en VIH, gastroenterólogo, hepatólogo o médico especialista en trasplantes</li> <li>El paciente tiene enfermedad hepática compensada (p. ej., bilirrubina normal, albúmina dentro de límites normales, sin citopenias)</li> <li>Hay evidencia de replicación viral (valoración de HBeAg y/o niveles de ADN de HBV &gt;20,000 UI/mL para pacientes HBeAg-positivos y &gt;2000 UI/mL para pacientes HBeAg-negativos)</li> <li>Hay evidencia de inflamación del hígado (p. ej., ALT elevado, inflamación o fibrosis en el hígado Evidenciado por biopsia)</li> <li>Restricción de edad (<i>Pegasys</i>): Debe tener al menos 18 años de edad</li> <li>Restricción de edad (<i>Intron A</i>): Debe tener al menos 1 año de edad</li> </ul> <p><b><u>Sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA:</u></b> <i>(Intron A [polvo para solución SOLAMENTE])</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recetado por, o en consulta con un médico especialista en enfermedades infecciosas o especialista en VIH</li> <li>No se está usando para el tratamiento del sarcoma de Kaposi visceral relacionado con el SIDA asociado con enfermedad rápidamente progresiva</li> <li>El paciente debe tener al menos 18 años de edad</li> </ul> <p><b><u>Enfermedad granulomatosa crónica:</u></b> <i>(Actimmune)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recetado por, o en consulta con una especialista en inmunología o enfermedades infecciosas</li> <li>El paciente también está recibiendo profilaxis antifúngica y antibacteriana (tales como itraconazole y trimethoprim/sulfamethoxazole)</li> <li>El paciente tiene al menos 1 año de edad</li> </ul> <p><b><u>Osteopetrosis maligna:</u></b> <i>(Actimmune)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recetado por, o en consulta con un hematólogo/oncólogo</li> <li>Recetado para el tratamiento de la osteopetrosis maligna grave</li> <li>El paciente tiene al menos 1 año de edad</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <p><b><i>Hepatitis B:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intron A – 16 semanas</li> <li>Pegasys – 48 semanas</li> </ul> <p><b><i>Osteopetrosis, CGD, sarcoma de Kaposi:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 meses</li> </ul> <p><b><i>Condylomata acuminata:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 semanas</li> </ul> <p><b><i>Todas las otras indicaciones:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 año</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <p><b><i>Hepatitis B:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intron A: 16 semanas adicionales si sigue siendo HBeAg-positivo</li> <li>Intron A: hasta 2 años para pacientes HBeAg-negativos</li> </ul> <p><b><i>Osteopetrosis:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 año si no hay evidencia de progresión de la enfermedad</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Productos intravaginales de progesterona</b> <sup>xxiii</sup> Crinone Endometrin Supositorios first-progesterone	<b>Para los pacientes que cumplen con lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por, o en consulta con, un proveedor de atención obstétrica</li> <li>• La paciente no recibe Makena (17-hydroxyprogesterone)</li> <li>• La paciente está embarazada con gestación de feto único y cumple con cualquiera de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Historia de nacimiento prematuro espontáneo (es decir, alumbramiento de un bebé &lt; 37 semanas de gestación)</li> <li>○ Largo cervical &lt; 25 mm antes de 24 semanas de gestación</li> </ul> </li> </ul>	<b>Aprobación inicial:</b> Aprobar según se solicite hasta las 37 semanas de gestación  Comenzar el uso de progesterona no antes de las 16 semanas, 0 días y a más tardar 23 semanas, 6 días
<b>Intuniv/Kapvay</b>	Para pacientes de 6 – 17 años de edad, estos agentes son parte del formulario de salud mental y se deben solicitar a través del procesador de reclamaciones de farmacia del estado, Xerox (800-932-3918). Para las personas que no están en este rango de edad, Intuniv ER y Kapvay ER siguen siendo parte del beneficio de farmacia de la MCO y se revisará basándose en fracaso pasado de otros agentes usados para tratar ADHD.	<b>Aprobación inicial:</b> Indefinida
<b>Invokana</b> <sup>xxiv</sup>	<b>Puede estar autorizado para pacientes de al menos 18 años de edad cuando se cumple con los criterios siguientes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de diabetes tipo 2</li> <li>• Prueba y fracaso con metformina en combinación con Januvia o Byetta durante al menos 3 meses consecutivos</li> <li><b>O</b></li> <li>• Prueba y fracaso con Janumet durante al menos 3 meses consecutivos</li> </ul>	<b>Aprobación inicial:</b> Indefinida
<b>Kineret</b> <sup>xxv</sup>	<b>Criterios generales para todas las indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente NO recibe otro DMARD biológico u otro agente anti-TNF</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un reumatólogo</li> <li>• El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> </ul>	<b>Aprobación inicial:</b> 4 meses  <b>Renovación:</b>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente ha sido evaluado para TB latente y hepatitis B</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Artritis sistémica juvenil idiopática (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis) (SJIA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 2 años de edad</li> <li>• El paciente actualmente tiene características sistémicas ACTIVAS (es decir, fiebre, erupción cutánea fugaz, linfadenopatía, hepatomegalia, esplenomegalia o serositis) Y sinovitis en al menos 1 articulación; O</li> <li>• El paciente NO tiene características sistémicas ACTIVAS actualmente pero tiene sinovitis continua en <math>\geq 1</math> articulación a pesar de tratamiento por 3 meses con MTX o leflunomide</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Síndromes periódicos asociados con cryopirin (Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes) (CAPS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico se ha confirmado con una prueba genética positiva para mutación de <i>NALP3</i>, <i>CIAS1</i> o <i>NLRP3</i></li> <li>• El paciente tiene al menos 2 años de edad</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales para Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis) (RA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• El paciente tiene enfermedad de actividad moderada o alta a pesar de una prueba adecuada de 3 meses de AMBOS de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dos regímenes distintos con DMARD no biológico (1 de los cuales debe incluir metotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monoterapia: MTX, sulfasalazine (SSZ) o leflunomide (LEF)</li> <li>▪ Combinación: MTX+SSZ+hydroxychloroquine (HCQ), MTX+HCQ, MTX+LEF, MTX+SSZ, SSZ+HCQ</li> </ul> </li> <li>○ UN anti-TNF del formulario (Nota: los anti-TNF requieren PA)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Indefinida</p> <p><b>Requiere:</b> Mejora de al menos 20% de los síntomas</p> <p><b>Límites de cantidad:</b> 30 jeringas por 30 días</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Antagonistas muscarínicos de acción prolongada (LAMA)</b>	<b>Tudorza Pressair e Incruse Ellipta</b> son los agentes preferidos del formulario. <b>Spiriva</b> requiere terapia escalonada a través de ya sea Tudorza o Incruse para el tratamiento de la EPOC. Se requerirá autorización previa para recetas que no se procesan automáticamente en la farmacia.	<b>Aprobación inicial:</b> Indefinida
Spiriva HandiHaler Spiriva Respimat Anoro Ellipta Incruse Ellipta Tudorza Pressair	<b>Criterios para el uso de Spiriva Respimat para el asma:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 12 años de edad</li> <li>• El paciente actualmente usa un corticosteroide inhalado (ICS) y continuará usando un ICS cuando se inicie Spiriva</li> <li>• El paciente ha tenido una prueba y fracaso con al menos 2 agentes del formulario:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corticosteroide inhalado</li> <li>○ Corticosteroide inhalado con un agonista beta 2 de acción prolongada</li> <li>○ Montelukast o zafirlukast (zafirlukast requiere terapia escalonada)</li> </ul> </li> </ul> <p>NOTA: Spiriva HandiHaler, Tudorza e Incruse NO están aprobados por la FDA para el asma</p>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Opioides de acción prolongada</b> <sup>xxvi</sup></p> <p>Oxycontin Butrans en parche Exalgo Oxymorphone ER Zohydro ER Xartemis XR Nucynta ER</p>	<p><i>Nota: A las mujeres en edad reproductora se les debe asesorar sobre el uso de opioides durante el embarazo y el síndrome neonatal de abstinencia (neonatal abstinence syndrome) (NAS)</i></p> <p><b><u>Criterios STEP (escalonamiento) para oxymorphone ER:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento del dolor crónico</li> <li>• Al menos 18 años de edad</li> <li>• Fracaso con un mínimo de 2 pruebas de una semana de dosis máximas toleradas de al menos DOS opioides de acción prolongada del formulario (es decir, parche de fentanyl, morphine sulfate ER, methadone) O tener contraindicaciones para todos los agentes del formulario.</li> </ul> <p><b><u>Criterios para Oxycontin y opioides de acción prolongada fuera del formulario:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de dolor maligno y dolor debido a anemia drepanocítica (Oxycontin) <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento de dolor crónico no maligno: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al menos 18 años de edad</li> <li>○ Fracaso con un mínimo de 2 pruebas de una semana de dosis máximas toleradas de al menos TRES agentes de acción prolongada del formulario (es decir, parche de fentanyl, morphine sulfate ER, methadone, oxymorphone ER) uno de los cuales debe ser oxymorphone ER</li> <li>○</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento de neuropatía diabética periférica (Nucynta ER solamente): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al menos 18 años de edad</li> <li>○ Fracaso una prueba adecuada (al menos 4 semanas a dosis máximas toleradas) de duloxetine y tramadol y al menos UN medicamento adicional del formulario (es decir, gabapentin, amitriptyline, nortriptyline, o capsaicin tópico)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 1 año</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 1 año</p> <p>NOTA: Pueden existir Límites de cantidad</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Makena</b> <sup>xxvii</sup>	<p><b>Para los miembros que cumplen con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por, o en consulta con, un proveedor de atención obstétrica</li> <li>• La paciente está embarazada actualmente con gestación de feto único</li> <li>• La paciente tiene historia de parto prematuro espontáneo de feto único (es decir, alumbramiento de un bebé &lt; 37 semanas de gestación)</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Hasta 37 semanas de gestación</p> <p>Las inyecciones comienzan no antes de las 16 semanas, 0 días y a más tardar 23 semanas, 6 días</p>
<b>Multaq</b> <sup>xxviii</sup>	<p><b>Multaq será autorizado cuando sea recetado por, o en consulta con un cardiólogo. Si no es recetado por o en consulta con un cardiólogo, se debe cumplir lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico es fibrilación auricular</li> <li>• El paciente ha probado y fracasado con amiodarone</li> <li>• Restricción de edad: debe tener al menos 18 años de edad.</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Indefinida</p>
<b>Agentes para la esclerosis múltiple</b>	<p>Avonex, Betaseron, Extavia, Rebif, Copaxone, Gilenya, Glatopa, Mitoxantrone, Tecfidera, Aubagio, Tysabri</p> <p>Ver el documento detallado: <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/MSDiseaseModifyingAgentsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/MSDiseaseModifyingAgentsGuide.pdf</a></p>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Natroba, Sklice</b>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico e pediculosis capitis (piojos)</li> <li>• Fracaso de o contraindicación/intolerancia a al menos 2 agentes del formulario, tales como malathion, permethrin, pyrethrins-piperonyl butoxide, o Ulesfia</li> <li>• Restricción de edad: debe tener al menos 4 años de edad</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> X 1 vez (30 días)</p>
<p><b>Aglutinadores fosfatos sin base de calcio</b> <sup>xxx</sup></p> <p>Fosrenol Velphoro</p>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la hiperfosfatemia debido a ESRD</li> <li>• Recibir diálisis</li> <li>• Al menos 18 años de edad</li> <li>• Fracaso con Renvela o Renagel (sevelamer) Y fracasó con un aglutinador fosfato basado en calcio o tiene contraindicaciones para ambos. (Nota: Los pacientes con calcio sérico total elevado después de la corrección para albúmina no deben recibir un producto a base de calcio)</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p>
<p><b>Onychomycosis y Tinea</b> <sup>xxx</sup></p> <p>Luzu Jublia Kerydin</p>	<p><b>Luzu se puede aprobar como fuera del formulario para miembros que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento tópico de tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis.</li> <li>• Al menos 18 años de edad</li> <li>• Fracaso con O contraindicación para terbinafine en crema</li> <li>• Fracaso con al menos 1 agente antifúngico tópico adicional del formulario (es decir, clotrimazole, ciclopirox, econazole, ketoconazole, miconazole, etc.) O contraindicación para todos los agentes del formulario</li> </ul> <p><b>Jublia o Kerydin se puede aprobar como fuera del formulario para miembros que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de onicomycosis de las uñas de los pies con UNA de las comorbilidades siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetes</li> <li>○ VIH</li> <li>○ Inmunosupresión (es decir. recibir quimioterapia, tomar corticosteroides orales a largo plazo, tomar medicamento contra el rechazo)</li> <li>○ Enfermedad vascular periférica</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Luzu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 días</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b> Luzu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 días si responde a la terapia</li> </ul> <p>Jublia o Kerydin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 semanas</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolor causado por la onicomicosis</li> <li>● Al menos 18 años de edad</li> <li>● Fracaso con 2 O contraindicación para todos los agentes antifúngicos del formulario indicados para onicomicosis (es decir, ciclopirox, griseofulvin, itraconazole y terbinafine en comprimidos)</li> </ul>	
<p><b>Orencia</b> <sup>[viii]</sup></p>	<p><b>Criterios generales de autorización para todas las indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recetado por un reumatólogo</li> <li>● El paciente NO recibe otro DMARD biológico</li> <li>● El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> <li>● El paciente ha sido evaluado para TB latente y hepatitis B</li> </ul> <p><b>Además, puede ser autorizado para artritis reumatoide (RA) cuando se cumple lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>● Si el paciente tiene EPOC, el que receta confirma que el beneficio de usar Orencia sobrepasa el riesgo en el paciente</li> <li>● El paciente tiene enfermedad de actividad moderada o alta a pesar de una prueba adecuada de 3 meses de AMBOS de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 regímenes distintos con DMARD orales (1 de los cuales debe incluir metotrexato (MTX) a menos que esté contraindicado) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monoterapia: MTX, sulfasalazine (SSZ) o leflunomide (LEF)</li> <li>▪ Combinación: MTX+SSZ+hydroxychloroquine (HCQ), MTX+HCQ, MTX+LEF, MTX+SSZ, SSZ+HCQ</li> </ul> </li> <li>○ UN anti-TNF del formulario (Nota: los anti-TNF requieren PA)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Además, puede ser autorizado para artritis idiopática juvenil (JIA) cuando se cumple lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente tiene al menos 6 años de edad</li> <li>● La solicitud es para la formulación i.v.</li> <li>● Para JIA poliarticular GRAVE:</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 4 meses</p> <p><b><u>Renovaciones:</u></b> Indefinida</p> <p>Las renovaciones requieren mejora de al menos 20% de los síntomas</p>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente ha fracasado en una prueba adecuada de 3 meses de UN anti-TNF del formulario</li> <li>● Para JIA poliarticular MODERADA:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente ha fracasado en una prueba adecuada de 3 meses de MTX Y un anti-TNF del formulario</li> </ul> </li> <li>● Para JIA sistémico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente actualmente NO tiene características sistémicas ACTIVAS (es decir, fiebre, erupción cutánea fugaz, linfadenopatía, hepatomegalia, esplenomegalia o serositis)</li> <li>○ El paciente tiene sinovitis continua en &gt;1 articulación a pesar del tratamiento durante 3 meses con MTX o leflunomide y un anti-TNF del formulario</li> </ul> </li> </ul>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Otezla</b> <sup>xxxI</sup>	<p><b>Criterios para artritis psoriásica (PsA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un reumatólogo</li> <li>• El paciente actualmente recibe un NSAID y se continuará usando cuando se inicia Otezla O tiene una contraindicación para el uso de NSAID</li> <li>• El paciente tiene PsA activo (<math>\geq 3</math> articulaciones hinchadas/con dolor) a pesar de una prueba de 3 meses de dosis adecuada de MTX (o leflunomide o sulfasalazine si MTX está contraindicado)</li> </ul> <p><b>Criterios para psoriasis de placas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Recetado por, o en consulta con, un dermatólogo</li> <li>• Los síntomas no están controlados con terapia tópica</li> <li>• La enfermedad tiene un impacto significativo en el bienestar físico, psicológico o social</li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses con MTX o cyclosporine o tiene una contraindicación real a ambos</li> <li>• La psoriasis es grave y extensa (por ejemplo, más del 10% del área de superficie corporal afectada o una puntuación PASI de más de 10)</li> <li>• La fototerapia ha sido ineficaz, no se puede usar o ha resultado en recaída rápida (la recaída rápida se define como mayor que el 50% de la gravedad de referencia base de la enfermedad en un plazo de 3 meses)</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 4 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> 12 meses</p> <p><b><i>Requiere:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de al menos 20% de los síntomas</li> <li>• El paciente no está experimentando depresión y/o pensamientos suicidas.</li> <li>• El IMC del paciente es <math>\geq 18.5</math></li> </ul> <p><b><u>Límites de cantidad (después de la valoración inicial de 5 días):</u></b> 60 tabletas por 30 días</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>PCSK9's</b> <sup>xxxii</sup></p> <p>Repatha Praluent</p>	<p><b>Criterios para todos los pacientes e indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados actuales del panel de lípidos dentro de los últimos 90 días</li> <li>• Fracaso una prueba adecuada de 60 días de 2 estatinas de alta intensidad* (p. ej., atorvastatin <math>\geq</math> 40 mg y rosuvastatin <math>\geq</math> 20 mg) en dosis máximas toleradas y en combinación con otras terapias para disminuir los lípidos como Zetia (ezetimibe), secuestradores de ácido biliar o niacin</li> <li>• Se usará en combinación con dosis máximas toleradas de estatina* y otras terapias para disminuir los lípidos como Zetia (ezetimibe), secuestradores de ácido biliar o niacin o aféresis de LDL</li> </ul> <p><b>Criterios adicionales basándose en indicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ASCVD (para Repatha o Praluent):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay evidencia que respalda riesgo alto de CVD (es decir, historia de síndrome coronario agudo, historia de MI, angina estable o inestable, revascularización coronaria u otra (PCI/CABG), ataque cerebral, TIA, enfermedad arterial periférica (PAD) supuestamente de origen aterosclerótico)</li> <li>○ Resultados de análisis de laboratorio para respaldar un LDL <math>\geq</math> 70 mg/dL (tratado)</li> </ul> </li> <li>• <u>Hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH) (Para Repatha o Praluent):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay evidencia de UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LDL-C &gt; 190 mg/dL (edad <math>\geq</math> 18 años) ya sea pretratamiento o más alto en tratamiento y evidencia física de xantomas de tendón o evidencia de estas señales en un pariente de 1.<sup>er</sup> o 2.<sup>o</sup> grado</li> <li>▪ Evidencia basada en ADN de una mutación del receptor de LDL (LDLR), APO-B100 o mutación PCSK9 o</li> <li>▪ Resultados en los criterios de la red de lípidos de Who/Dutch con una puntuación de &gt; 8 puntos</li> </ul> </li> <li>○ Resultados de análisis de laboratorio para respaldar un LDL <math>\geq</math> 70 mg/dL en el tratamiento</li> </ul> </li> <li>• <u>Hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH) (Para Repatha solamente):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Confirmación genética de 2 alelos mutantes en LDLR, APO-B100 o PCSK9</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 3 meses</p> <p><b>Renovación:</b> 6 meses</p> <p><b>Requiere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados actuales del panel de lípidos dentro de los últimos 3 meses</li> <li>• Historia de reclamaciones para respaldar el cumplimiento o la adherencia</li> <li>• Reducción del LDL desde el valor de referencia base</li> </ul> <p><b>Restricción de edad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praluent: al menos 18 años de edad</li> <li>• Repatha para HeFH o ASCVD: al menos 18 años de edad</li> <li>• Repatha para HoFH o ASCVD: al menos 13 años de edad</li> </ul> <p><b>Límites de cantidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praluent: 2 jeringas por 28 días</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Historia de LDL no tratado a 500mg/dL o LDL 300mg/dL con dosificación máxima de estatina Y evidencia de UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presencia de xantoma cutáneo antes de 10 años de edad</li> <li>▪ HeFH en ambos padres</li> </ul> </li> <li>○ La reducción de LDL fue &lt;50% en terapia actual para disminuir los lípidos (estatina de alta intensidad + otro tratamiento)</li> </ul> <p>* La excepción a pruebas de terapia con estatina requiere documentación de intolerancia a al menos 2 estatinas (con al menos una prueba de una estatina de potencia moderada a alta). La documentación incluirá notas clínicas que respaldan que los síntomas músculoesqueléticos relacionados se resolvieron cuando se discontinuó la terapia con estatinas; y documentación de que al miembro se le ha reiniciado tratamiento con la estatina a una menor dosis o con una estatina distinta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Repatha (para ASCVD o HeFH): 2 jeringas por 28 días. Se puede incrementar a 3 (140mg) jeringas O 1 (420mg) jeringa por 28 días si LDL es &gt;70 después de la prueba inicial</li> <li>● Repatha (para HoFH): 3 (140mg) jeringas O 1 (420mg) jeringa por 28 días</li> </ul>
