



VABYSMO[™]
faricimab-svoa injection 6 mg

Guía de acceso y reembolso

Una guía paso a paso para la **cobertura y el reembolso** para los pacientes a los que se les ha recetado VABYSMO

Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Genentech está aquí para ayudar a sus pacientes y a su consultorio durante su tratamiento con VABYSMO

TARJETA DE VISITA AQUÍ

Póngase en contacto con su **representante de Genentech** para obtener ayuda.

Esta guía está organizada de acuerdo con el proceso de tratamiento de VABYSMO. Proporciona recursos adicionales disponibles para su consultorio en cada paso.

Inscríbase en los servicios de apoyo al paciente de Genentech	4
Determine la cobertura de VABYSMO	6
Solicite asistencia financiera, si es necesario	10
Obtenga VABYSMO	12
Presente una solicitud de reembolso	14
Navegue por el proceso de denegación y apelaciones para el reembolso de VABYSMO, si es necesario	18
Prepárese para los seguimientos	20

Comience a brindarle a sus pacientes los servicios de apoyo al paciente de Genentech

My Patient Solutions® para consultas de atención médica

Para inscribirse en los servicios de cobertura, reembolso y asistencia financiera, complete y envíe los 2 siguientes formularios:



Formulario de servicio al médico que proporciona la receta

Lo debe completar el proveedor de atención médica y se usa para recopilar la información del seguro médico y del tratamiento del paciente.



Formulario de consentimiento del paciente

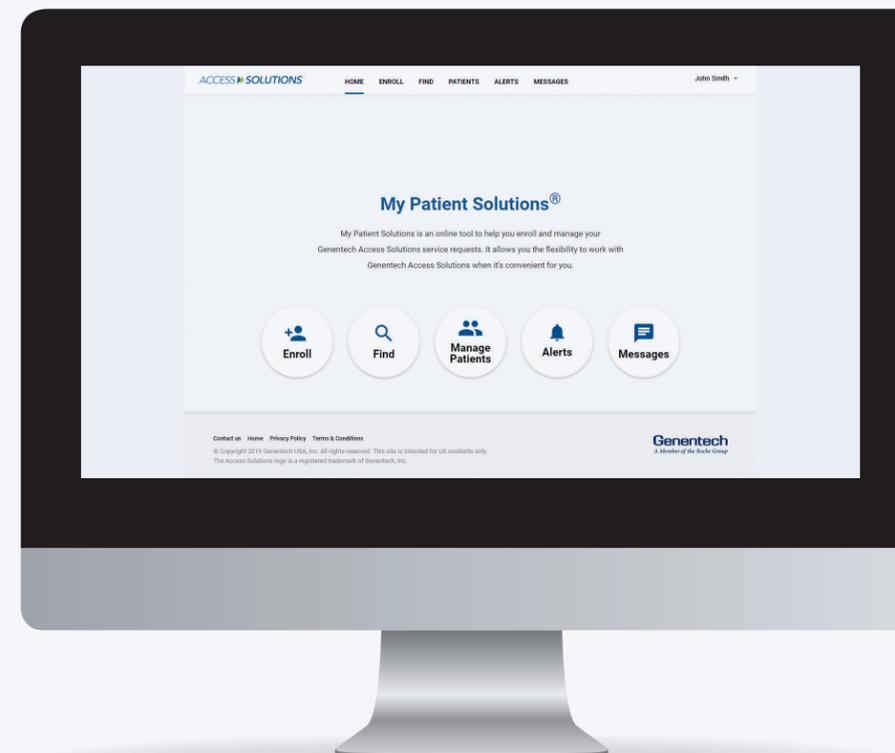
Lo debe completar el paciente y da permiso para que Genentech trabaje con usted y el plan de seguro médico del paciente.

Cómo buscar y enviar los formularios

Asegúrese de enviar los formularios del médico que proporciona la receta y del paciente juntos para que el procesamiento sea rápido y eficiente.

	Formulario de servicio al médico que proporciona la receta	Formulario de consentimiento del paciente
Dónde encontrar	Genentech-Access.com/VABYSMO	Genentech-Access.com/PatientConsent
Cómo enviar	<ul style="list-style-type: none"> Inscripción rápida My Patient Solutions para consultorios de atención médica Fax: (866) 724-9412 	<ul style="list-style-type: none"> eSubmit My Patient Solutions Tome una foto y envíela por mensaje de texto al (650) 877-1111 Fax al (866) 480-7762

La flexibilidad de trabajar con nosotros cuando sea conveniente para usted



Entre las características, se incluye lo siguiente:

- Envíe un mensaje a un especialista de Genentech Ophthalmology Access Solutions
- Derivaciones de asistencia de copago
- Inscripción y reinscripción informatizada
- Informes de investigación de beneficios
- Detalles de la solicitud de servicio
- Seguimientos de autorización previa
- Coordinación de la elegibilidad y el envío de la Genentech Patient Foundation
- Reverificaciones de beneficios
- Registro simultáneo de la cuenta

Regístrese para obtener una cuenta o inicie sesión en **Genentech-Access.com/MPS**.

La cobertura de VABYSMO es alta en todos los tipos de plan

100 %

de los pacientes de Medicare Fee-for-Service tienen cobertura de primera línea, sin necesidad de tratamiento escalonado.

70 %

de los planes comerciales cubren la primera línea de VABYSMO o después de un paso de Avastin® (bevacizumab).*

62 %

de los planes Medicare Advantage cubren la primera línea de VABYSMO o después de un paso con Avastin.*

La mayoría de los pacientes tienen cobertura para VABYSMO con 1 paso o menos†



†Los datos representan representan vidas comerciales y de Medicare Advantage. El 6 % restante de las vidas se desconoce o no está cubierto.

Con >85 % de las vidas nacionales cubiertas‡ en primera línea o inmediatamente después de Avastin,* siéntase seguro de elegir VABYSMO para sus pacientes con DMAEn y EMD.

*En circunstancias en las que los pagadores exigen un tratamiento escalonado con Avastin para uso no aprobado (no indicado para uso intraocular).

‡Cobertura definida como todas las vidas de Medicare Fee for Service y Medicare Advantage, y seguimiento de pólizas para los ~60 pagadores principales, incluidos Humana, United, Anthem, CVS/Aetna, Cigna. Asume un panorama de cobertura similar entre los pequeños pagadores que no son objeto de seguimiento en la actualidad. La cobertura específica puede variar según las personas y los planes.

Datos a abril de 2023.

6 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Genentech Ophthalmology Access Solutions trabaja estrechamente con los directores de la consulta y otros proveedores de atención médica para identificar y ayudar a resolver los problemas de acceso y reembolso de los pacientes a los que se han prescrito tratamientos de Genentech Ophthalmology.

Podemos ayudar a sus pacientes y a su consultorio proporcionando lo siguiente:

- Investigaciones de beneficios
- Asistencia para la reverificación de beneficios
- Recursos de autorización previa
- Información sobre farmacias especializadas (specialty pharmacies, SP) autorizadas y distribuidores especializados
- Información de facturación y codificación de las muestras
- Recursos para denegaciones y apelaciones
- Derivaciones a opciones de asistencia financiera

Genentech Ophthalmology Access Solutions puede llevar a cabo una investigación de beneficios

Conozca la cobertura del paciente mediante una investigación de beneficios sociales

Genentech Ophthalmology Access Solutions puede llevar a cabo una investigación de beneficios para ayudarle a determinar si VABYSMO está incluido en la cobertura, si se requieren autorizaciones previas y si se necesita asistencia financiera.

Hay un recurso disponible en [VABYSMO.com/support](https://www.vabysmo.com/support) para ayudarles a usted y a sus pacientes a comprender el Informe de investigación de beneficios.

El paciente y el proveedor de atención médica son responsables de completar y enviar la cobertura, o el reembolso, de la documentación relacionada. Genentech no realiza ninguna declaración ni garantiza la cobertura o el reembolso de ningún servicio o artículo.

El tratamiento escalonado es un enfoque de gestión de pagadores para el que se requiere el uso de un fármaco preferido **antes** de que el pagador cubra otro medicamento.

Los protocolos de tratamiento escalonado para VABYSMO suelen incluir un paso de Avastin® (bevacizumab). Una vez alcanzado un número mínimo de dosis, o si el paciente no alcanza una respuesta clínica mínima, se puede considerar que el paciente ha cumplido el paso.

Incluso si existe un requisito de tratamiento escalonado, **los pacientes que han probado otros tratamientos inhibidores del factor de crecimiento del endotelio vascular (anti-vascular endothelial growth factor, aVEGF)** pueden ser adecuados para VABYSMO, según la evaluación del especialista en retina.