<b>Agentes para la hipertensión pulmonar</b>	<p>Adcirca, Adempas, epoprostenol, Letairis, Opsumit, Remodulin, Revatio (sildenafil), Tracleer, Tyvaso, Ventavis, Uptravi</p> <p><b>Vea el documento detallado:</b>  <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/PulmonaryHypertensionGuideline.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/PulmonaryHypertensionGuideline.pdf</a></p>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Inhibidores de plaquetas</b> <sup>xxxxiii</sup></p> <p>Effient Brilinta Zontivity</p>	<p><b>Effient o Brilinta se pueden aprobar para pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de ACS (angina inestable, STEMI, NSTEMI)</li> <li>• Fracaso o contraindicación/intolerancia a clopidogrel, incluso pacientes identificados como malos metabolizadores CYP2C19</li> <li>• Sin sangrado patológico activo, historia de hemorragia intracraneal o CABG planeado</li> <li>• <b>Además, para Effient:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad &lt;75 a menos que al paciente se le considere con alto riesgo tromboembólico</li> <li>○ Tomar 75-325mg/día de aspirina concomitante</li> <li>○ Sin historia de TIA o ataque cerebral</li> </ul> </li> <li>• <b>Además, para Brilinta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tomar 75-100mg/día de aspirina concomitante</li> <li>○ Sin trastorno hepático grave</li> <li>○ Sin uso concomitante con medicamentos que se sabe que interactúan con Brilinta (es decir, inhibidores/Inducidores potentes de CYP3A4 y simvastatin o lovastatin en dosis &gt;40mg/día) sin documentación del proveedor de que el beneficio sobrepasa el riesgo</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zontivity se puede aprobar para pacientes quienes cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado para la prevención secundaria de aterotrombosis en pacientes con PAD o historia de MI (medicamento NO indicado para ACS)</li> <li>• Se debe usar con aspirina y/o clopidogrel de acuerdo con el estándar de atención para el diagnóstico del paciente</li> <li>• Sin evidencia de contraindicaciones: historia de ataque cerebral, ataque isquémico transitorio (TIA) o hemorragia intracraneal (ICH); o sangrado patológico activo</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <p><b>Effient y Brilinta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 meses</li> <li>• Se puede dar aprobación indefinida a pacientes que tienen historia de trombosis por stent/estenosis</li> </ul> <p><b>Zontivity:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinida</li> </ul> <p><b><u>Renovaciones:</u></b></p> <p>Effient y Brilinta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 meses; requiere documentación del cardiólogo de que el riesgo de trombosis sobrepasa el riesgo de sangrado con uso prolongado de antiplaquetarios</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Promacta</b> <sup>xxxiv</sup>	<p><u>Púrpura trombocitopénica idiopática crónica (ITP):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 1 año de edad</li> <li>• El paciente tuvo insuficiente respuesta a corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía</li> <li>• Promacta se está usando para prevenir sangrado importante en un paciente con un recuento plaquetario de &lt;30,000/mm<sup>3</sup> y NO en un intento por llegar a recuentos de plaquetas en el rango normal, es decir, 150,000- 450,000/mm<sup>3</sup></li> </ul> <p><u>Hepatitis C con trombocitopenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• El paciente tiene hepatitis C crónica con trombocitopenia de referencia (recuento plaquetario &lt; 90,000/mm<sup>3</sup>) que previene iniciación de terapia basada en interferon cuando se requiere interferon</li> </ul> <p><u>Anemia aplásica grave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• El diagnóstico de anemia aplásica grave es confirmado por UNO de los siguientes:</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 4 semanas</p> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ITP (con aumento de PLT a <math>\geq 50,000</math>): Indefinido a la dosis actual.</li> <li>• ITP (sin aumento de PLT a <math>\geq 50,000</math>): 4 semanas adicionales con aumento de la dosis a 75mg.</li> <li>• HCV (con aumento de PLT a <math>\geq 90,000</math>): Duración de Peg- tratamiento INF</li> <li>• HCV (sin aumento de PLT a <math>\geq 90,000</math>): 4 semanas adicionales con un</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Biopsia de médula ósea que muestra &lt;25% de celularidad normal; O</li> <li>○ Biopsia de médula ósea que muestra &lt;50% de celularidad normal Y al menos DOS de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuento absoluto de neutrófilos &lt;500/mm<sup>3</sup></li> <li>▪ Recuento plaquetario &lt;20,000/mm<sup>3</sup></li> <li>▪ Recuento absoluto de reticulocitos &lt;40,000/mm<sup>3</sup> (se puede dar valor como porcentaje de RBC)</li> </ul> </li> <li>● La anemia no responde a un tratamiento de primera línea previo incluso trasplante de células hematopoyéticas o terapia inmunosupresora con una combinación de cyclosporine A y antithymocyte globulin (ATG)</li> </ul> <p><u>Cuándo discontinuar Promacta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Disminuir la dosis si PLT &gt;200,000 y parar si &gt;400,000.</li> <li>● ITP: Si PLT NO es ≥50,000 después de las 4 semanas de dosis de 75mg, discontinuar tratamiento.</li> <li>● HCV: Si PLT NO es &gt;90,000 después de las 8 semanas o en dosis máx. de 100mg, discontinuar tratamiento.</li> <li>● Anemia aplásica: Discontinuar si NINGUNO de los siguientes ocurre después de 16 semanas; 1) aumento de plaquetas en 20,000 por encima del valor de referencia base; 2) Recuentos plaquetarios estables con independencia de transfusión por ≥8 semanas; 3) aumento de hemoglobina en &gt;1.5 g/dL; 4) Disminución de ≥4 unidades de transfusiones de RBC por 8 semanas consecutivas; 5) Aumento al doble del ANC de referencia base o un aumento &gt;500.</li> </ul>	<p>aumento de dosis de 25mg cada 2 semanas hasta que las plaquetas sean ≥90,000 o a un máximo de 100mg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Anemia aplásica (con aumento de PLT a ≥50,000): Indefinido a la dosis actual.</li> <li>● Anemia aplásica (sin aumento de PLT a ≥50,000): Cada 4 semanas con un aumento de dosis de 50mg cada 2 semanas hasta que las PLT sean &gt;50,000 o a un máximo de 150mg.</li> </ul>
<p><b>Inhibidores de bombas de protones</b> <sup>xxxxv</sup></p> <p>Omeprazole Prilosec OTC</p>	<p><b>Omeprazole OTC, lansoprazole OTC y esomeprazole OTC son los agentes preferidos del formulario. Pantoprazole requiere terapia escalonada con al menos 2 de los agentes preferidos del formulario.</b></p> <p><b>Los PPI no preferidos se pueden autorizar cuando se cumplen los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueba y fracaso con al menos DOS PPI del formulario</li> <li>● Prueba y fracaso con al menos UN PPI del formulario en dosis diaria doble:</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> NF una vez al día:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indefinida</li> <li>● Dosis alta: 12 meses</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Lansoprazole Prevacid OTC Prevacid Solutab  Aciphex Sprinkle Rabeprazole  Pantoprazole  Esomeprazole Nexium suspensión Nexium OTC  Dexilant	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prilosec OTC 40mg</li> <li>○ Nexium OTC 40mg</li> <li>○ Prevacid OTC 60mg</li> </ul> <p><b>Los PPI de dosis alta se pueden autorizar cuando se cumplen los criterios siguientes:</b>            El proveedor debe presentar razones para dosis alta (p. ej., el paciente tiene respuesta insatisfactoria o parcial a dosis una vez al día, síntomas nocturnos, esofagitis erosiva grave, estenosis, Zollinger-Ellison) el paciente debe haber fracasado con Prilosec OTC 40mg, Nexium OTC 40mg y Prevacid OTC 60mg</p>	Dosis alta: 12 meses  <b>Requiere:</b> Respuesta a terapia y razones para dosis continua dos veces al día
<b>Ranexa</b> <sup>[vii]</sup>	<p><b>Para pacientes de 18 años de edad o mayores que cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de angina crónica</li> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ranexa se receta como terapia AÑADIDA después del fracaso en lograr el beneficio terapéutico con al menos 1 agente del formulario de CADA UNA de las siguientes 3 clases de medicamentos:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bloqueadores beta:</b> acebutolol, atenolol, carvedilol, metoprolol, nadolol, propranolol</li> <li>▪ <b>Bloqueadores de canales de calcio:</b> amlodipine, diltiazem, felodipine, isradipine, nifedipine, nicardipine, verapamil</li> <li>▪ <b>Nitratos de acción prolongada:</b> Isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate, parche de nitroglycerin</li> </ul> </li> <li>○ Tiene una contraindicación documentada o intolerancia a bloqueadores beta, bloqueadores de canales de calcio Y nitratos de acción prolongada</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b>            Indefinida</p>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Rectiv</b>	<p><b>Rectiv se puede aprobar cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente tiene un diagnóstico de dolor asociado con fisuras anales.</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 6 meses</p> <p><b>Renovación:</b> 1 año</p>
<b>Restasis</b> <sup>xxxvi</sup>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de queratoconjuntivitis Sicca (KCS – ojos secos) o Sjogren’s</li> <li>Falta de respuesta terapéutica a un producto OTC de lágrimas artificiales que contiene un ingrediente de alta viscosidad (propylene glycol o glycerin)</li> <li>Al menos 16 años de edad</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> Indefinida</p>
<b>Análogos de somatostatin</b>	<p>Octreotide, Sandostatin LAR, Signifor, Signifor LAR</p> <p>Vea el documento detallado: <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/SomatostatinAnalogGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/SomatostatinAnalogGuide.pdf</a></p>	
<b>Stelara</b> <sup>xxxvii</sup>	<p><b>Puede estar autorizado para psoriasis en placas cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>Recetado por un dermatólogo</li> <li>Los síntomas no están controlados con terapia tópica</li> <li>La enfermedad tiene un impacto significativo en el bienestar físico, psicológico o social</li> <li>El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses con MTX o cyclosporine o tiene una contraindicación real a ambos</li> <li>La psoriasis es grave y extensa (por ejemplo, más del 10% del área de superficie corporal afectada o una puntuación PASI de más de 10)</li> <li>La fototerapia ha sido ineficaz, no se puede usar o ha resultado en recaída rápida (recaída rápida</li> </ul>	<p><b>Aprobación inicial:</b> 6 meses</p> <p><b>Renovación:</b> 2 años, con notas clínicas que documentan una mejoría (p. ej., reducción en PASI, disminución de hinchazón /dolor en las articulaciones)</p> <p><b>NOTA:</b> Seguridad y eficacia de</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p>se define como mayor que el 50% de la gravedad de referencia base de la enfermedad en un plazo de 3 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses con al menos UN anti-TNF del formulario</li> </ul> <p><b>Puede estar autorizado para artritis psoriásica cuando se cumple con los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Recetado por un dermatólogo o reumatólogo</li> <li>• El paciente actualmente recibe un NSAID y se continuará usando cuando se inicie Stelara O tiene una contraindicación para el uso de NSAID</li> <li>• El paciente cumple con UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente tiene PsA activo a pesar de una prueba de 3 meses con dosis adecuadas de MTX (o leflunomide o sulfasalazine si MTX está contraindicado)</li> <li>○ El paciente tiene enfermedad predominantemente axial Y PsA activo a pesar de una prueba de 3 meses con DOS NSIAD distintos a una dosis adecuada O tiene una contraindicación para el uso de NSAID</li> </ul> </li> <li>• El paciente ha fracasado en una prueba de cumplimiento de 3 meses de al menos UN anti-TNF del formulario</li> </ul>	<p>ustekinumab no se ha establecido más allá de 2 años de uso</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Symlin <sup>xxxviii</sup>	<p><b>Para los pacientes que cumplen con todo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de DM tipo 1 o tipo 2</li> <li>• Recetado por, o en consulta con un endocrinólogo</li> <li>• El paciente tiene 18 años de edad o más</li> <li>• El paciente actualmente recibe insulina en bolo a la hora de las comidas (p. ej., Novolog, Humalog)</li> <li>• El paciente no logró el control de glucosa deseado con terapia óptima con insulina</li> <li>• El paciente no tiene ninguno de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de concientización de la hipoglucemia o episodios recurrentes de hipoglucemia</li> <li>○ Gastroparesis</li> <li>○ Diabetes mal controlada (p. ej., A1c &gt; 9%)</li> <li>○ Mala adherencia al régimen actual de insulina</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p>
Synagis <sup>xxxix</sup>	<p><b>Para pacientes en uno de los grupos siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3 meses de edad, o menores, al comienzo de la temporada de RSV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad gestacional (GA) 32 semanas 0 días a 34 semanas 6 días Y</li> <li>○ Uno de los siguientes factores de riesgo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ el bebé asiste a cuidado de niños, definido como un hogar o centro en el que se cuida de cualquier número de bebés o niños pequeños; O</li> <li>▪ 1 o más hermanos, u otros niños, menores de 5 años viven permanentemente en el mismo hogar</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>6 meses de edad, o menores, al comienzo de la temporada de RSV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GA 29 semanas a 31 semanas 6 días</li> </ul> </li> <li>• <b>12 meses de edad, o menores, al comienzo de la temporada de RSV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GA ≤ 28 semanas, O</li> <li>○ Bebés con anomalías congénitas significativas de las vías respiratorias o una condición neuromuscular que compromete el manejo de las secreciones de las vías respiratorias.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>1 dosis por mes hasta que el bebé cumple 3 meses de edad (máximo de 3 dosis):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los bebés con GA de 32 semanas 0 días a 34 semanas 6 días con al menos 1 factor de riesgo y que nacen menos de 3 meses antes del inicio o durante, la temporada de RSV.</li> </ul> <p><b>1 dosis por mes hasta un máximo de 5 dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebés &lt;2 años de edad con CLD que requieren terapia médica</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 años de edad, o menores, al comienzo de la temporada de RSV con todo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un diagnóstico de enfermedad pulmonar crónica de prematuridad (CLD), [antes conocida como displasia broncopulmonar o BPD]</li> <li>○ Ha requerido terapia médica con oxígeno suplementario, broncodilatador, terapia con diuréticos o crónica con corticosteroides para su CLD en un plazo de 6 meses antes de la temporada de RSV</li> </ul> </li> <li>• <b>2 años de edad, o menores, al comienzo de la temporada de RSV con todo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un diagnóstico de cardiopatía congénita crónica (CHD) cianótica o acianótica hemodinámicamente significativa*</li> <li>○ Está recibiendo medicamento para controlar insuficiencia cardíaca congestiva, tiene hipertensión pulmonar de moderada a grave o enfermedad cardíaca cianótica</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Y</b> <b>Sin contraindicaciones para la terapia:</b> Historia de una reacción fuerte previa a Synagis u otros componentes de este producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebés &lt;2 años de edad con CHD que requieren terapia médica</li> <li>• Bebés prematuros que nacen a GA ≤31 semanas 6 días</li> </ul> <p>Ciertos bebés con enfermedad neuromuscular o anomalías congénitas de las vías respiratorias</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>Agentes de testosterona</b> <sup>al</sup></p> <p><b>Preferidos:</b> Testosterona enanthate Testosterona cypionate Testosterona en gel Testosterona en paquetes</p> <p><b>Productos de marca no preferidos</b> Androderm Androgel Android Androxy Aveed Axiron Fortesta Methitest Natesto Striant Testopel Testred Vogelxo</p>	<p>Los agentes preferidos del formulario se autorizarán usando los criterios siguientes basándose en la indicación que se está tratando. Las solicitudes para agentes de marca también deben cumplir los criterios del medicamento de marca para aprobación.</p> <p><b><u>Criterios para el uso en hipogonadismo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmación de diagnóstico confirmado por dos mediciones separadas de testosterona sérica A.M. con resultados por debajo del rango normal según se evidenció con UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al menos un nivel bajo de testosterona total (debajo del rango normal para el laboratorio) CON FSH y/o LH elevados; <b>○</b></li> <li>○ Al menos dos niveles totales de testosterona que son menores que lo normal basándose en el rango de referencia del laboratorio CON al menos un nivel bajo de testosterona <u>libre</u> (debajo del rango normal para el laboratorio)</li> </ul> </li> <li>• El paciente presenta síntomas asociados con hipogonadismo tales como, pero sin limitarse, a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Molestia de los senos/ginecomastia; <b>○</b></li> <li>○ Pérdida de vello corporal (axilar y púbico), necesidad reducida de afeitado; <b>○</b></li> <li>○ Testículos muy pequeños (especialmente menos de 5 mL) o en encogimiento; <b>○</b></li> <li>○ Incapacidad de engendrar niños o recuento bajo/cero de esperma; <b>○</b></li> <li>○ Pérdida de estatura, fractura de trauma bajo, baja densidad mineral ósea; <b>○</b></li> <li>○ Bochornos, sudores; <b>○</b></li> <li>○ Otras señales y síntomas menos específicos que incluyen disminución de energía, estado de ánimo deprimido/distimia, irritabilidad, trastorno del sueño, mala concentración/memoria, disminución del rendimiento físico o en el trabajo.</li> </ul> </li> <li>• El paciente no tiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cáncer prostático metastásico</li> <li>○ Cáncer de seno</li> <li>○ Nódulo o induración prostática sin evaluación</li> <li>○ PSA &gt;4 ng/ml (&gt;3 ng/ml en personas con alto riesgo de cáncer de próstata, como</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses para hipogonadismo y demora de la pubertad</li> <li>• Indefinido para otras indicaciones</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b> <b><u>Demora de la pubertad:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> <li>• Requiere radiografía de la mano y la muñeca cada 6 meses para determinar la edad ósea y evaluar el efecto del tratamiento en los centros epifisarios.</li> </ul> <p><b><u>Hipogonadismo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinida</li> <li>• Requiere testosterona dentro del rango normal y/o mejora de síntomas</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<p>Afroamericanos u hombres con parientes de primer grado que tienen cáncer de próstata)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hematocrito &gt;50%</li> <li>○ Insuficiencia cardiaca congestiva no controlada o mal controlada</li> <li>○ Síntomas graves del tracto urinario inferior asociados con hipertrofia prostática benigna, según lo indica AUA/IPSS&gt;19</li> </ul> <p><b><u>Criterios para el uso en el enflaquecimiento asociado con el SIDA:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe cumplir con los criterios que se describen arriba para hipogonadismo con respecto a análisis de laboratorio y síntomas.</li> <li>• Hay documentación de apoyo nutritivo/ingesta calórica adecuada</li> <li>• Nota: El Director Médico realizará la revisión de los casos de hombres eugonádicos en base a cada caso en particular basándose en documentación clínica para respaldar necesidad médica.</li> </ul> <p><b><u>Criterios para el uso en la demora de la pubertad:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente es un varón adolescente</li> <li>• Se completó una radiografía de referencia base de la mano y la muñeca para determinar la edad ósea</li> </ul> <p><b><u>Criterios para el uso en el tratamiento paliativo del cáncer de seno no operable en mujeres:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por un oncólogo</li> </ul> <p><b><u>Criterios para el uso en transexualismo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente debe tener 18 años o más</li> <li>• Cambio de género de femenino a masculino</li> </ul>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Inhibidores tópicos de calcineurina</b> <sup>xii</sup>	<p><b>Elidel y tacrolimus están cubiertos para pacientes entre 2 y 10 años de edad.</b></p> <p>Para otros grupos de edad, Elidel y tacrolimus requieren terapia escalonada con corticosteroides tópicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si el paciente ha surtido 2 corticosteroides tópicos en los últimos 60 días, la receta se procesará automáticamente en la farmacia.</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Indefinida</p>
Elidel Tacrolimus	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Se requerirá autorización previa para las recetas que no se procesan automáticamente en la farmacia.</b> En esos casos, Elidel y tacrolimus se revisarán para el tratamiento de eczema o dermatitis atópica basándose en el área afectada que se está tratando: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuerpo/extremidades – autorizado después de prueba y fracaso o intolerancia a al menos 2 corticosteroides tópicos distintos del formulario.</li> <li>Cara – autorizado después de prueba y fracaso con un corticosteroide tópico de baja potencia del formulario</li> <li>Párpado u otra área sensible – autorizado sin prueba y fracaso con corticosteroides tópicos</li> </ul> </li> </ul> <p>NOTA: También se puede aprobar para vitíligo si se cumplen otros criterios</p>	
<p><b>Agentes tópicos de ácido hialurónico</b> <sup>xiii</sup></p> <p>Bionect HyGel Hylira XClair</p>	<p><b>Cuando se usan para el tratamiento de quemaduras, úlceras dérmicas, heridas, dermatitis por radiación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El que receta debe ser un dermatólogo</li> <li>El paciente debe tener al menos 18 años de edad</li> </ul> <p><b>Cuando se usan para el tratamiento de xerosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El que receta debe ser un dermatólogo</li> <li>Prueba y fracaso con ammonium lactate o un corticosteroide tópico</li> <li>El paciente debe tener al menos 18 años de edad</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> Quemaduras o dermatitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 renovaciones de agente genérico</li> </ul> <p>Xerosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 1,000 gramos de agente genérico equivalente para 30 días por tres meses</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b> 3 meses</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<p><b>NSAID Tópicos <sup>xiii</sup></b></p> <p>Diclofenac al 1% en gel Pennsaid Parche de Flector</p>	<p><b>Puede estar aprobado para adultos, de 18 años de edad y mayores, que cumplen los criterios siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofenac al 1% en gel: Diagnóstico de OA de la rodilla o mano</li> <li>• Pennsaid: Diagnóstico de OA de la rodilla</li> <li>• Historia de, o alto riesgo para, efectos gastrointestinales adversos asociados con uso de NSAID oral Y prueba y fracaso con celecoxib; <b>○</b></li> <li>• Alto riesgo para otros efectos adversos asociados con el uso de NSAID orales (es decir, CHF, insuficiencia renal, uso concomitante de litio); <b>○</b></li> <li>• Fracaso con DOS NSAID del formulario</li> </ul> <p>Nota: El parche de Flector está aprobado por la FDA solo para dolor agudo. Las solicitudes para parche de Flector para el dolor crónico se deben denegar. Si el paciente cumple con todos los otros criterios anteriores, ofrecer Diclofenac al 1% en gel o Pennsaid como alternativa.</p> <p><b>Los factores de riesgo que se correlacionan fuertemente con efectos GI adversos del uso de NSAID orales son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de GERD, sangrado gastrointestinal o úlcera</li> <li>• Uso crónico de esteroides orales</li> <li>• Uso actual de anticoagulante o antiplaquetario</li> <li>• 65 años de edad o mayor</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <p>Parche de Flector:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 mes</li> </ul> <p>Todos los otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 año</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <p>Parche de Flector:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 mes</li> </ul> <p>Todos los otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 año</li> </ul>