Consideraciones para navegar por las políticas del tratamiento escalonado:

 Conozca la combinación de pagadores de su consulta

 Incluya documentación médica para demostrar que ha cumplido el requisito del tratamiento escalonado para la aprobación

 Manténgase al día sobre las políticas de los pagadores

 Entienda cómo eludir los requisitos del tratamiento escalonado, si corresponde

 Lleve a cabo una investigación de beneficios para comprender los requisitos del tratamiento escalonado específicos del plan

Establecer una relación con sus representantes de pagadores es clave para navegar e influir en las políticas y gestionar los requisitos de tratamiento escalonado.

aVEGF = inhibidor del factor de crecimiento del endotelio vascular.
Avastin no está indicado para uso intraocular.

8 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Consejos para enviar autorizaciones previas

- Comprenda las directrices de los pagadores
- Identificar si existe una opción electrónico de autorización previa
- Compruebe los requisitos de autorización previa antes del tratamiento
- Envíe todos los documentos de apoyo necesarios con la solicitud de la autorización previa
- Establecer protocolos de documentación coherentes
- Mantener registros completos
- Realizar un seguimiento regular después de la presentación de la autorización previa
- Apelar a cualquier autorización previa denegada

Información solicitada habitualmente para autorizaciones previas

Utilice la siguiente lista de para navegar por el proceso de aprobación en caso de que se necesite una autorización previa para VABYSMO. Su gerente de reembolso de campo (FRM) puede ayudarle a comprender las políticas específicas de los pagadores.

Complete y envíe el formulario de autorización previa según lo requiera el pagador. La información requerida puede incluir lo siguiente:

- Nombre y fecha de nacimiento del paciente
- Número de póliza del seguro médico del paciente
- Diagnóstico del paciente/código(s) CIE-10-CM
- El NDC de VABYSMO
- Detalles, especialidad, información de contacto y número de NPI del proveedor
- Documentación médica para respaldar la decisión de tratamiento

Si no forma parte del formulario de autorización previa, considere incluir lo siguiente:

- Información de prescripción completa
- Carta de aprobación de la FDA
- Artículos de revistas con revisión científica externa
- Preocupaciones con retrasos sustanciales en la atención al paciente: riesgo inmediato de pérdida permanente de la visión:
 - Proporcionar estudios de casos específicos
 - Las políticas deben proporcionar excepciones para casos más urgentes

Los pagadores pueden requerir una carta de necesidad médica escrita en el membrete del proveedor. Si es así, incluya lo siguiente:

- Síntomas o afecciones actuales del paciente
- Justificación del tratamiento con VABYSMO
- Antecedentes médicos específicos del paciente relacionado con el/los código(s) CIE-10-CM
- Resultados de las pruebas diagnósticas
- Tratamiento(s), duración y respuesta anteriores o motivo de la interrupción

Genentech está aquí para usted en cada paso del camino, incluida la navegación por las autorizaciones previas y el tratamiento escalonado. Póngase en contacto con su **gerente de reembolso de campo (Field Reimbursement Manager, FRM)** para determinar los siguientes pasos para que sus pacientes reciban el VABYSMO que les ha recetado.

US Food and Drug Administration, FDA = Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.; CIE-10-CM = Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª Revisión, Modificación Clínica; National Drug Code, NDC = Código Nacional de Medicamentos; National Provider Identifier, NPI = Identificador Nacional del Proveedor. Genentech Ophthalmology Access Solutions no puede completar ni enviar apelaciones en su nombre.

Opciones de asistencia financiera para VABYSMO

Ayuda para pacientes con seguro comercial elegibles

Con el **programa de copago de Genentech Ophthalmology***, los pacientes pagan tan solo:

\$0 por copago de medicamentos,[†] hasta \$15,000 por año calendario

\$0 por copago de administración de medicamentos,[†] hasta \$1,000 por año calendario

Para obtener más información o para empezar:

 Visite EyeOnCopay.com

 Llame al **(855) 218-5307** desde las 9 a. m. hasta las 8 p. m. hora del este, de lunes a viernes

Genentech ofrece ahora una inscripción directa en el programa de copago de oftalmología de Genentech para pacientes con seguro comercial elegibles.

Ayuda para pacientes con seguro comercial y público elegibles

Si los pacientes con seguro comercial o público elegibles tienen dificultades para pagar su copago, coseguro u otros gastos de bolsillo, Genentech Ophthalmology Access Solutions puede derivarlos a una fundación **independiente de ayuda para copagos[‡]** que respalde su diagnóstico.

Para obtener más información o para empezar:

 Visite VABYSMO.com/support

 Llame al **(866) 724-9394** desde las 9 a. m. hasta las 8 p. m. hora del este, de lunes a viernes

* Los Programas de copago por producto y administración SOLO son válidos para pacientes con seguro comercial (privado o no gubernamental) que tengan una receta válida para una indicación de un medicamento de Genentech aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Los pacientes que utilicen Medicare, Medicaid o cualquier otro programa gubernamental federal o estatal (colectivamente, "Programas gubernamentales") para pagar sus medicamentos y/o servicios de administración de Genentech no son elegibles.

En virtud de los programas, el paciente puede pagar un copago por los costos de los medicamentos y un copago por los costos de administración. El importe final adeudado por un paciente puede ser tan bajo como \$0 por el medicamento de Genentech o la administración del medicamento de Genentech (consulte los detalles específicos del programa). El gasto de bolsillo total para el paciente depende de su plan de seguro médico.

Los programas ayudan con el costo del medicamento de Genentech y la administración del medicamento de Genentech. No colabora con los gastos de otras administraciones, medicamentos, procedimientos o visitas al consultorio. Una vez alcanzados los montos de beneficio máximo del programa, el paciente será responsable de todos los gastos de bolsillo restantes. El monto de los beneficios de los programas no puede exceder los gastos de bolsillo del paciente por el costo del medicamento de Genentech o los cargos de administración asociados con el medicamento de Genentech.

Todos los participantes son responsables de notificar la recepción de todos los beneficios del programa según lo requiera cualquier aseguradora o la ley. Los programas solo son válidos en Estados Unidos y sus territorios, y son nulos donde la ley lo prohíba. El programa de copago de medicamentos deberá seguir las restricciones estatales en relación con los medicamentos genéricos de equivalencia AB terapéutica (por ejemplo, MA, CA) cuando corresponda. El programa de copago de la administración no es válido para los residentes en Massachusetts o Rhode Island. Ninguna de las partes podrá solicitar el reembolso de la totalidad o una parte del beneficio recibido a través de los programas. Los programas están pensados para el paciente. Solo el paciente que utilice los programas podrá recibir los fondos puestos a su disposición a través de los mismos. Los programas no están destinados a terceros que reduzcan la cantidad disponible para el paciente o tomen una parte para sus propios fines. Los pacientes con planes de salud que redirigen la ayuda del Programa de Genentech destinada a los gastos de bolsillo del paciente pueden estar sujetos a estructuras alternativas de beneficios del Programa. Genentech se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar los programas sin previo aviso en cualquier momento.

Se aplican términos y condiciones adicionales. Visite el sitio web del programa de copago para ver la lista completa de términos y condiciones.

[†]El importe final adeudado por los pacientes puede ser tan bajo como \$0, pero puede variar en función del plan de seguro médico del paciente.

Los pacientes elegibles con seguro comercial a los que se les recete VABYSMO para un uso aprobado por la FDA pueden recibir hasta \$15,000 en asistencia por año calendario para costos de medicamentos y/o hasta \$1,000 en asistencia administrativa por año calendario para costos de inyecciones de VABYSMO. El beneficio del programa no se anula si un paciente cambia de un tratamiento de oftalmología de Genentech a otro. No ayuda con los gastos de las instalaciones. Consulte los términos y condiciones de cada programa. Se aplican los límites del programa.

[‡]Las fundaciones independientes de asistencia para copagos tienen sus propias reglas para la elegibilidad. Genentech no participa ni influye en la toma de decisiones ni en los criterios de elegibilidad de las fundaciones independientes y no sabe si una fundación podrá ayudar a su paciente. Solo podemos derivarlo a una fundación que respalde el estado de la enfermedad. Esta información se le proporciona como recurso. Genentech no respalda ni muestra preferencias por ninguna fundación en particular. Es posible que las fundaciones de esta lista no sean las únicas que puedan ayudar a su paciente.

10 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Ayuda para pacientes sin seguro o con poco seguro

Si los pacientes no tienen cobertura de seguro médico o tienen problemas económicos y cumplen los criterios de elegibilidad, es posible que puedan obtener medicamentos gratuitos de la **Genentech Patient Foundation**.

Criterios de elegibilidad de la Genentech Patient Foundation[§]

Pacientes sin seguro

Con ingresos inferiores a \$150.000

O BIEN

Pacientes asegurados sin cobertura para un medicamento de Genentech

Con ingresos inferiores a \$150.000

O BIEN

Pacientes asegurados con cobertura para un medicamento de Genentech^{||}

- Con gastos de bolsillo inaccesibles
- Con el tamaño del hogar y los ingresos según las directrices indicadas a la derecha

Tamaño del hogar	Ingresos anuales
 1	Menos de \$75,000
 2	Menos de \$100,000
 3	Menos de \$125,000
 4	Menos de \$150,000

Para inscribir a pacientes elegibles directamente en la Genentech Patient Foundation, haga que sus pacientes completen el Formulario de consentimiento del paciente y usted completará el Formulario de la fundación para el médico que proporciona la receta, que puede encontrar en GenentechPatientFoundation.com.