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Tabletas de tranexamic acid</b> <sup>xliv</sup>	<p><b>Criterios para el tratamiento de sangrado menstrual cíclico abundante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba y fracaso, intolerancia o contraindicación a NSAID orales</li> <li>• Prueba y fracaso, intolerancia o contraindicación a CUALQUIERA de los siguientes: combinaciones orales para control del ciclo hormonal, progesterona oral, Mirena, Depo Provera</li> <li>• Restricción de edad: 12 años de edad o mayores</li> </ul> <p>El tranexamic acid también se puede autorizar para el tratamiento de episodios de sangrado agudo en pacientes con hemofilia.</p>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 días para el sangrado menstrual</li> <li>• Indefinido para hemofilia</li> </ul> <p><b><u>Renovación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinida</li> </ul> <p><b><u>Límites de cantidad:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 tabletas por 30 días para el sangrado menstrual</li> <li>• 84 tabletas por 30 días para hemofilia</li> </ul>
<b>Vancomycin Oral</b> <sup>xlv</sup>	<p>NOTA: Debido a que vancomycin oral no se absorbe sistémicamente, no se debe usar para el tratamiento de infección sistémica.</p> <p><b>Vancomycin oral se puede aprobar para miembros que cumplen con lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de cultivo confirmado, enterocolitis causada por <i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA o MRSA); <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento de la diarrea asociada con infección por <i>C. difficile</i> (CDI): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para CDI leve a moderada en pacientes que: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son intolerantes/alérgicos a metronidazole; ○</li> <li>▪ Siguen sintomáticos después de 7 días de metronidazole cuando se ha confirmado CDI con análisis de laboratorio [p. ej., inmunoensayo enzimático de toxinas (EIA), amplificación de ácido nucleico (NAAT)]; ○</li> <li>▪ Están embarazadas o amamantando</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Dosis y duraciones de la aprobación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis estándar para adultos: 125mg QID durante 10 días</li> <li>• Dosis pediátrica: 40 mg/kg/día en 3 o 4 dosis divididas durante 7 a 10 días. La dosis diaria total no debería exceder 2 g</li> <li>• Para CDI complicada grave sin distensión abdominal significativa: 125mg cuatro veces al día con metronidazole i.v. Aprobar</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para un episodio inicial de CDI grave (WBC &gt; 15,000 <b>O</b> Scr &gt; 1.5x Normal)</li> <li>○ Para CDI complicada grave con hipotensión o shock, íleo o megacolon</li> <li>○ Para la primera recurrencia de CDI cuando fue previamente tratada con vancomycin si la CDI se ha confirmado con análisis de laboratorio [p. ej., inmunoensayo enzimático de toxinas (EIA), amplificación de ácido nucleico (NAAT)];</li> <li>○ Para la primera recurrencia de CDI grave, sin importar el agente previo usado</li> <li>○ Para la segunda recurrencia* de CDI que se ha confirmado con análisis de laboratorio [p.ej., inmunoensayo enzimático de toxinas (EIA), amplificación de ácido nucleico (NAAT)];               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se recomienda régimen de vancomycin pulsado</li> <li>▪ Se debe considerar trasplante de microbiota fecal después de fracaso con el régimen de vancomycin pulsado</li> </ul> </li> </ul>	<p>para la duración solicitada por el proveedor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para CDI complicada grave con íleo o colon tóxico y/o distensión abdominal significativa: 500mg orales cuatro veces al día con vancomycin rectal y metronidazole i.v. Aprobar para la duración solicitada por el proveedor</li> <li>● Enterocolitis estafilocócica: 500-2000mg por día en 3 o 4 dosis divididas durante 7 a 10 días.</li> </ul>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
<b>Viscosuplementos</b>	<p>Hyalgan, Gel-One</p> <p><b>Ver el documento detallado:</b>  <a href="https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/ViscosupplementsGuide.pdf">https://www.marylandphysicianscare.com/assets/pdf/providers/Prior%20Authorization/PA%20Detail%20Forms/ViscosupplementsGuide.pdf</a></p>	
<b>Xeljanz</b> <sup>[vii]</sup>	<p><b>Puede ser autorizado para artritis reumatoide (RA) cuando se cumple lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente tiene al menos 18 años de edad</li> <li>• Recetado por un reumatólogo</li> <li>• El paciente NO está usando un DMARD biológico o azathioprine o cyclosporine</li> <li>• El paciente está al día con todas las vacunas recomendadas</li> <li>• El paciente ha sido evaluado para TB latente y hepatitis B</li> <li>• El paciente tiene enfermedad de actividad moderada o alta a pesar de una prueba adecuada de 3 meses de AMBOS de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dos regímenes distintos con DMARD no biológico (1 de los cuales debe incluir metotrexate (MTX) a menos que esté contraindicado) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monoterapia: MTX, sulfasalazine (SSZ) o leflunomide (LEF)</li> <li>▪ Combinación: MTX+SSZ+hydroxychloroquine (HCQ), MTX+HCQ, MTX+LEF, MTX+SSZ, SSZ+HCQ</li> </ul> </li> <li>○ UN anti-TNF del formulario (Nota: los anti-TNF requieren PA)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b> 3 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b> Indefinida</p> <p>Las renovaciones requieren mejora de al menos 20% de los síntomas</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
Xolair <sup>®</sup> [X]	<p><b>Para el tratamiento de asma persistente moderada a grave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetado por, o después de consultar con un neumólogo o alergista/inmunólogo</li> <li>• 12 años de edad o mayor</li> <li>• Niveles de referencia de IgE entre 30-700 IU/ml</li> <li>• El peso es menos de 150 kg (330 lbs.)</li> <li>• Sensibilización alérgica demostrada mediante prueba cutánea positiva o pruebas <i>in vitro</i> para IgE específica a alérgenos a un alérgeno que está presente todo el año (un alérgeno perenne), como ácaros del polvo, caspa de animales, cucarachas o mohos</li> </ul>	<p><b><u>Aprobación inicial:</u></b>  <b>Asma:</b> 6 meses</p> <p><b>Urticaria crónica:</b> 3 meses</p> <p><b><u>Renovación:</u></b>  <b>Asma:</b> 1 año</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de enfermedad reversible (mejora del 12% o mayor en FEV<sub>1</sub> con al menos un aumento de 200-ml o mejoría del 20% o mayor in PEF como resultado de una prueba de estimulación con un broncodilatador de acción corta)</li> <li>• El paciente no debería estar fumando ni estar recibiendo activamente tratamiento para dejar de fumar</li> <li>• El paciente ha probado y fracasado con inmunoterapia convencional o la inmunoterapia no está indicada. (La inmunoterapia ha demostrado eficacia contra los ácaros del polvo, caspa de animales y polen pero no contra alergias a mohos y cucarachas).</li> <li>• Los síntomas de asma no están adecuadamente controlados con corticosteroides inhalados de <b>dosis alta</b> Y un agonista beta de acción prolongada (LABA) durante 6 meses <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El control Inadecuado se define como: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necesidad de uso de corticosteroides sistémicos (oral, parenteral) para tratar las exacerbaciones del asma; <b>O</b></li> <li>▪ Uso diario de medicamentos de rescate (agonistas beta 2 inhalados de acción corta); <b>O</b></li> <li>▪ 2 visitas al Departamento de emergencia o 1 hospitalización debido el asma en los últimos 12 meses; <b>O</b></li> <li>▪ 2-3 visitas no programadas al consultorio médico con documentación de cuidado intensivo para exacerbación aguda del asma; <b>O</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Requiere demostración de mejoría clínica (p. ej., ↓ uso de medicamentos de rescate o corticosteroides sistémicos, ↑ en FEV<sub>1</sub> desde la cantidad de referencia base previa al tratamiento, ↓ en número de visitas al Departamento de emergencias u hospitalizaciones) y cumplimiento con medicamentos controladores del asma y estatus de no fumador.</p> <p><b>Urticaria crónica:</b>  6 meses  Requiere demostración de control adecuado de los síntomas (p. ej., ↓ comezón)</p>

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Directrices para Autorización Previa	Requisitos	Duración de la aprobación si se cumplen los requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas nocturnos que ocurren más de una vez a la semana</li> </ul> <p><b>Para el tratamiento de urticaria crónica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas continuos o intermitentes presentes durante al menos 6 semanas.</li> <li>• Recetado por un alergista/inmunólogo o dermatólogo</li> <li>• 12 años de edad o mayor</li> <li>• Actualmente recibe terapia con antihistamínico H1</li> <li>• Fracaso de una prueba de cumplimiento de 4 semanas con al menos dos antihistamínicos H1 de dosis alta</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso de una prueba de cumplimiento de 4 semanas con al menos uno de los medicamentos siguientes (usado además de terapia con antihistamínico H1):             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inhibidor de leucotrienos (montelukast o zafirlukast)</li> <li>○ Antihistamínico H2 (ranitidine o cimetidine)</li> <li>○ Doxepin</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso de una prueba de cumplimiento de 4 semanas con cyclosporine de dosis baja (usado además de terapia con antihistamínico H1) o contraindicación para cyclosporine.</li> <li>• NOTA: Medicamentos antiinflamatorios (dapsone, sulfasalazine o hydroxychloroquine) pueden ser útiles para tratar la urticaria, sin embargo, la evidencia es limitada</li> </ul> <p><b>**Nota: Indicación no aprobada y no está cubierta para diagnóstico de rinitis alérgica o alergia alimentaria**</b></p>	