Para obtener más información o para empezar:

 Visite GenentechPatientFoundation.com

 Llame al **(888) 941-3331** desde las 9 a. m. hasta las 8 p. m. hora del este, de lunes a viernes

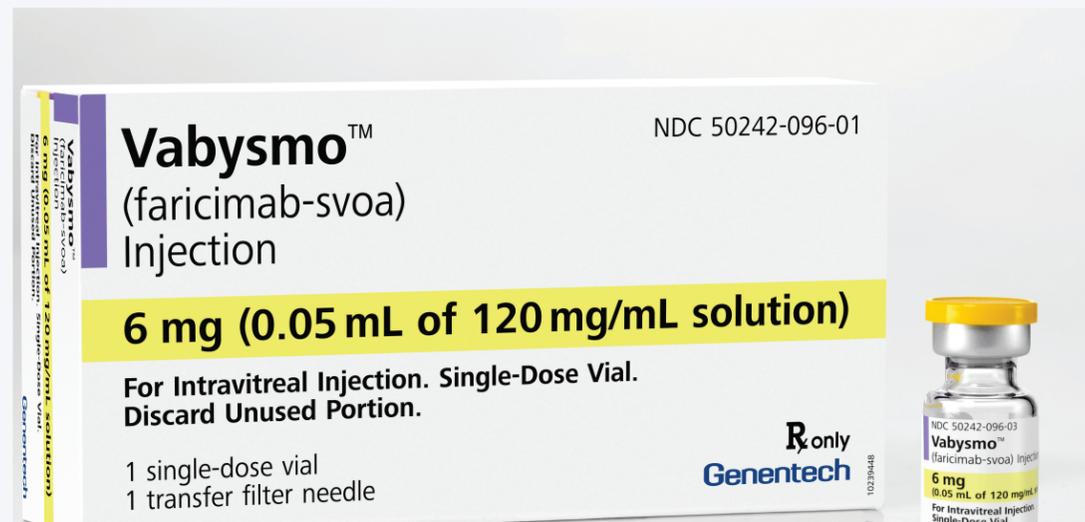
[§]Para todos los tipos de pacientes, añada \$25,000 por cada persona adicional en hogares de más de 4 personas.

^{||}Animamos a los pacientes asegurados a probar otras opciones de asistencia financiera antes de solicitar ayuda a la Genentech Patient Foundation, si es posible.

Genentech se reserva el derecho de modificar o interrumpir el programa en cualquier momento y de verificar la exactitud de la información enviada.

VABYSMO es el primer y único inhibidor de doble vía que actúa sobre 2 impulsores de la DMAEn y el EMD: Ang-2 y VEGF¹⁻⁵

VABYSMO es la primera inyección intravítrea aprobada para intervalos de dosificación c4s y cl6s.^{1,3,4}



Sustitución de medicamentos dañados

El programa de sustitución de residuos de Genentech (Genentech Spoilage Replacement Program) permite la sustitución de productos infundidos, inyectados y autoadministrados, que se recetan y se preparan para una indicación etiquetada, pero que no se administran debido a circunstancias clínicas imprevistas del paciente, que está sujeto a ciertas limitaciones y condiciones establecidas por Genentech. El objetivo del programa es respaldar nuestro compromiso de proteger la seguridad del paciente evitando el uso de productos arruinados, dañados o contaminados.

Para obtener más información, visite gene.com/customerservice y seleccione las devoluciones o llame a la línea de asistencia de Genentech Ophthalmology al **(833) EYE-GENE/(833) 393-4363** y presione 2.

Ang-2 = angiopoyetina-2; EMD = edema macular diabético; TIV = intravítreo; DMAEn = degeneración macular neovascular (húmeda) asociada con la edad; c4s = cada 4 semanas; cl6s = cada 16 semanas; VEGF = factor de crecimiento del endotelio vascular.
Referencias: **1.** VABYSMO. Prospecto. Genentech, Inc.; 2022. **2.** BEOVU. Prospecto. Novartis Pharmaceuticals Corporation; 2022. **3.** EYLEA. Prospecto. Regeneron Pharmaceuticals, Inc.; 2022. **4.** LUCENTIS. Prospecto. Genentech, Inc.; 2018. **5.** SUSVIMO. Prospecto. Genentech, Inc.; 2022.

12 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Distribuidor	Teléfono	Sitio web
Besse Medical	(800) 543-2111	besse.com
Cardinal Health	(866) 677-4844	specialtyonline.cardinalhealth.com
CuraScript SD	(877) 599-7748	curascriptsd.com
McKesson Plasma and Biologics	(877) 625-2566	connect.mckesson.com
McKesson Specialty Health	(855) 477-9800	mcs.mckesson.com
Metro Medical	(800) 768-2002	metromedicalorder.com

Consejos para trabajar con distribuidores

- 

Conozca los criterios de entrega
- 

Comprenda los términos
- 

Gestione cuidadosamente el inventario

Para obtener la lista más reciente de distribuidores especializados autorizados, visite Genentech-Access.com/VABYSMO.

Programa de muestreo VABYSMO

Genentech ofrece el programa de muestreo VABYSMO para el vial de 6 mg.

- 

Si está interesado en solicitar muestras de VABYSMO, póngase en contacto con el director del área terapéutica (Therapeutic Area Manager, TAM).

Genentech no promueve ni recomienda el uso de ningún distribuidor especializado. No realizamos ninguna declaración ni garantizamos el servicio o la cobertura de ningún artículo.

Codificación de muestras de VABYSMO

Esta información de codificación puede ayudarlo a presentar solicitudes de reembolso de VABYSMO.

NDC para EMD y DMAEn

Paquete*	Código		Descripción
	10 dígitos	11 dígitos	
Caja	50242-096-01	50242-0096-01	Vial de dosis única de VABYSMO (6 mg/0,05 ml) con aguja estéril de 5 µm de punta roma con filtro de transferencia (18 gauge × 1.5 pulg.)
Vial	50242-096-03	50242-0096-03	Vial monodosis de VABYSMO (6 mg/0.05 ml)

HCPCS

Tipo	Código	Descripción
Código de HCPCS	J2777	Inyección, faricimab-svoa, 0.1 mg
HCPCS: Modificador	JZ	Cero cantidad de fármaco descartada/no administrada a ningún paciente

Nota: A partir del 1 de julio de 2023, CMS requiere el uso del modificador JZ para indicar que no se desecharon unidades de un fármaco.[†]

Facture 60 unidades de la dosis administrada de 6 mg de VABYSMO.

Códigos de administración

Tipo	Código	Descripción
Código de CPT	67028	Inyección intravítrea de un fármaco (procedimiento independiente)
Modificador de CPT	-LT	Modificador del ojo izquierdo
	-RT	Modificador del ojo derecho

Su gerente de reembolso de campo (FRM) le ayudará a navegar por el proceso de presentación de solicitudes y de reembolso. Los códigos de muestra más recientes están disponibles en [VABYSMO.com/support](https://www.vabysmo.com/support).

Current Procedural Terminology, CPT = terminología actual del procedimiento; Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS = sistema de codificación de procedimientos comunes de atención sanitaria.

*Algunos pagadores pueden requerir el código NDC del vial en lugar de la caja. Compruebe la política de facturación NDC del pagador individual para ver las instrucciones de facturación.

†Aunque CMS no requiere el modificador JZ hasta el 1 de julio de 2023, estará disponible para su uso a partir del 1 de enero de 2023.

14 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Ejemplo de códigos de diagnóstico del CIE-10-CM para VABYSMO

Degeneración macular asociada a la edad neovascular (húmeda) (DMAEn)

DMAEn exudativa	Con neovascularización coroidea activa	Con neovascularización coroidea inactiva	Con cicatriz inactiva
Ojo derecho	H35.3211	H35.3212	H35.3213
Ojo izquierdo	H35.3221	H35.3222	H35.3223
Bilateral	H35.3231	H35.3232	H35.3233

Indicaciones relacionadas con el edema macular diabético

Añada el dígito adecuado al final de cada código para indicar la lateralidad: 1 = ojo derecho 2 = ojo izquierdo 3 = bilateral	EM por una afección subyacente	EM inducido por fármacos	EM de tipo 1	EM de tipo 2
RD sin especificar con EMD	E08.311	E09.311	E10.311	E11.311
RDNP leve con EMD	E08.321	E09.321	E10.321	E11.321
RDNP moderada con EMD	E08.331	E09.331	E10.331	E11.331
RDNP grave con EMD	E08.341	E09.341	E10.341	E11.341
RDP con DME	E08.351	E09.351	E10.351	E11.351

Recuerde lo siguiente: Se necesita un dígito adicional para todos los códigos para indicar la lateralidad (1 = ojo derecho; 2 = ojo izquierdo; 3 = bilateral).