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

---

#### <sup>1</sup>Referencias para Actemra

1. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res.* 2013;65(10):1551-1563.
2. Actemra (tocilizumab) [package insert]. South San Francisco, CA; Genetec, Inc; Revised November 2014.
3. Kimura Y. Systemic juvenile idiopathic arthritis: Treatment. Waltham, MA: UptoDate; Last modified September 29, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search\\_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150](http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150). Accessed February 4, 2016.
4. Nigrovic PA. Cryopyrin-associated periodic syndromes and related disorders. Waltham, MA: UptoDate; Last modified December 10, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search\\_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23](http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23). Accessed February 4, 2016.
5. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2012;64(5):625-639.

#### <sup>2</sup>Referencias para Ampyra

1. Drug Facts and Comparisons on-line. ([www.drugfacts.com](http://www.drugfacts.com)), Wolters Kluwer Health, St. Louis, MO. Updated periodically
2. National Multiple Sclerosis Society Disease Management Consensus Statement-Recommendations from the MS Information Sourcebook; 2007 Update. National Multiple Sclerosis Society. Available at: <http://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Clinical-Care/Managing-MS>. Accessed on Sept 2, 2014

#### <sup>3</sup>Referencias para anticoagulantes inyectables

1. Drug Facts and Comparisons on-line. ([www.drugfacts.com](http://www.drugfacts.com)), Wolters Kluwer Health, St. Louis, MO. Updated periodically
2. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically.
3. PL Detail-Document, Comparison of Injectable Anticoagulants. Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter. August 2012,26(9):260902
4. Kahn SR., Lim W., Dunn AS., et al. Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines), *Chest* 2012; 141 (Suppl 2): e195S-e226S
5. Gould MK., Garcia DA., Wren SM., et al. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (Suppl 2): e227S-e277S
6. Falck-Ytter Y., Francis CW., Johanson NA., et al. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (Suppl 2): e278S-e325S
7. Douketis JD., Spyropoulos AC., Spencer FA., et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (Suppl 2): e326S-e350S
8. Kearon C., Akl EA., Comerota AJ., et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2\_suppl):e419S-e494S.
9. You JJ., Singer DE., Howard PA., et al. Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2\_suppl):e531S-e575S
10. Lansberg MG., O'Donnell MJ., Khatri P., et al. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2\_suppl):e601S-e636S.
11. Bates SM., Greer IA., Middeldorp S., et al. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

---

of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2\_suppl):e691S-e736S.

#### <sup>v</sup>Referencias para anticoagulantes orales:

1. Product monograph for Eliquis. Bristol-Myers Squibb Canada. Montreal, QC H4S 0A4. May 2015.
2. Product information for Xarelto. Janssen Pharmaceuticals, Inc. Titusville, NJ 08560. May 2015.
3. Product information for Pradaxa. Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. Ridgefield, CT 06877. May 2015.
4. PL Detail-Document, Comparison of Oral Anticoagulants. Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter. June 2014. Accessed May 2015.
5. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, et al. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (9th edition), Chest 2012; 141 (Suppl 2): e531S-e575S
6. Guyatt GH, Aki EA, Crowther M, et al. Executive summary: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141(Suppl 2):7S-47S.
7. Walter A, Gallus A, et al. Oral Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (9th edition), Chest 2012 (Suppl 2): e44s-e88s.
8. You JJ, Singer DE, Howard PA, et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141(Suppl 2):e531S-75.

#### <sup>v</sup>Referencias para los ARB

1. Gold Standard. (2010, April 9). Benicar. Tampa, Florida. Retrieved November 1, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=2750&sec=monindi&t=0>
2. Gold Standard. (2012, April 19). Tektuna. Tampa, Florida, USA. Retrieved November 1, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=3555&sec=monindi&t=0>
3. Gold Standard. (2014, May 29). Valsartan. Tampa, Florida, USA. Retrieved November 1, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=2119&sec=monindi&t=>
4. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.

#### <sup>vi</sup>Referencias para Cambia

1. Cambia [full prescribing information]. Newark, CA: Depomed Inc.; Revised 01/2014.
2. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The Acute Treatment of Migraines in Adults: The American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. Headache. 2015;55:3-20.

#### <sup>vii</sup>Referencias para Cialis

1. Gold Standard. (2014, March 7). Cialis. Tampa, Florida, USA. Retrieved November 3, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=2701&sec=monindi&t=0>
2. Walters Kluwer Health Inc. (2014, June 1). Cialis. St Louis, Missouri, USA. Retrieved November 3, 2014, from <http://online.factsandcomparisons.com/MonoDisp.aspx?monoID=fandc-hcp1415&quick=264475%7c5&search=264475%7c5&isstemmed=True&NDCmapping=-1&fromTop=true#firstMatch>
3. Cunningham GR, Kadmon D. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. Waltham, MA: UptoDate; Last modified October 8, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?source=search\\_result&search=benign+prostatic+hypertrophy&selectedTitle=1%7E150#H186693674](http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?source=search_result&search=benign+prostatic+hypertrophy&selectedTitle=1%7E150#H186693674). Accessed March 22, 2016.

#### <sup>viii</sup>Referencias para factores estimulantes de colonias

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

1. Infectious Disease Society of America: Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Available at: <http://news.idsociety.org/idsa/issues/2011-01-01/17.html> Accessed October 5, 2015.
2. Zarxio (filgrastim-sndz) [package insert]. Princeton, NJ: Sandoz Inc. December 2014.
3. Granix (tbo-filgrastim) [package insert]. North Wales, PA: Cephalon, Inc. July 2015.

#### \*Referencias para medicamentos para la fibrosis quística

1. Katkin, JP. Cystic fibrosis: Clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate, Mallory, GB (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on February 24, 2014.);
2. Simon, RH. Cystic fibrosis: Antibiotic therapy for lung disease. In: UpToDate, Mallory, GB (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on February 24, 2014.);
3. Tobi Podhaler [package insert]. East Hanover, NJ: Novartis Pharmaceuticals Corporation; 2013;
4. Cayston [package insert]. Foster City, CA: Gilead Sciences, Inc.; 2012;
5. Clinical Pharmacology [database online]. Tampa, FL: Gold Standard, Inc.; 2014. URL: <http://www.clinicalpharmacology.com>. Updated October, 2010;
6. Micromedex Healthcare Series. DRUGDEX System. Greenwood Village, CO: Truven Health Analytics, 2014. <http://www.thomsonhc.com/>. Accessed March 21, 2014;
7. Fakhoury, K; Kanu, A. Management of bronchiectasis in children without cystic fibrosis. In: UpToDate, Mallory, GB (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on March 21, 2014.).
8. Amorim, A. (2013). New advances in the therapy of non-cystic fibrosis bronchiectasis. Revista Portuguesa de Pneumologia, 19(6)(266), 266-275. Retrieved from <http://www.elsevier.pt/en/revistas/revista-portuguesa-pneumologia-320/artigo/new-advances-in-the-therapy-of-non-cystic-fibrosis-90251782>
9. Mogayzel P, Naureckas E, Robinson K, et al. Cystic fibrosis pulmonary guidelines. Chronic medications for maintenance of lung health. Am J Respir Crit Care Med. 2013 Apr 1;187(7):680-9.
10. Pulmozyme [package insert]. San Francisco, CA: Genentech, Inc.; 2014;
11. Kalydeco [package insert]. Boston, MA: Vertex Pharmaceuticals Incorporated; 2015;
12. Tobi-tobramycin solution [package insert]. East Hanover, NJ: Novartis Pharmaceuticals Corporation; 2014;
13. Bethkis-tobramycin solution [package insert]. Cary, NC: Chiesi USA, Inc.; 2014;

#### \*Referencias de Daliresp

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015. Available from: <http://www.goldcopd.org>

#### \*Referencias para Daraprim

1. Gandhi RT. Toxoplasmosis in HIV-infected patients. Waltham, MA: UpToDate; Last modified September 21, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-hiv-infected-patients?source=search\\_result&search=daraprim&selectedTitle=6%7E47](http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-hiv-infected-patients?source=search_result&search=daraprim&selectedTitle=6%7E47) Accessed September 25, 2015.
2. Thomas CF, Limper AH. Treatment and prevention of Pneumocystis pneumonia in non-HIV-infected patients. Waltham, MA: UpToDate; Last modified January 6, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-pneumonia-in-non-hiv-infected-patients?source=search\\_result&search=pneumocystis&selectedTitle=4%7E150](http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-pneumonia-in-non-hiv-infected-patients?source=search_result&search=pneumocystis&selectedTitle=4%7E150) Accessed September 25, 2015.
3. Sax PE. Treatment and prevention of Pneumocystis infection in HIV-infected patients. Waltham, MA: UpToDate; Last modified August 27, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-infection-in-hiv-infected-patients?source=search\\_result&search=pneumocystis&selectedTitle=2%7E150#H2384560994](http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-infection-in-hiv-infected-patients?source=search_result&search=pneumocystis&selectedTitle=2%7E150#H2384560994) Accessed September 25, 2015.

#### \*Referencias para inhibidores directos de renina

1. Gold Standard. (2011, January 14). Aliskiren; Amlodipine; Hydrochlorothiazide. Tampa, Florida, USA. Retrieved March 20, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
2. Gold Standard. (2012, February 1). Aliskiren; Amlodipine. Tampa, Florida, USA. Retrieved March 20, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
3. Gold Standard. (2010, February 12). Aliskiren; Hydrochlorothiazide. Tampa, Florida, USA. Retrieved March 20, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
4. Gold Standard. (2013, September 18). Aliskiren. Tampa, Florida, USA. Retrieved March 20, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
5. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.

#### <sup>xiii</sup> Referencias para Duavee

1. Duavee® [package insert] 10/2013. Philadelphia, PA: Wyeth Pharmaceuticals Inc.
2. Gold Standard, Inc. (2014, September 29). Duavee. Clinical Pharmacology [database online]. Retrieved from <http://www.clinicalpharmacology.com>
3. Daily Med [Internet database]. NIH U.S. National Library of Medicine. Duavee. Bethesda, MD. Updated 26 Nov. 2012.
4. Cosman, F., de Beur, S.J., LeBoff, M.S., et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis International*. 24 Jun. 2014.

#### <sup>xiv</sup> Referencias para agonistas de GnRH

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of endometriosis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Jul. (ACOG practice bulletin; no. 1114). Available at : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=16327>
2. Gold Standard, Inc. Eligard, Lupron, Synarel and Supprelin. Clinical pharmacology [database online] Available at <http://www.clinicalpharmacology.com> Accessed Jun 2013.
3. Gold Standard, Inc. Trelstar, Zoladex, and Vantas. Clinical pharmacology [database online] Available at <http://www.clinicalpharmacology.com> Jun 2013.
4. Kaplowitz, MD, PhD, Paul B. Precocious Puberty. emedicine [database online] Available at <http://emedicine.medscape.com/article/924002-overview> Accessed April 6, 2010.
5. Lupron Depot [Prescribing Information]: AbbVie Inc., North Chicago, IL; Jan 2013. [http://www.rxabbvie.com/pdf/lupron3month11\\_25mg.pdf](http://www.rxabbvie.com/pdf/lupron3month11_25mg.pdf) and [http://www.rxabbvie.com/pdf/lupron3\\_75mg.pdf](http://www.rxabbvie.com/pdf/lupron3_75mg.pdf). Accessed Jun 2013
6. Lupron Depot Ped [Prescribing Information]: AbbVie Inc., North Chicago, IL; April 2013. <http://www.rxabbvie.com/pdf/lupronpediatric.pdf>. Accessed Jun 2013
7. Supprelin LA [Prescribing Information]: Endo Pharmaceuticals Inc., Malvern, PA; April, 2013. <http://www.endo.com/File%20Library/Products/Prescribing%20Information/supprelinla.pdf>. Accessed Jun 2013;
8. Synarel [Prescribing Information]: Pfizer; New York, NY; Jan 2012. [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2012/019886s030lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/019886s030lbl.pdf). Accessed June 2013
9. Eligard [Prescribing Information]: Bridgewater, NJ: Sanofi-Aventis US LLC; Feb 2013. <http://products.sanofi.us/eligard/eligard.html>. Accessed June 2013
10. Zoladex [Prescribing Information]: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, Wilmington DE. 6/2013. [http://www1.astrazeneca-us.com/pi/zoladex3\\_6.pdf](http://www1.astrazeneca-us.com/pi/zoladex3_6.pdf) and [http://www1.astrazeneca-us.com/pi/zoladex10\\_8.pdf](http://www1.astrazeneca-us.com/pi/zoladex10_8.pdf); Accessed Jun 2013.
11. Vantas [Prescribing Information]: Endo Pharmaceuticals Inc., Malvern, PA; Rev Apr 2013. <http://www.endo.com/File%20Library/Products/Prescribing%20Information/vantas.pdf>. Accessed Jun 2013
12. Trelstar [Prescribing Information]: Watson Pharma, Inc., Parsippany, NJ; Mar 2013. [http://pi.actavis.com/data\\_stream.asp?product\\_group=1684&p=pi&language=E](http://pi.actavis.com/data_stream.asp?product_group=1684&p=pi&language=E) Accessed Jun 2013
13. ACOG Updates Guideline on Diagnosis and Treatment of Endometriosis. <http://www.aafp.org/afp/2011/0101/p84.html>. accessed 8/23/12
14. National Guideline Clearing House Management of Endometriosis. Available <http://guidelines.gov/content.aspx?id=16327>; accessed 8/23/12
15. National Guideline Clearing House Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyoma. <http://guidelines.gov/content.aspx?id=13318>; accessed 8/23/12 for fibroids
16. Schenken, RS: Treatment of endometriosis. In UpToDate, Barbieri, RL (Ed), UpToDate, Waltham, MA, Jan 2013.
17. Saenger, P: Treatment of precocious puberty. In UpToDate, Snyder, PJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA, April 2013.
18. ESHRE Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. <http://guidelines.endometriosis.org/concise-pain.html>; Accessed 8/23/2012
19. Pain Management of Endometriosis. [http://www.acog.org/About\\_ACOG/News\\_Room/News\\_Releases/2010/Pain\\_Management\\_of\\_Endometriosis](http://www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2010/Pain_Management_of_Endometriosis). Accessed 8/23/2012
20. Dysfunctional Uterine Bleeding: <http://emedicine.medscape.com/article/257007-medication#8>. Accessed 9/7/2012
21. NCCN Prostate Cancer Treatment Guidelines for Patients: <http://www.psa-rising.com/download/nccnguidelines.pdf>. Accessed 9/7/12

#### <sup>xv</sup> Referencias para Hetlioz

1. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically.
2. Hetlioz™ [package insert]. Washington, D.C.: Vanda Pharmaceuticals, Inc.; January 2014

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

3. Vanda Pharmaceuticals. Efficacy and Safety of Tasimelteon Compared With Placebo in Totally Blind Subjects With Non-24-Hour Sleep-Wake Disorder. In: ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 2000- [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01163032> NLM Identifier: NCT01163032.

#### <sup>xvii</sup> Referencias para HP Acthar

6. H.P. Acthar (corticotropin) [package insert]. Hazelwood, MO; Mallinckrodt ARD Inc; Revised January 2015.
7. Olek MJ. Treatment of acute exacerbations of multiple sclerosis in adults. Waltham, MA. UpToDate. Last modified. July 14, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-exacerbations-of-multiple-sclerosis-in-adults?source=search\\_result&search=multiple+sclerosis&selectedTitle=8%7E150](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-exacerbations-of-multiple-sclerosis-in-adults?source=search_result&search=multiple+sclerosis&selectedTitle=8%7E150). Accessed August 11, 2015

#### <sup>xviii</sup> Referencias para medicamentos para la hiperlipidemia

1. Berglund L, et al. Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012; 97(9): 2969–2989.
2. Cuchel M, et al. Homozygous familial hypercholesterolaemia: new insights and guidance for clinicians to improve detection and clinical management. A position paper from the Consensus Panel on Familial Hypercholesterolaemia of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J. 2014;
3. Goldberg AC, et al. Familial Hypercholesterolemia: Screening, diagnosis and management of pediatric and adult patients Clinical guidance from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol. 2011;(5):S1-S8.
4. Jacobson TA, et al. National lipid association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: Part 1 – executive summary. J Clin Lipidol. 2014;8:473-488.
5. Robinson JG. Management of familial hypercholesterolemia: a review of the recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Manag Care Pharm. 2013;19(2):139-49.
6. Stone NJ, et al. 2013 ACC/AHA blood cholesterol guideline. Circulation. 2013;
7. Watts GF, et al. Integrated guidance on the care of familial hypercholesterolaemia from the International FH Foundation. Int J Cardiol. 2014;
8. Crestor® [package insert]. Wilmington, DE: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Revised June 2015.
9. Epanova® [package insert]. Wilmington, DE: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Revised September 2014.
10. Juxtapid® [package insert]. Cambridge, MA: Aegerion Pharmaceuticals, Inc.; Revised April 2015.
11. Kynamro® [package insert]. Cambridge, MA: Genzyme Corporation; Revised April 2015.
12. Livalo® [package insert]. Indianapolis, IN: Eli Lilly and Company; Revised August 2011.
13. Lovaza® [package insert]. RTP, NC: GlaxoSmithKline; Revised September 2014.
14. Vascepa® [package insert]. Bedminster, NJ: Amarin Pharmaceuticals; Revised May 2014.
15. Zetia® [package insert]. Whitehouse Station, NJ: Merck & Co., Inc.; Revised September 2013.

#### <sup>xix</sup> Referencias para agentes para fibrosis pulmonar idiopática

1. Esbriet [package insert]. Brisbane, CA: InterMune, Inc.; 2014.
2. National Clinical Guideline Centre. Idiopathic pulmonary fibrosis. The diagnosis and management of suspected idiopathic pulmonary fibrosis. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 Jun. 32 p. (Clinical guideline; no. 163).
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pirfenidone for treating idiopathic pulmonary fibrosis. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 Apr. 66 p.
4. Raghu G, Collard HR, Egan JJ et al. for the ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 788-824.
5. Ofev [package insert]. Ridgefield, CT: Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.; Revised October 2014.

#### <sup>xx</sup> Referencias para Ilaris

8. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res.* 2013;65(10):1551-1563.

9. Ilaris (canakinumab) [package insert]. East Hanover, NJ; Novartis Pharmaceuticals Corporation; Revised October 2014.
10. Kimura Y. Systemic juvenile idiopathic arthritis: Treatment. Waltham, MA: UptoDate; Last modified September 29, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search\\_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150](http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150). Accessed February 4, 2016.
11. Nigrovic PA. Cryopyrin-associated periodic syndromes and related disorders. Waltham, MA: UptoDate; Last modified December 10, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search\\_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23](http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23). Accessed February 4, 2016.

#### <sup>xxx</sup> Referencias para antagonistas de IL-17:

1. Cosentyx (secukinumab) [package insert]. East Hanover, NJ; Novartis Pharmaceuticals Corporation; January 2015.
2. Feldman SR. Treatment of psoriasis. Waltham, MA: UptoDate; Last modified July 13, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search\\_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42). Accessed September 25, 2015.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psoriasis: the assessment and management of psoriasis. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Oct. 61 p. (NICE clinical guideline; no. 153).

#### <sup>xxx</sup> Referencias para antagonistas del receptor de Integrin

1. Terdiman JP, Gruss CB, Heidelbaugh JJ, Sultan S, Falck-Ytter YT. American gastroenterological association institute guideline on the use of thiopurines, methotrexate, and anti-TNF- $\alpha$  biologic drugs for the induction and maintenance of remission in inflammatory crohn's disease. *Gastroenterol.* 2013;145:1459-1463.
2. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:501-523.
3. Farrell RJ, Peppercorn MA. Overview of the medical management of severe or refractory Crohn disease in adults. Waltham, MA: UpToDate; Last modified June 10, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-medical-management-of-severe-or-refractory-crohn-disease-in-adults?source=search\\_result&search=crohns&selectedTitle=2%7E150](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-medical-management-of-severe-or-refractory-crohn-disease-in-adults?source=search_result&search=crohns&selectedTitle=2%7E150) Accessed October 1, 2015
4. Cohen RD., Stein AC. Approach to adults with steroid-refractory and steroid-dependent ulcerative colitis. Waltham, MA: UpToDate; Last modified July 2015. [http://www.uptodate.com/contents/approach-to-adults-with-steroid-refractory-and-steroid-dependent-ulcerative-colitis?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-adults-with-steroid-refractory-and-steroid-dependent-ulcerative-colitis?source=see_link) Accessed August 11, 2015.
5. Peppercorn MA., Farrell RJ. Management of severe ulcerative colitis. Waltham, MA: UpToDate; Last modified July 2015. [http://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-ulcerative-colitis?source=search\\_result&search=ulcerative+colitis&selectedTitle=2%7E150](http://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-ulcerative-colitis?source=search_result&search=ulcerative+colitis&selectedTitle=2%7E150) Accessed August 11, 2015

#### <sup>xxx</sup> Referencias para Interferon:

1. American Association for the Study of Liver Diseases. (2014, August 11). Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. Retrieved September 13, 2014, from American Association for the Study of Liver Diseases and the Infectious Diseases Society of America: <http://www.hcvguidelines.org/fullreport>
2. Gold Standard, Inc. (2013, October 13). Interferon Gamma-1b. Clinical Pharmacology. Tampa, FL, USA. Retrieved September 13, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
3. Gold Standard, Inc. (2014, April 22). Interferon Alfa-2b. Clinical Pharmacology. Tampa, FL, USA. Retrieved from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
4. Gold Standard, Inc. (2014, April 22). Interferon Alfacon-1. Clinical Pharmacology. Tampa, FL, USA. Retrieved from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
5. Gold Standard, Inc. (2014, August 18). Peginterferon Alfa-2b. Clinical Pharmacology. Tampa, FL, USA. Retrieved September 13, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
6. Lok, A. S., & McMahon, B. J. (2009, September). Chronic Hepatitis B: Update 2009. Retrieved September 14, 2014, from American Association for the Study of Liver Diseases: [www.aasld.org](http://www.aasld.org)
7. Rosenzweig, S. D., & Holland, S. M. (2014, January 24). Chronic granulomatous disease: Treatment and prognosis. Retrieved September 13, 2014, from Up To Date: <http://www.uptodate.com>
8. Schering Corporation. (2014, August). Infergen. Whitehouse Station, NJ, USA.