DM = diabetes mellitus; RD = retinopatía diabética; RDNP = retinopatía diabética no proliferativa; RDP = retinopatía diabética proliferativa.

Estos códigos no lo incluyen todo; los códigos apropiados pueden variar según el paciente, el entorno de la atención y el pagador. La codificación correcta es responsabilidad del proveedor que presenta la solicitud del artículo o servicio.

Consulte con el pagador para verificar los códigos y los requisitos especiales de facturación.

Genentech no realiza ninguna declaración ni garantía en relación con el reembolso o la cobertura de ningún artículo o servicio.

Muchos pagadores no aceptarán códigos sin especificar. Si utiliza un código sin especificar, consulte a su pagador.

El formulario de solicitud CMS-1500 se utiliza para facturar los servicios prestados en la consulta del médico. El formulario se muestra aquí como ejemplo. Consulte con los pagadores individuales los requisitos de documentación específicos.

21 Introduzca el/los código(s) de diagnóstico CIE-10-CM correspondientes.

24A Notifique la información del NDC en el área sombreada en el orden siguiente: Calificador N4, NDC de 11 dígitos seguido de 1 espacio, calificador de unidad de medida y cantidad métrica.

Para VABYSMO, utilice lo siguiente:

- N450242009601 MLO.05 para la caja
- N450242009603 MLO,05 para el vial*

24B Introduzca el lugar de servicio adecuado: 11 para la consulta del especialista en retina.

24D Documente el uso del fármaco con el código del HCPCS adecuado en 1 línea y el/los código(s) de administración de la CPT adecuados en una línea separada.

24G Incluya el número de unidades utilizadas para cada elemento de línea.

- Facture 60 unidades de la dosis administrada de 6 mg de VABYSMO†

El formulario es un formulario de solicitud de reembolso de salud (Health Insurance Claim Form) aprobado por el Comité Nacional de Reclamaciones Uniformes (NUCC). Incluye secciones para: 1. Información del asegurado (Medicare/Medicaid, nombre, dirección, fecha de nacimiento, sexo). 2. Información del médico y proveedor (nombre, dirección, número de licencia, número de identificación del proveedor). 3. Información del servicio (diagnóstico, procedimientos, suministros). 4. Información de facturación (número de cuenta, impuestos, cargos). 5. Firmas y autorizaciones. Las anotaciones indican dónde introducir los datos de VABYSMO: 21 en el campo de diagnóstico; 24A en el campo de NDC; 24B en el campo de lugar de servicio; 24D en el campo de códigos de procedimiento y suministro; 24G en el campo de unidades.



Medicare¹

En el caso de los productos que se reembolsarán con el plan de Medicare parte B, como VABYSMO, Medicare generalmente los reembolsa en función del promedio del precio de venta (average sales price, ASP) + 6 %.*



Medicaid²

El reembolso de Medicaid varía según el estado. Con frecuencia, las metodologías de pago se asemejan a las de Medicare y se basan en un porcentaje del ASP, del costo de adquisición mayorista (wholesale acquisition cost, WAC), promedio del precio mayorista (average wholesale price, AWP), precios de facturas u otros medios.



Pagadores comerciales

El reembolso del pagador comercial varía y se basa en la tasa contratada con el proveedor. Revise sus contratos para comprender las tasas de reembolso específicas.

La siguiente lista proporciona información importante sobre sus **contratos de pagadores comerciales que es posible que desee tener en cuenta:**

- 1 Revise los contratos para determinar la metodología de pago para las visitas al consultorio.
- 2 Determine la frecuencia con la que se actualizan las tarifas
 - Si las tasas se basan en Medicare, ¿se actualizan anualmente, dos veces al año, trimestralmente o con mayor frecuencia?
- 3 Revise cualquier término de adquisición del producto.
- 4 Determine el plazo del contrato, la fecha de renovación y el plazo de finalización.
- 5 Documente la información de contacto del pagador y del representante de relaciones con el pagador designado por el centro de atención.

* Recortes en el reembolso de secuestros y otros proveedores de servicios del plan FFS de Medicare: El 10 de diciembre de 2021, se firmó una nueva legislación que exonera completamente de las reducciones del pago de Medicare del 2 % hasta el 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril hasta el 30 de junio, estará en vigor una reducción del pago de Medicare del 1 %. A partir del 1 de julio de 2022, entrará en vigor la reducción total del pago de Medicare del 2 %. Además, la ley también exonera una parte de la reducción de pagos del 3.75 % de Medicare FFS, cuya entrada en vigor estaba programada para el 1 de enero de 2022, para los pagos a los médicos. Debido a esta ley, el ajuste del Programa de honorarios de médicos de Medicare para 2022 será en su lugar una reducción del pago del 0.75 %. No se implementará un recorte de pago del 4 % independiente que también se tuvo en cuenta para 2022.³

average sales price, ASP = promedio de precio de venta; average wholesale price, AWP = promedio de precio mayorista; Fee-For-Service, FFS = tarifa por servicio; wholesale acquisition cost, WAC = costo de adquisición mayorista.

Referencias: 1. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Medicare Claims Processing Manual*. Chapter 17–Drugs and Biologicals. Revisado el 12 de mayo de 2022. Consultado el 12 de octubre de 2022. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104cl7.pdf> 2. Medicaid covered outpatient prescription drug reimbursement information by state: quarter ending June 2022. Sitio web de Medicaid. Consultado el 12 de octubre de 2022. <https://www.medicare.gov/medicaid/prescription-drugs/state-prescription-drug-resources/medicaid-covered-outpatient-prescription-drug-reimbursement-information-state/index.html> 3. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2% Payment Adjustment (Sequestration) Changes. Publicado el 16 de diciembre de 2021. Consultado el 12 de octubre de 2022. <https://www.cms.gov/outreach-and-education/outreachffsprovpartprog-provider-partnership-email-archive/2021-12-16-mlnc>

*Algunos pagadores pueden requerir el código NDC del vial en lugar de la caja. Compruebe la política de facturación NDC del pagador individual para ver las instrucciones de facturación.

†Aunque CMS no requiere el modificador JZ hasta el 1 de julio de 2023, estará disponible para su uso a partir del 1 de enero de 2023.

Estos códigos no lo incluyen todo; los códigos apropiados pueden variar según el paciente, el entorno de la atención y el pagador. La codificación correcta es responsabilidad del proveedor que presenta la solicitud del artículo o servicio. Consulte con el pagador para verificar los códigos y los requisitos especiales de facturación. Genentech no realiza ninguna declaración ni garantía en relación con el reembolso o la cobertura de ningún artículo o servicio.

Es esencial entender el motivo de la denegación

Si recibe la denegación de un plan, asegúrese de que entiende el motivo de la denegación.

Descripción general del proceso de denegación y apelaciones

- 1 Comprenda por qué se denegó la cobertura.
- 2 Comprenda el proceso o los requisitos específicos del pagador y que los pagadores individuales pueden tener sus propios formularios o requisitos de documentación.
- 3 Revise las cartas de apelación de muestra proporcionadas y revise la lista de documentos solicitados habitualmente proporcionada en la carta.
- 4 Envíe la apelación al plan de seguro médico.

Algunas razones frecuentes para la denegación son, entre otras, las siguientes*:

- **Nuevo fármaco** que el pagador aún no ha revisado y que se considera no incluido en el formulario
- **Falta de autorización o** precertificación previa
- **Incumplimiento** de los requisitos del tratamiento escalonado
- **Falta de información** o datos erróneos en la solicitud de cobertura
- **La información del seguro** ha cambiado o ha vencido la cobertura

Si se rechaza una solicitud de cobertura de VABYSMO, puede solicitar una apelación

Cada plan de salud tiene su propio proceso de apelaciones. El plan le informará la cantidad de apelaciones internas que se pueden presentar, las instrucciones para la apelación, los plazos y los formularios que se deben completar.

Si no está satisfecho con la respuesta final del plan, la mayoría de los planes permiten hacer una apelación externa. Una apelación externa es una revisión de la decisión del plan de salud por parte de un tercero independiente que puede anular la decisión del plan. En la carta de denegación, se lo orientará sobre los pasos específicos que debe seguir en el plan de salud.

El gerente de reembolso de campo (FRM) o el especialista de Genentech Ophthalmology Access Solutions tiene experiencia en cobertura de pagadores locales y puede ayudarle a determinar los requisitos de apelación específicos para su paciente.

* En algunos casos, puede que sea necesario enviar una solicitud de excepción de formulario al pagador. Genentech Ophthalmology Access Solutions no puede completar ni enviar apelaciones en su nombre.

18 Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

Proceso de solicitud de apelaciones de VABYSMO

Consideraciones comunes para presentar una apelación

- Siga las directrices y los plazos específicos del pagador para la apelación
- Compruebe la precisión de toda la documentación:
 - Carta de apelación
 - Documentación de denegación
 - Documentación médica
 - Otra documentación de apoyo
- ¿Se ha establecido la cobertura de VABYSMO para la afección/el diagnóstico del paciente?
- ¿Se incluyó en la autorización previa toda la información requerida por el pagador?
- ¿La información del seguro médico era correcta?
- ¿Cambió el seguro médico del paciente o se venció la cobertura?

Inicie el proceso de apelaciones

Para los pagadores comerciales, normalmente hay 3 niveles de apelaciones para obtener la decisión de un plan de salud:

Primera apelación

Póngase en contacto con el pagador para solicitar una reconsideración de la denegación, lo que puede ser una conversación entre colegas con el revisor médico.

Segunda apelación

En este paso, un director médico del plan suele revisar la apelación para determinar si se debe aceptar la solicitud dentro de las directrices de la cobertura.

Revisión externa independiente

Si los intentos de apelación de una decisión de cobertura no han tenido éxito, un tercero independiente puede llevar a cabo una revisión externa para tomar una decisión vinculante.

Visite **CMS.gov** para obtener información adicional sobre el proceso de apelaciones. También puede encontrar un ejemplo de una carta de apelación en **VABYSMO.com/support**.

Asistencia para la reverificación de beneficios

Las inyecciones de VABYSMO se programarán aproximadamente cada 1 a 4 meses en el consultorio del especialista en la retina, o según lo determine el especialista en la retina.

Puede solicitar una reverificación de los beneficios para sus pacientes a Genentech Ophthalmology Access Solutions

Las consideraciones para las reverificaciones incluyen lo siguiente:

-  Identificar qué pacientes requieren reverificaciones
-  Documentar los números de autorización previa y las fechas de vencimiento
-  Recopilar los formularios y documentos requeridos
-  Trabajar dentro del plazo requerido para evitar retrasos en el tratamiento

Realizar reverificaciones de forma proactiva puede ayudar a evitar posibles interrupciones en el tratamiento de sus pacientes con VABYSMO.

Las reverificaciones de beneficios ya están disponibles de forma continua a través de My Patient Solutions® para consultorios de atención médica.

Servicios de apoyo al paciente de Genentech para VABYSMO

Genentech está aquí para ayudar a sus pacientes a comenzar a acceder y seguir accediendo a VABYSMO

Creemos que todas las personas deben recibir el VABYSMO que necesitan y ofrecemos programas para ayudar a que esto suceda.



Genentech Ophthalmology Access Solutions

Para personas que necesitan ayuda para comprender la cobertura del seguro médico y los costos relacionados con VABYSMO



Genentech Patient Foundation

Para las personas que no tengan cobertura de seguro médico o que tengan inquietudes sobre el costo de VABYSMO y que cumplan ciertos requisitos de elegibilidad



Opciones de asequibilidad

Para las personas que tienen seguro médico y no pueden pagar VABYSMO:

- Programa de copago de Genentech Ophthalmology
- Derivaciones de fundaciones independientes de asistencia para copagos[†]

¿No está seguro de lo que necesita?
Visite [VABYSMO.com/support](https://www.vabysmo.com/support) para obtener más información.
O llame al **(833) EYE-GENE/(833) 393-4363** de lunes a viernes,
de 9 a. m. a 8 p. m., hora del este.

El paciente y el proveedor de atención médica son responsables de completar y enviar la cobertura, o el reembolso, de la documentación relacionada. Genentech no realiza ninguna declaración ni garantiza la cobertura o el reembolso de ningún servicio o artículo.



VABYSMO[™]
faricimab-svoa injection 6 mg

Elija cómo quiere conectarse con nosotros

- Visite **VABYSMO.com/support**
- Llame a nuestros especialistas al **(833) EYE-GENE/(833) 393-4363**
- Obtenga asistencia de un **gerente de reembolso de campo (Field Reimbursement Manager, FRM)**
- Gestione a sus pacientes en línea con **My Patient Solutions® para prácticas de atención médica**

Consulte la Información de seguridad importante en la Información de prescripción completa de VABYSMO.

VABYSMO y My Patient Solutions son marcas comerciales registradas y el logotipo de VABYSMO es una marca comercial de Genentech, Inc.

©2023 Genentech EE. UU., Inc. So. San Francisco, CA
Todos los derechos reservados. M-US-00018895(v1.0) 06/23 Impreso en los EE. UU.

Genentech
A Member of the Roche Group



ASPECTOS DESTACADOS DE LA INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN
Estos aspectos destacados no incluyen toda la información necesaria para utilizar VABYSMO de manera segura y eficaz. Consulte la información de prescripción completa de VABYSMO.

VABYSMO® (faricimab-svoa) inyección, para uso intravítreo
Aprobación inicial en los EE. UU.: 2022

CAMBIOS RECIENTES IMPORTANTES

Indicaciones y uso, edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR) (1.3)	10/2023
Posología y administración, edema macular diabético (2.3)	1/2023
Posología y administración, edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (2.4)	10/2023
Advertencias y precauciones, vasculitis retiniana u oclusión vascular retiniana (5.4)	10/2023

INDICACIONES Y USO

VABYSMO es un factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF, por sus siglas en inglés) y un inhibidor de la angiopoyetina 2 (Ang-2) indicado para el tratamiento de pacientes con lo siguiente:

- Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda) (1.1)
- Edema macular diabético (EMD) (1.2)
- Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR) (1.3)

POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

Para inyección intravítrea. (2.1)

- **Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)**
 - La dosis recomendada para VABYSMO es de 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensual) en las primeras 4 dosis, seguida de una tomografía de coherencia óptica y evaluaciones de agudeza visual entre 8 y 12 semanas después para informar si se debe administrar una dosis de 6 mg mediante inyección intravítrea en uno de los siguientes tres regímenes: 1) semanas 28 y 44; 2) semanas 24, 36 y 48, o 3) semanas 20, 28, 36 y 44. Aunque en la mayoría de los pacientes no se demostró más eficacia cuando se administró VABYSMO cada 4 semanas, en comparación con cada 8 semanas, algunos pacientes pueden necesitar una dosificación cada 4 semanas (mensual) después de las primeras 4 dosis. Se debe evaluar a los pacientes con regularidad. (2.2)
- **Edema macular diabético (EMD)**
 - Se recomienda administrar VABYSMO siguiendo uno de estos dos regímenes de dosis: 1) 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 días ± 7 días, mensual) en al menos 4 dosis. Si después de al menos 4 dosis se logra la resolución del edema en función del espesor del subcampo central (CST, por sus siglas en inglés) de la mácula, según lo medido por la tomografía de coherencia

óptica, se puede modificar el intervalo de dosificación mediante extensiones con aumentos del intervalo de hasta 4 semanas o reducciones con aumentos del intervalo de hasta 8 semanas, de acuerdo con las evaluaciones del CST y la agudeza visual, o 2) se puede administrar una dosis de 6 mg de VABYSMO cada 4 semanas en las primeras 6 dosis, seguida de una dosis de 6 mg mediante inyección intravítrea en intervalos cada 8 semanas (2 meses). Aunque en la mayoría de los pacientes no se demostró más eficacia cuando se administró VABYSMO cada 4 semanas, en comparación con cada 8 semanas, algunos pacientes pueden necesitar una dosificación cada 4 semanas (mensual) después de las primeras 4 dosis. Se debe evaluar a los pacientes con regularidad. (2.3)

- **Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)**
 - La dosis recomendada de VABYSMO es de 6 mg (0.05 ml de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensualmente) durante 6 meses. (2.4)

FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES

Inyección: solución de 120 mg/ml en un vial de dosis única (3)

CONTRAINDICACIONES

- Infección ocular o periocular (4.1)
- Inflamación intraocular activa (4.2)
- Hipersensibilidad (4.3)

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- Después de las inyecciones intravítreas, pueden producirse endoftalmis y desprendimientos de retina. Se debe indicar a los pacientes que informen sin demora cualquier síntoma que sugiera endoftalmis o desprendimiento de retina, para permitir el manejo oportuno y adecuado. (5.1)
- Se han observado aumentos de la presión intraocular dentro de los 60 minutos posteriores a una inyección intravítrea. (5.2)
- Existe un posible riesgo de eventos tromboembólicos arteriales (ETA) asociados con la inhibición del VEGF. (5.3)

REACCIONES ADVERSAS

Las reacciones adversas más frecuentes (≥5%) informadas en pacientes que recibieron VABYSMO fueron cataratas (15%) y hemorragia conjuntival (8%). (6.1)

Para notificar SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS, comuníquese con Genentech al 1-888-835-2555 o con la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) al 1-800-FDA-1088 o en www.fda.gov/medwatch.

Consulte la sección 17 para obtener INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE.