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

9. Sosman, J. A. (2014, June 10). Adjuvant immunotherapy for melanoma. Retrieved September 13, 2014, from Up To Date: <http://www.uptodate.com>
10. Tallman, M. S. (2014, February 13). Treatment of hairy cell leukemia. Retrieved September 13, 2014, from Up To Date: <http://www.uptodate.com>
11. The NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases ~ National Resource Center. (2012, December). Osteopetrosis Overview. Retrieved from [http://www.niams.nih.gov/health\\_info/bone/](http://www.niams.nih.gov/health_info/bone/)
12. Thomson Micromedex. (2014, August 08). DRUGDEX System. Retrieved September 1, 2015, from Interferon Gamma: <http://www.thomsonhc.com>
13. Aetna.com. Clinical Policy Bulletin: Interferon. Last reviewed 6/16/2015 Available at: . [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400\\_499/0404.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400_499/0404.html) accessed August 29, 2015
14. Clinical Pharmacology Online. Tampa, FL. Gold Standard Inc. Updated periodically; accessed August 28, 2015. <http://www.clinicalpharmacology-ip.com>
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. *MMWR*. 2010;59:1

#### <sup>xxvii</sup> Referencias para productos intravaginales de progesterona

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, Practice Bulletin: Prediction and Prevention of Preterm Birth. *Obstetrics & Gynecology*. Oct 2012; 120;4: 964-973.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (NG25): NICE guideline. 20 Nov. 2015.
3. O'Brien, J.M., DeFranco, E.A., Adair, C.D., Lewis, D.F., Hall, D.R., How, H., Bsharat, M., and Creasy, G.W. Effect of progesterone on cervical shortening in women at risk for preterm birth: secondary analysis from a multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34:653-659.
4. Coomarasamy, A., Williams, H., Truchanowicz, E., et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages. *N Engl J Med*. 2015;373:2141-8.

#### <sup>xxviii</sup> Invokana

1. Gold Standard, Inc. Invokana. Clinical Pharmacology [database online]. Available at: <http://www.clinicalpharmacology.com>. Accessed Mar 24, 2014.
2. Invokana™, canagliflozin. Jansen Pharmaceuticals, Inc., Titusville, NJ 08560. October, 2013. <http://www.invokana.com/prescribing-information.pdf>. Accessed March 24, 2014.
3. Facts & Comparisons eAnswers. Drug Facts and Comparisons. Indianapolis, IN: Wolters Kluwer Health; 2013. <http://online.factsandcomparisons.com/>. Accessed March 24, 2014

#### <sup>xxix</sup> Referencias para Kineret

12. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res*. 2013;65(10):1551-1563.
13. Kineret (anakinra) [package insert]. Stockholm, Sweden; Swedish Orphan Biovitrum AB; Revised November 2013.
14. Kimura Y. Systemic juvenile idiopathic arthritis: Treatment. Waltham, MA: UpToDate; Last modified September 29, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search\\_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150](http://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search_result&search=juvenile+idiopathic+arthritis&selectedTitle=3%7E150). Accessed February 4, 2016.
15. Nigrovic PA. Cryopyrin-associated periodic syndromes and related disorders. Waltham, MA: UpToDate; Last modified December 10, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search\\_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23](http://www.uptodate.com/contents/cryopyrin-associated-periodic-syndromes-and-related-disorders?source=search_result&search=Cryopyrin-Associated+Periodic+Syndromes&selectedTitle=1%7E23). Accessed February 4, 2016.
16. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(5):625-639.

#### <sup>xxx</sup> Referencias para opioides de acción prolongada

1. Clinical Pharmacology [database online]. Tampa, FL: Gold Standard, Inc.; 2014. URL: <http://www.clinicalpharmacology.com>. Updated October, 2013.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Neuropathic pain - pharmacological management. The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 Nov. 41 p. (Clinical guideline; no. 173).

#### <sup>xxxi</sup> Referencias para Makena

1. Makena (17- hydroxyprogesterone caproate) [package insert]. St. Louis, MO: Ther-Rx Corporation; Feb 2011.
2. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med*. 2003;348(24):2379-85.

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

3. Makena [Daily Med]. NIH, U.S. National Library of Medicine. Updated 28 Feb. 2015. Accessed 25 Feb. 2016.

#### <sup>xxxxi</sup> Referencias para Multaq

1. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically.
2. Drug Facts and Comparisons on-line. (www.drugfacts.com), Wolters Kluwer Health, St. Louis, MO. Updated periodically
3. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2001 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation). J Am Coll Cardiol 2006; 48:e14
4. MULTAQ Dronedarone tablets prescribing information products.sanofi.us/Multaq/Multaq.pdf.

#### <sup>xxxxii</sup> Referencias para aglutinadores a base de fosfatos sin calcio

1. Gold Standard. (2014, April 21). Velporo. Tampa, Florida, USA. Retrieved 19 December, 2014, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=2575&sec=monindi&t=0>
2. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Bone Metabolism and Disease in Chronic Kidney Disease: Am J Kidney Dis. 2003 Oct;42(4):s1-s201

#### <sup>xxxxiii</sup> Referencias para onicomicosis y tinea (tiña)

1. El-Gohary M, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Burgess H, Doney L, Stuart B, Moore M, Little P. Topical antifungal treatments for tinea cruris and tinea corporis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD009992. DOI: 10.1002/14651858.CD009992.pub2.
2. Bell-Syer SEM, Khan SM, Torgerson DJ. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD003584. DOI: 10.1002/14651858.CD003584.pub2.
3. Luzu [Prescribing Information]. Bridgewater, NJ: Valeant Pharmaceuticals North America LLC; June 2014.
4. Luzu [Prescribing Information]. Bridgewater, NJ: Valeant Pharmaceuticals North America LLC; February 2015
5. Rodgers P, Bassler M. Treating onychomycosis. Am Fam Physician. 2001;63:663-672
6. Facts and Comparisons. (2014, September 1). St Lois, Missouri, USA.
7. Gold Standard, Inc. (2013, November 20). Luzu. Retrieved April 08, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology.com>: <http://www.clinicalpharmacology.com>
8. Gold Standard, Inc. (2015, 01 27). Jublia. Retrieved April 08, 2015, from [www.clinicalpharmacology.com](http://www.clinicalpharmacology.com): <http://www.clinicalpharmacology.com>

#### <sup>xxxxiv</sup> Referencias para Orenzia:

1. Orenzia (abatacept) [package insert]. Princeton, NJ: Bristol-Myers Squibb Company; Revised June 2015.
2. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2012;64(5):625-639.
3. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res.* 2013;65(10):1551-1563.
4. Weiss PF. Polyarticular juvenile idiopathic arthritis: Clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UptoDate; Last modified September 29, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/polyarticular-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search\\_result&search=juvenile+arthritis&selectedTitle=8%7E150](http://www.uptodate.com/contents/polyarticular-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment?source=search_result&search=juvenile+arthritis&selectedTitle=8%7E150) Accessed October 5, 2015.

#### <sup>xxxxv</sup> Referencias para Otezla

17. Otezla (apremilast) [package insert]. Summit, NJ; Celgene Corporation; Revised December 2015.
18. Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum*

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Dis. 2012;71:4-12.

19. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psoriasis: the assessment and management of psoriasis. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Oct. 61 p. (NICE clinical guideline; no. 153).
20. Feldman SR. Treatment of psoriasis. Waltham, MA: UpToDate; Last modified July 13, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search\\_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42). Accessed September 25, 2015.

#### xxxx Referencias para PCSK9

4. Repatha [Prescribing Information]. Thousand Oaks, CA: Amgen Inc.; Aug 2015
5. Praluent [Prescribing Information]. Bridgewater, NJ,: Regeneron and Sanofi Aventis LLC; Oct 2015
6. Stone, NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013; doi:10.1016/j.jacc.2013.11.002.
7. Management of familial hypercholesterolemia <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=16222>  
<http://www.google.com/url?url=http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx%3Fid%3D16222&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=RJSUVf2bDsuTyATgvoHwAw&ved=0CEAQFjAG&usq=AfQjCNEp9VnIHhpJLov4D4IQgRPWnuQLQ>
8. Cuchel M, Bruckert E, Ginsberg HN, et al. [Homozygous familial hypercholesterolaemia: new insights and guidance for clinicians to improve detection and clinical management. A position paper from the Consensus Panel on Familial Hypercholesterolaemia of the European Atherosclerosis Society](#). *Eur Heart J*. 2014 Aug 21;35(32):2146-57. doi: 10.1093/eurheartj/ehu274. Epub 2014 Jul 22.

#### xxxxx Referencias para inhibidores plaquetarios:

1. Gordon H. Guyatt, MD, FCCP, Elie A. Akl, MD, PhD, MPH, et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST Journal* February 2012; 141(2\_suppl)
2. Simons, Michael. "Antiplatelet agents in acute non-ST elevation acute coronary syndromes." UpToDate. <http://www.uptodate.com> (accessed March 24, 2014).
3. Cutlip, Donald. "Antithrombotic therapy for percutaneous coronary intervention: General Use." UpToDate. <http://www.uptodate.com> (accessed March 24, 2014).
4. Lincolff, Michael A. "Antiplatelet agents in acute ST elevation myocardial infarction." UpToDate. <http://www.uptodate.com> (accessed March 24, 2014).
5. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically
6. Effient (prasugrel) package insert. Indianapolis, IN: Eli Lilly and Company
7. Brilinta (ticagrelor) package insert. Wilmington, DE:AstraZeneca LP
8. (O'Gara, Kushner, & Ascheim, 2013)
9. Amsterdam EA, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation
10. Acute Coronary Syndromes: Executive Summary. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(24):e139-228.
11. Eikelboom JW, Hirsh J, Spencer FA, Baglin TP, Weitz JI. Antiplatelet drugs: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST Journal* February 2012; 141 (2)(Suppl):e89S–e119S
12. Weitz JI, Eikelboom JW, Samama MM. New Antithrombotic Drugs: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST Journal* February 2012; 141 (2)(Suppl) :e120S–e151S
13. Zontivity (vorapaxar) package insert.

#### xxxxx Referencias para Promacta

1. Promacta [package insert]. Research Triangle Park, NC: GlaxoSmithKline; Revised June 2015.
2. Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, Solberg L, Crowther MA. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*.

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

2011;117(16):4190-4207.

- Schrier SL. Aplastic anemia: Pathogenesis; clinical manifestations; and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate; Last modified November 11, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/aplastic-anemia-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search\\_result&search=aplastic+anemia&selectedTitle=1%7E150#H21](http://www.uptodate.com/contents/aplastic-anemia-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=aplastic+anemia&selectedTitle=1%7E150#H21) Accessed March 30, 2016.
- Judith C. W. Marsh, e. a. (2009). Guidelines for the diagnosis and management of aplastic. *British Journal of Hematology*.
- Marsh, J. R. (2010). *Aplastic Anemia: First-line Treatment by Immunosuppression and Sibling Marrow Transplantation*. ASH Education Book.

#### Referencias para inhibidores de bombas de protones:

- Katz P, Gerson L, Vela M. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308-328; doi:10.1038/ajg.2012.444; published online 19 February 2013
- Fass R, Sontag SJ, Traxler B, Sostek M. Treatment of Patients With Persistent Heartburn Symptoms: A Double-Blind, Randomized Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 2006;4:50–56.
- Fass R, Murthy U, Hayden CW, et al. Omeprazole 40 mg once a day is equally effective as lansoprazole 30 mg twice a day in symptom control of patients with gastro-oesophageal reflux disease (GERD) who are resistant to conventional-dose lansoprazole therapy-a prospective, randomized, multi-centre study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000; 14: 1595-1603.
- Fass, R. Approach to refractory gastroesophageal reflux disease in adults. In: UpToDate. Talley NJ, ed. *UpToDate*, Waltham, MA: UpToDate; 2015. Available at: <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 15, 2015.