Revisado: 10/2023

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN COMPLETA: ÍNDICE*

1 INDICACIONES Y USO

- 1.1 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)
- 1.2 Edema macular diabético (EMD)

2 POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

- 2.1 Información general sobre dosificación
- 2.2 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)
- 2.3 Edema macular diabético (EMD)
- 2.4 Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)
- 2.5 Preparación para la administración
- 2.6 Procedimiento de inyección

3 FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES

4 CONTRAINDICACIONES

- 4.1 Infecciones oculares o perioculares
- 4.2 Inflamación intraocular activa
- 4.3 Hipersensibilidad

5 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- 5.1 Endoftalmis y desprendimientos de retina
- 5.2 Aumento de la presión intraocular
- 5.3 Eventos tromboembólicos
- 5.4 Vasculitis retiniana u oclusión vascular retiniana

6 REACCIONES ADVERSAS

- 6.1 Experiencia en ensayos clínicos
- 6.2 Experiencia posterior a la comercialización

8 USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

- 8.1 Embarazo
- 8.2 Lactancia
- 8.3 Mujeres y hombres con capacidad reproductiva
- 8.4 Uso pediátrico
- 8.5 Uso geriátrico

11 DESCRIPCIÓN

12 FARMACOLOGÍA CLÍNICA

- 12.1 Mecanismo de acción
- 12.2 Farmacodinámica
- 12.3 Farmacocinética
- 6.2 Inmunogenicidad

13 TOXICOLOGÍA NO CLÍNICA

- 13.1 Carcinogénesis, mutagénesis, deterioro de la fertilidad

14 ESTUDIOS CLÍNICOS

- 14.1 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)
- 14.2 Edema macular diabético (EMD)
- 14.3 Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)

16 PRESENTACIÓN/ALMACENAMIENTO Y MANEJO

- 16.1 Presentación
- 16.2 Almacenamiento y manejo

17 INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE

* No se enumeran las secciones o subsecciones omitidas de la Información de prescripción completa.

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN COMPLETA

1 INDICACIONES Y USO

VABYSMO es un factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y un inhibidor de la angiopoyetina 2 (Ang-2) indicado para el tratamiento de pacientes con lo siguiente:

- 1.1 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)**
- 1.2 Edema macular diabético (EMD)**
- 1.3 Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)**

2 POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

2.1 Información general sobre dosificación

Para inyección intravítrea. VABYSMO debe ser administrado por un médico calificado. Cada vial debe usarse únicamente para el tratamiento de un solo ojo.

2.2 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)

La dosis recomendada para VABYSMO es de 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensual) en las primeras 4 dosis, seguida de una tomografía de coherencia óptica y evaluaciones de agudeza visual entre 8 y 12 semanas después para informar si se debe administrar una dosis de 6 mg mediante inyección intravítrea en uno de los siguientes tres regímenes: 1) semanas 28 y 44; 2) semanas 24, 36 y 48 o 3) semanas 20, 28, 36 y 44. Aunque en la mayoría de los pacientes no se demostró más eficacia cuando se administró VABYSMO cada 4 semanas, en comparación con cada 8 semanas, algunos pacientes pueden necesitar una dosificación cada 4 semanas (mensual) después de las primeras 4 dosis. Se debe evaluar a los pacientes con regularidad.

2.3 Edema macular diabético (EMD)

Se recomienda administrar VABYSMO siguiendo uno de estos dos regímenes de dosis: 1) 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensual) en al menos 4 dosis. Si después de al menos 4 dosis se logra la resolución del edema en función del espesor del subcampo central (CST, por sus siglas en inglés) de la mácula, según lo medido por la tomografía de coherencia óptica, se puede modificar el intervalo de dosificación mediante extensiones en intervalos de hasta 4 semanas o reducciones en intervalos de hasta 8 semanas, de acuerdo con las evaluaciones del CST y la agudeza visual, o 2) se puede administrar una dosis de 6 mg de VABYSMO cada 4 semanas en las primeras 6 dosis, seguida de una dosis de 6 mg mediante inyección intravítrea en intervalos de cada 8 semanas (2 meses). Aunque en la mayoría de los pacientes no se demostró más eficacia cuando se administró VABYSMO cada 4 semanas, en comparación con cada 8 semanas, algunos pacientes pueden necesitar una dosificación cada 4 semanas (mensual) después de las primeras 4 dosis. Se debe evaluar a los pacientes con regularidad.

2.4 Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)

La dosis recomendada de VABYSMO es de 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensualmente) durante 6 meses.

2.5 Preparación para la administración

1. Antes de comenzar:

- Lea todas las instrucciones detenidamente antes de usar VABYSMO.
 - El kit de VABYSMO incluye un vial de vidrio y una aguja de transferencia con filtro. El vial de vidrio es para una dosis única. La aguja con filtro es solamente para un solo uso.
 - VABYSMO debe almacenarse refrigerado a temperaturas entre 2 °C y 8 °C (de 36 °F a 46 °F). **No** lo congele. **No** lo agite.
 - Permita que VABYSMO alcance la temperatura ambiente, entre 20 °C y 25 °C (de 68 °F a 77 °F) antes de proceder con la administración. El vial de VABYSMO se puede mantener a temperatura ambiente durante un máximo de 24 horas. Conserve el vial en la caja original para protegerlo de la luz.
 - VABYSMO debe inspeccionarse visualmente antes de la administración para detectar partículas o cambios de color. VABYSMO es una solución líquida de transparente a opalescente y de incolora a un color amarillo parduzco. **No** lo utilice si se observan partículas, turbidez o cambio de color. **No** lo utilice si el empaque, el vial o la aguja de transferencia con filtro están caducados, dañados o alterados (consulte la **Figura A**).
 - Utilice una técnica aséptica para preparar la inyección intravítrea.
-

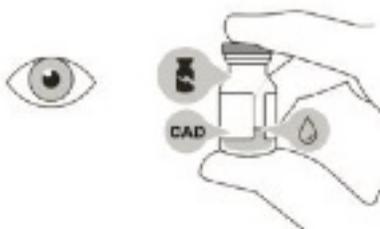


Figura A

2. Reúna los siguientes suministros:

- Un vial de VABYSMO (incluido)
 - Una aguja estéril de transferencia con filtro, con punta roma, de 5 micras, calibre 18 x 1½ pulgada (incluida)
 - Una jeringa Luer Lock estéril de 1 ml con marca de dosis de 0.05 ml (**no incluida**)
 - Una aguja estéril para inyección, calibre 30 x ½ pulgada (**no incluida**)
Tenga en cuenta que se recomienda utilizar una aguja para inyección calibre 30 para evitar un aumento de la fuerza necesaria para la inyección que podría suceder con agujas de diámetro más pequeño.
 - Torunda con alcohol (**no incluida**).
-

-
3. Para asegurarse de que todo el líquido se asiente en el fondo del vial, coloque el vial en posición vertical sobre una superficie plana (durante aproximadamente 1 minuto) después de retirarlo del empaque (consulte la **Figura B**). Golpee suavemente el vial con el dedo (consulte la **Figura C**), ya que el líquido puede adherirse a la parte superior del vial.
-



Figura B



Figura C

-
4. Retire la tapa desprendible del vial (consulte la **Figura D**) y limpie el tapón del vial con una torunda con alcohol (consulte la **Figura E**).
-



Figura D



Figura E

-
5. Conecte de forma aséptica y firme la aguja de transferencia con filtro calibre 18 x 1½ pulgada incluida a una jeringa Luer Lock de 1 ml (consulte la **Figura F**).
-

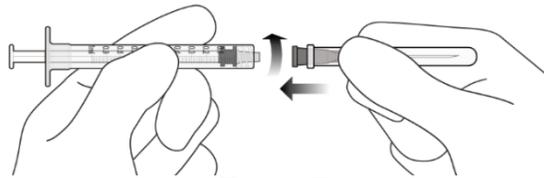


Figura F

-
6. Utilizando una técnica aséptica, introduzca la aguja de transferencia con filtro por el centro del tapón del vial (consulte la **Figura G**), empuje hasta el fondo y luego incline el vial ligeramente de modo que la aguja toque el borde inferior del vial (consulte la **Figura H**).
-

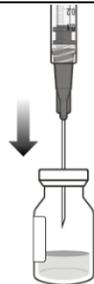


Figura G

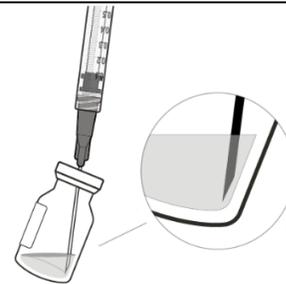


Figura H

-
7. Sostenga el vial ligeramente inclinado y retire **lentamente** todo el líquido del vial (consulte la **Figura I**). Mantenga el bisel de la aguja de transferencia con filtro sumergido en el líquido para evitar que ingrese aire.
-

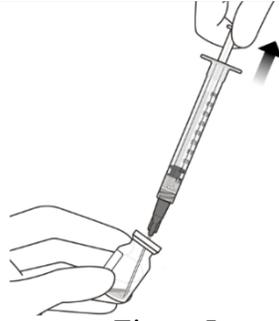


Figura I

-
8. Asegúrese de tirar del vástago del émbolo lo suficientemente hacia atrás al vaciar el vial, para llenar por completo la aguja de transferencia con filtro (consulte la **Figura I**).
-
9. Desconecte la aguja de transferencia con filtro de la jeringa y deséchela de acuerdo con las reglamentaciones locales.

No use la aguja de transferencia con filtro para la inyección intravítrea.

-
10. Conecte de forma aséptica y firme la aguja para inyección calibre 30 x ½ pulgada a la jeringa Luer Lock (consulte la **Figura J**).
-

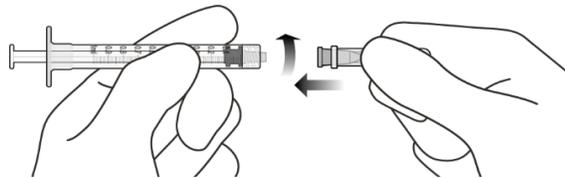


Figura J

-
11. Retire cuidadosamente el protector plástico de la aguja tirando de él hacia afuera de forma recta.
-
12. Para verificar si hay burbujas de aire, sostenga la jeringa con la aguja apuntando hacia arriba. Si hay burbujas de aire, golpee suavemente la jeringa con el dedo hasta que las burbujas suban a la parte superior (consulte la **Figura K**).
-

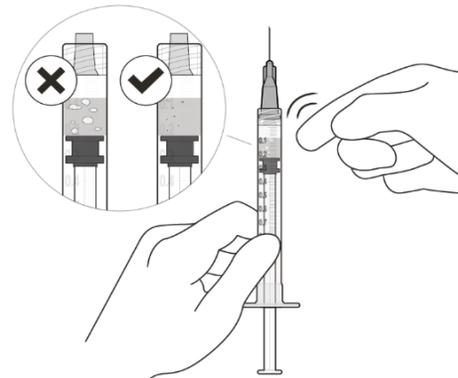


Figura K

-
13. Expulse cuidadosamente el aire de la jeringa y la aguja, y presione **lentamente** el émbolo para alinear la punta del tapón de goma con la marca de dosis de 0.05 ml. La jeringa estará lista para la inyección (consulte la **Figura L**). Asegúrese de que la inyección se administre **inmediatamente** después de preparar la dosis.
-

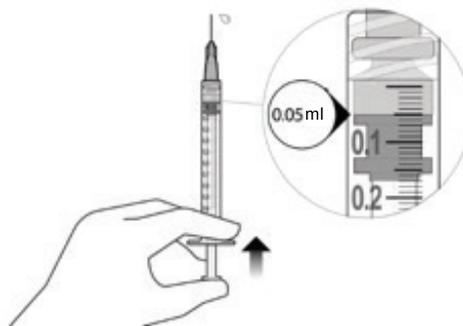


Figura L

2.6 Procedimiento de inyección

El procedimiento de inyección intravítrea debe llevarse a cabo en condiciones asépticas, que incluyen la desinfección quirúrgica de manos, el uso de guantes estériles, un paño estéril y un espéculo palpebral estéril (o equivalente), y se debe disponer de un equipo de paracentesis estéril (si se requiere). Antes de la inyección, se debe administrar la anestesia adecuada y un microbicida de amplio espectro.

Inyecte lentamente hasta que el tapón de goma llegue al final de la jeringa para administrar el volumen de 0.05 ml. Para confirmar que se haya administrado la dosis completa, verifique que el tapón de goma haya llegado al final del cilindro de la jeringa.

Todo medicamento no utilizado o material de desecho debe eliminarse de acuerdo con las reglamentaciones locales.

Inmediatamente después de la inyección intravítrea, se debe monitorear a los pacientes para ver si hay elevación de la presión intraocular. Un monitoreo adecuado puede consistir en una verificación de la perfusión de la cabeza del nervio óptico o una tonometría. Si es necesario, debe haber una aguja de paracentesis estéril disponible.

Después de la inyección intravítrea, se debe indicar a los pacientes que informen sin demora cualquier síntoma que sugiera endoftalmitis o desprendimiento de retina (p. ej., pérdida de la visión, dolor ocular, enrojecimiento del ojo, fotofobia, visión borrosa) [*consulte Información de asesoramiento para el paciente (17)*].

Cada jeringa debe usarse únicamente para el tratamiento de un solo ojo. Si el ojo contralateral requiere tratamiento, se debe usar una nueva jeringa y se deben cambiar el campo estéril, la jeringa, los guantes, los paños, el espéculo palpebral, el filtro y las agujas para inyección antes de administrar VABYSMO en el otro ojo.

3 FORMAS FARMACÉUTICAS Y CONCENTRACIONES

Inyección: solución de 120 mg/ml, de transparente a ligeramente opalescente, de incolora a un color amarillo parduzco en un vial de dosis única.

4 CONTRAINDICACIONES

4.1 Infecciones oculares o perioculares

VABYSMO está contraindicado en pacientes con infecciones oculares o perioculares.

4.2 Inflamación intraocular activa

VABYSMO está contraindicado en pacientes con inflamación intraocular activa.

4.3 Hipersensibilidad

VABYSMO está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al faricimab o a cualquiera de los excipientes de VABYSMO. Las reacciones de hipersensibilidad pueden manifestarse como erupción, prurito, urticaria, eritema o inflamación intraocular grave.

5 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

5.1 Endoftalmitis y desprendimientos de retina

Las inyecciones intravítreas, incluso las de Vabysmo, se han asociado a endoftalmitis y desprendimientos de retina [*consulte Reacciones adversas (6.1)*]. Siempre deben utilizarse técnicas de inyección asépticas adecuadas cuando se administre VABYSMO. Se debe indicar a los pacientes que informen sin demora cualquier signo o síntoma que sugiera endoftalmitis o desprendimiento de retina, para permitir el manejo oportuno y adecuado [*consulte Posología y administración (2.6) e Información de asesoramiento para el paciente (17)*].

5.2 Aumento de la presión intraocular

Se han observado aumentos transitorios de la presión intraocular (PIO) dentro de los 60 minutos posteriores a la inyección intravítrea, incluso con VABYSMO [*consulte Reacciones adversas (6.1)*]. La PIO y la perfusión de la cabeza del nervio óptico deben verificarse y manejarse adecuadamente [*consulte Posología y administración (2.6)*].

5.3 Eventos tromboembólicos

Aunque se observó una tasa baja de eventos tromboembólicos arteriales (ETA) en los ensayos clínicos de VABYSMO, existe un posible riesgo de ETA después del uso intravítreo de inhibidores del VEGF. Los ETA se definen como accidente cerebrovascular no mortal, infarto de miocardio no mortal o muerte vascular (incluidas muertes de causa desconocida).

La incidencia de ETA informados en los estudios de DMAEn durante el primer año fue del 1% (7 de 664) en los pacientes tratados con VABYSMO en comparación con el 1% (6 de 662) en los pacientes tratados con aflibercept [*consulte Estudios clínicos (14.1)*].

La incidencia de ETA informados en los estudios de EMD desde el inicio hasta la semana 100 fue del 5% (64 de 1262) en los pacientes tratados con VABYSMO en comparación con el 5% (32 de 625) en los pacientes tratados con aflibercept [*consulte Estudios clínicos (14.2)*].

La incidencia de ETA informados en los estudios de OVR durante los primeros 6 meses fue del 1% (7 de 641) en los pacientes tratados con VABYSMO, en comparación con el 1.4% (9 de 635) en los pacientes tratados con aflibercept [*consulte Estudios clínicos (14.3)*].

5.4 Vasculitis retiniana u oclusión vascular retiniana

Se ha informado de vasculitis retiniana u oclusión vascular retiniana, generalmente en presencia de inflamación intraocular, con el uso de VABYSMO [*consulte Reacciones adversas (6.2)*]. Discontinúe de manera permanente el tratamiento con VABYSMO en pacientes que desarrollen estos eventos. Se debe indicar a los pacientes que informen sin demora cualquier cambio en la visión.

6 REACCIONES ADVERSAS

Las siguientes reacciones adversas potencialmente serias se describen en otra parte de la ficha técnica:

- Hipersensibilidad [*consulte Contraindicaciones (4)*]
- Endoftalmitis y desprendimientos de retina [*consulte Advertencias y precauciones (5.1)*]
- Aumento de la presión intraocular [*consulte Advertencias y precauciones (5.2)*]
- Eventos tromboembólicos [*consulte Advertencias y precauciones (5.3)*]
- Vasculitis retiniana u oclusión vascular retiniana [*consulte Advertencias y precauciones (5.4)*]

6.1 Experiencia en ensayos clínicos

Debido a que los ensayos clínicos se realizan en condiciones muy variables, las tasas de reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos de un fármaco no se pueden comparar directamente con las tasas de otros ensayos clínicos del mismo fármaco u otro, y podrían no reflejar las tasas observadas en la práctica.