#### Referencias para Ranexa

- Fihn SD, G. J. (December 2012). 2012 American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American College of Physicians/American Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society for Cardiovascular Angiography and Interventions/Society. *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 60 Issue 24.
- Gold Standard, Inc. (2013, Decemember 25). *Ranexa*. Retrieved August 25, 2015, from ClinicalPharmacology: <http://www.clinicalpharmacology.com>
- Kannam, J. e. (201, August 12). *Stable ischemic heart disease: Overview of care*. Retrieved August 25, 2015, from Up to Date: <http://www.uptodate.com>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Management of stable angina. NICE Clinical Guideline 126 (July 2011). From <https://www.nice.org.uk/guidance/cg126/chapter/1-Guidance#anti-anginal-drug-treatment> Accessed September 17, 2015.

#### Referencias para Restasis

- Shtein, Roni M., Dry Eyes. In: UpToDate, Trobe, Jonathan (Ed), Park, Lee (Ed), UpToDate, Waltham, MA, May 13, 2015.

#### Referencias para Stelara:

- Ustekinumab. (2015) In Clinical Pharmacology online. Retrieved from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/drugoptions.aspx?cpnum=3586&n=Stelara&t=0>
- Stelara (ustekinumab) [package insert]. Horsham, PA: Janssen Biotech, Inc. 2014 March.;
- Feldman SR. Treatment of psoriasis. Waltham, MA: UpToDate; Last modified July 13, 2015. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search\\_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis?source=search_result&search=psoriasis&selectedTitle=1%7E150#H42). Accessed September 25, 2015.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psoriasis: the assessment and management of psoriasis. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Oct. 61 p. (NICE clinical guideline; no. 153).

#### Symlin

- Micromedex Healthcare Series. DRUGDEX System. Greenwood Village, CO: Truven Health Analytics, 2014. <http://www.thomsonhc.com/>. Accessed February 24, 2014.
- Clinical Pharmacology [database online]. Tampa, FL: Gold Standard, Inc.; 2014. URL: <http://www.clinicalpharmacology.com>. Updated December, 2009. 3. AACE Comprehensive Diabetes Management, *Endocr Pract*. 2013;19(Suppl 2)

#### Referencias para Synagis

- Aetna.com. 2014. Clinical Policy Bulletin: Synagis (Palivizumab). [online] Available at: [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300\\_399/0318.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300_399/0318.html) [Accessed: 28 Jul 2014].
- Perrin, MD, FAAP, J., Meissner, MD, FAAP, H. and Ralston, MD, FAAP, S. 2014. Updated AAP Guidance for Palivizumab Prophylaxis For Infants and Young Children at Increased Risk of RSV

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

Hospitalization. [e-book] pp. 1-23. Available through: American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org/en-us/my-aap/Pages/rsv.aspx> [Accessed: 28 Jul 2014].

3. Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection, COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES AND BRONCHIOLITIS GUIDELINES COMMITTEE, Pediatrics 2014;134:415; originally published online July 28, 2014; DOI: 10.1542/peds.2014-1665, Accessed online on 8/13/2014 at <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/415.full.html>

#### <sup>iv</sup> Referencias para testosterona:

1. Fernández-Balsells MM, Murad MH, Lane M, Lampropulos JF, et al. Clinical review 1: Adverse effects of testosterone therapy in adult men: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(6):2560-75
2. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM, Task Force, Endocrine Society. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Jun;95(6):2536-59.
3. [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300\\_399/0345.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300_399/0345.html)
4. Tang AM, Forrester J, Spiegelman D, et al. Weight loss and survival in HIV-positive patients in the era of HAART. J Acquir Immune Defic Syndr 2002;31:230-236.
5. Micromedex: Testosterone, <http://www.micromedexsolutions.com> accessed 12.30.15

#### <sup>vi</sup> Referencias para elidel/tacrolimus

1. Gold Standard. (2013, September 26). Elidel. Tampa, Florida, USA. Retrieved August 1, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=2670&sec=monindi&t=0>
2. Gold Standard. (2013, October 16). Tacrolimus. Tampa, Florida, USA. Retrieved August 1, 2015, from <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/Monograph/monograph.aspx?cpnum=587&sec=monindi&t=0>

#### <sup>viii</sup> Referencias para viscosuplementos:

1. Synvisc One Prescribing Information, Genzyme. Sept, 2014.
2. Supartz Prescribing information, Smith & Nephew. Sept, 2014.
3. Hyalgan Prescribing information, Sanofi-Synthelabo. Sept, 2014.
4. Orthovisc Prescribing information, Depuy Mitek. Sept, 2014.
5. Euflexxa Prescribing information, Ferring Pharmaceuticals. Sept, 2014
6. American Academy of Orthopedic Surgeons. (Resource of the World Wide Web). <http://www.aaos.org/research/guidelines/OAKSummaryofRecommendations.pdf>. Accessed on Sept 2, 2014
7. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Accessed on Sept 2, 2014.
8. Drug Facts and Comparisons on-line. ([www.drugfacts.com](http://www.drugfacts.com)), Wolters Kluwer Health, St. Louis, MO. Updated periodically
9. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically.

#### <sup>xiii</sup> Referencias para NSAID tópicos

1. [American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee](#). 2000 Sep (revised 2012 Apr).
2. [American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on the treatment of glenohumeral joint osteoarthritis](#). 2009 Dec 4 (reaffirmed 2014).
3. [American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on the treatment of osteoarthritis of the knee, 2nd edition](#). 1996 (revised 2013 May 18).
4. [VA/DoD clinical practice guideline for the non-surgical management of hip and knee osteoarthritis](#). 2014.
5. Voltaren Gel (diclofenac sodium topical gel) package insert. Parsippany, NJ: Novartis Consumer Health; 2007 Oct.
6. Pennsaid (diclofenac sodium) topical solution package insert. Hazelwood, MO: Mallinckrodt Brand Pharmaceuticals, Inc.; 2013 Oct.



## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

7. Flector (diclofenac epolamine) [prescribing information]. Bristol, TN: ; [King Pharmaceuticals](#) August 2011.
8. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. [Arch Intern Med. 1991;151:1825-32](#)
9. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. [J. Am Geriatr Soc 2012;60:616-31](#)
10. Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation* 2008;118:1894-909.
11. Masso Gonzalez EL, Patrignani P, Tacconelli S, Garcia Rodriguez LA. Variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum.* 2010;62:1592-601
12. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol* 2009;104:728-38.
13. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. Incidence of serious upper gastrointestinal bleeding/perforation in the general population: review of epidemiologic studies. *J Clin Epidemiol* 2002;55:157-.63
14. Roth SH, Fuller P. Pooled safety analysis of diclofenac sodium topical solution 1.5% (w/w) in the treatment of osteoarthritis in patients aged 75 years or older. *Clin Interv Aging* 2012;7:127-.37
15. Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(9):CD007400.
16. Altman RD. Safety advantages of topical versus oral nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Rheumatol* 2011;38:572.
17. Sprix (ketorolac tromethamine) Nasal Spray package insert. Shirley, NY: American Regent, Inc.; 2014 Apr.

#### <sup>xiv</sup> Referencias para tranexamic acid

1. Drug Facts and Comparisons on-line. (www.drugfacts.com), Wolters Kluwer Health, St. Louis, MO. Updated periodically
2. Clinical Pharmacology [Internet database]. Gold Standard Inc. Tampa, FL. Updated periodically. Product Information. Lysteda®, tranexamic acid. Ferring Pharmaceuticals, Inc., Bethesda, MD 20814. October, 2013.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice: Management of Acute Abnormal and Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. Resources & Publications. Number 557. Apr 2013. Reaffirmed 2015. Accessed Feb 6. 2016. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Management-of-Acute-Abnormal-Uterine-Bleeding-in-Nonpregnant-Reproductive-Aged-Women>
4. Lysteda ® [package insert] 10/2013. Parsippany, NJ. Ferring Pharmaceuticals, Inc.
5. Lukes, Andrea S, et al. Tranexamic Acid Treatment for Heavy Menstrual Bleeding. *Obstetrics & Gynecology*. 116(4) Oct 2010: 865-875.

#### <sup>xv</sup> Referencias para Vancomycin oral

1. Cohen, Stuart H., Gerding, Dale N., Johnson, Stuart, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Infection Control and Hospital Epidemiology*. May 2010. 31;5:431-455.
2. Surawicz, Christina M., Brandt, Lawrence J., Binion, David G. et al. Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of Clostridium difficile Infections. *Am J Gastroenterol*. Feb 2013. 108:478-498.
3. Gilbert, David N., Moellering Jr., Robert C., Eliopoulos, George M., Chambers, Henry F., Saag, Michael S. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2011: Forty-First Edition. Antimicrobial Therapy, Inc. Sperryville, VA. 2011.
4. Uptodate [database]. Clostridium difficile in adults: Treatment. Updated 2015 Nov 23. Accessed 2016. Feb 22. [http://www.uptodate-com.libproxy1.usc.edu/contents/clostridium-difficile-in-adults-treatment?source=search\\_result&search=clostridium+difficile+treatment&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate-com.libproxy1.usc.edu/contents/clostridium-difficile-in-adults-treatment?source=search_result&search=clostridium+difficile+treatment&selectedTitle=1%7E150)

## Autorización Previa para farmacia

### Directrices para autorizaciones previas y medicamentos fuera del formulario

Desplazar hacia abajo para ver los criterios de Autorización Previa por clase de fármaco, o use Ctrl+F para buscar en el documento por nombre de medicamento

---

5. Vancocin [Prescribing Information]. Exton, PA: ViroPharma Incorporated 2005.
6. Vancomycin. Facts and Comparisons. (2014, September 1). St Louis, Missouri, USA.

#### <sup>[vii]</sup> Referencias para xeljanz:

1. Xeljanz (tafacitinib citrate) [package insert]. NJ, NJ; Pfizer Labs; Revised November 2012.
2. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2012;64(5):625-639.

#### <sup>[viii]</sup> Referencias para xolair

1. Barnes, P. J. (May 2015 ). Anti-IgE therapy. UpToDate. (B. S. Bochner, & A. M. Feldweg, Eds.) Waltham, MA. Retrieved June 16, 2015, from [http://www.uptodate.com/contents/anti-ige-therapy?source=related\\_link#H7764932](http://www.uptodate.com/contents/anti-ige-therapy?source=related_link#H7764932)
2. DRUGDEX® Evaluations. (n.d.). Omalizumab. DRUGDEX System. Greenwood Village, CO. Retrieved June 16, 2015, from [http://nv-ezproxy.roseman.edu:3305/micromedex2/librarian/ND\\_T/evidencexpert/ND\\_PR/evidencexpert/CS/E8C454/ND\\_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/318DA6/ND\\_PG/evidencexpert/ND\\_B/evidencexpert/ND\\_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.Intermedi](http://nv-ezproxy.roseman.edu:3305/micromedex2/librarian/ND_T/evidencexpert/ND_PR/evidencexpert/CS/E8C454/ND_AppProduct/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/318DA6/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.Intermedi)
3. Khan, D. A. (2013, September 19). education, Chronic urticaria: Standard management and patient. UpToDate. (S. Saini, J. Callen, & A. M. Feldweg, Eds.) Waltham, MA. Retrieved from [http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-standard-management-and-patient-education?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-standard-management-and-patient-education?source=see_link)
4. Khan, D. A. (May 2015 ). Urticaria crónica: Treatment of refractory symptoms. UpToDate. (S. Saini, J. Callen, & A. M. Feldweg, Eds.) Waltham, MA. Retrieved June 16, 2015, from [http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-treatment-of-refractory-symptoms?source=see\\_link#H1](http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-treatment-of-refractory-symptoms?source=see_link#H1)
5. National Heart, Blood, and Lung Institute Expert Panel Report 3 (EPR 3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication no. 08-4051, 2007.
6. Gold Standard. (2015) Xolair. Retrieved <http://www.clinicalpharmacology-ip.com/Forms/drugoptions.aspx?cpnum=2633&n=Xolair&t=0>
7. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133:1270-1277.
8. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA<sub>2</sub>LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* 2014;69:868-887.