Los datos descritos a continuación reflejan la exposición a VABYSMO en 2567 pacientes, lo cual constituyó la población de seguridad en seis estudios de fase 3 [*consulte Estudios clínicos (14.1, 14.2, 14.3)*].

Tabla 1: Reacciones adversas frecuentes ($\geq 1\%$)

Reacciones adversas	VABYSMO			Control activo (aflibercept)		
	DMAE N=664	EMD N=1262	OVR N=641	DMAE N=662	EMD N=625	OVR N=635
Cataratas	3%	15%	< 1%	2%	12%	1%
Hemorragia conjuntival	7%	8%	3%	8%	7%	4%
Desprendimiento de vítreo	3%	5%	2%	3%	4%	2%
Miodesopsias	3%	4%	2%	2%	3%	2%
Desgarro del epitelio pigmentario de la retina ^a	3%			1%		
Aumento de la presión intraocular	3%	4%	1%	2%	3%	3%
Dolor ocular	3%	3%	< 1%	3%	3%	< 1%
Inflamación intraocular ^b	2%	1%	1%	1%	1%	< 1%
Irritación ocular	1%	< 1%	< 1%	< 1%	1%	< 1%
Aumento del lagrimeo	1%	1%	0	1%	< 1%	< 1%
Molestia ocular	1%	1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%

^a Solamente DMAE
^b Incluidos iridociclitis, iritis, uveítis, vitritis

Las reacciones adversas menos frecuentes informadas en < 1% de los pacientes tratados con VABYSMO fueron abrasión corneal, prurito ocular, hiperemia ocular, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, endoftalmitis, hiperemia conjuntival, reducción de la agudeza visual, reducción transitoria de la agudeza visual, hemorragia vítrea, desgarro de la retina y desprendimiento de retina regmatógeno.

6.2 Experiencia posterior a la comercialización

Las siguientes reacciones adversas se identificaron durante el uso posterior a la aprobación de VABYSMO. Debido a que estas reacciones se informan de manera voluntaria y provienen de una población de tamaño incierto, no siempre es posible calcular eficazmente su frecuencia o establecer una relación causal con la exposición al medicamento.

Trastornos oculares: vasculitis retiniana con o sin oclusión vascular retiniana.

8 USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

8.1 Embarazo

Resumen de riesgos

No hay estudios adecuados y bien controlados de la administración de VABYSMO en mujeres embarazadas.

La administración de VABYSMO a monos hembras preñadas durante todo el período de organogénesis produjo un aumento de la incidencia de abortos con dosis intravenosas (i.v.) 158 veces la exposición humana (en función de la $C_{máx}$) de la dosis máxima recomendada en seres humanos [*consulte Datos en animales*]. En función del mecanismo de acción del VEGF y los inhibidores de Ang-2, existe un posible riesgo para la capacidad reproductiva femenina y para el desarrollo embriofetal. VABYSMO no debe usarse durante el embarazo, a menos que el posible beneficio para la paciente supere el posible riesgo para el feto.

Todos los embarazos tienen un riesgo de base de malformaciones congénitas, pérdida y otros resultados adversos. Se desconoce el riesgo de base de malformaciones congénitas importantes y aborto espontáneo para la población indicada. En la población general de EE. UU., el riesgo de base estimado de malformaciones congénitas importantes es del 2% al 4% y de aborto espontáneo es del 15% al 20% de los embarazos clínicamente reconocidos.

Datos

Datos en animales

Se realizó un estudio de toxicidad en el desarrollo embriofetal en monos *Cynomolgus* hembras preñadas. Las hembras preñadas recibieron 5 inyecciones i.v. semanales de VABYSMO a partir del día 20 de gestación con 1 o 3 mg/kg. Se observó un aumento no dependiente de la dosis de pérdida del embarazo (abortos) con ambas dosis evaluadas. La exposición sérica ($C_{máx}$) en monos hembras preñadas con la dosis baja de 1 mg/kg fue 158 veces la exposición humana con la dosis intravítrea máxima recomendada de 6 mg una vez cada 4 semanas. No se identificó un nivel sin efectos adversos observables (NOAEL, por sus siglas en inglés) en este estudio.

8.2 Lactancia

Resumen de riesgos

No hay información sobre la presencia de faricimab en la leche materna, los efectos del fármaco en el lactante o los efectos del fármaco en la producción de leche. Muchos fármacos se transfieren a la leche materna con una posibilidad de absorción y reacciones adversas en el lactante.

Deben considerarse los beneficios de la lactancia para el desarrollo y la salud junto con la necesidad clínica de la madre de recibir VABYSMO y cualquier posible efecto adverso de VABYSMO en el lactante.

8.3 Mujeres y hombres con capacidad reproductiva

Anticoncepción

Se aconseja a las mujeres con capacidad reproductiva que usen métodos anticonceptivos eficaces antes de la dosis inicial, durante el tratamiento y durante al menos 3 meses después de la última dosis de VABYSMO.

Infertilidad

No se han realizado estudios sobre los efectos del faricimab en la fertilidad humana y se desconoce si el faricimab puede afectar la capacidad reproductiva. En función del mecanismo de acción, el tratamiento con VABYSMO puede representar un riesgo para la capacidad reproductiva.

8.4 Uso pediátrico

No se ha establecido la seguridad y la eficacia de VABYSMO en pacientes pediátricos.

8.5 Uso geriátrico

En los seis estudios clínicos, aproximadamente el 58% (1496/2571) de los pacientes aleatorizados al tratamiento con VABYSMO tenían ≥ 65 años. No se observaron diferencias significativas en la eficacia o la seguridad de faricimab con el aumento de la edad en estos estudios. No es necesario ajustar la dosis en pacientes de 65 años o más.

11 DESCRIPCIÓN

El faricimab-svoa es un anticuerpo humanizado biespecífico de la inmunoglobulina G1 (IgG1) que se une al factor de crecimiento endotelial vascular A (VEGF-A) y a la angiopoyetina 2 (Ang-2). La región del fragmento cristalizante (Fc) de faricimab se diseñó mediante mutaciones puntuales seleccionadas para suprimir las interacciones de unión con el receptor Fc γ y el receptor neonatal para el Fc (FcRn). El faricimab-svoa tiene un peso molecular total de aproximadamente 149 kDa y se produce mediante tecnología de ADN recombinante utilizando un cultivo celular de mamífero derivado de ovario de hámster chino (CHO, por sus siglas en inglés).

La inyección de VABYSMO (faricimab-svoa) es una solución estéril, de transparente a opalescente, de incolora a un color amarillo parduzco, en un vial de vidrio de dosis única para administración intravítrea. Cada vial de dosis única está diseñado para administrar 0.05 ml (50 microlitros) de solución que contiene 6 mg de faricimab-svoa, L-histidina (155 μ g), L-metionina (52.2 μ g), polisorbato 20 (20 μ g), cloruro de sodio (73.1 μ g), D-sacarosa (2.74 mg) y agua para inyección, ajustado a un pH de 5.5 con ácido acético. El producto no contiene conservadores antimicrobianos.

12 FARMACOLOGÍA CLÍNICA

12.1 Mecanismo de acción

El faricimab es un anticuerpo biespecífico humanizado que actúa a través de la inhibición de dos vías mediante la unión a VEGF-A y Ang-2. Al inhibir el VEGF-A, el faricimab suprime la proliferación de células endoteliales, la neovascularización y la permeabilidad vascular. Al inhibir la Ang-2, se cree que el faricimab promueve la estabilidad vascular y desensibiliza los vasos sanguíneos a los efectos del VEGF-A. Los niveles de Ang-2 aumentan en algunos pacientes con DMAEn, EMD y OVR. Aún no se ha establecido la contribución de la inhibición de Ang-2 al efecto del tratamiento y la respuesta clínica para la DMAEn, el EMD y la OVR.

12.2 Farmacodinámica

El aumento del espesor de la retina, evaluado mediante tomografía de coherencia óptica (OCT, por sus siglas en inglés), se asocia a la DMAEn, el EMD y el edema macular secundario a OVR. La filtración de sangre y líquido de la neovascularización coroidea, evaluada mediante angiografía con fluoresceína, se asocia a la DMAEn. Se observaron reducciones en el CST en todos los grupos de tratamiento en los seis estudios de fase 3 sobre DMAEn, EMD y OVR.

12.3 Farmacocinética

Absorción/distribución

Se estima que las concentraciones plasmáticas máximas ($C_{m\acute{a}x}$) de faricimab ocurren aproximadamente 2 días después de la dosis. Se estima que la $C_{m\acute{a}x}$ media (\pm DE) de faricimab libre (no unido a VEGF-A ni Ang-2) en plasma es de 0.23 (0.07) μ g/ml y de 0.22 (0.07) μ g/ml en pacientes con DMAEn y EMD, respectivamente. Después de administraciones intravítreas repetidas, se prevé que la media de las concentraciones plasmáticas mínimas de faricimab libre será de 0.002 a 0.003 μ g/ml para la dosificación cada 8 semanas (c8s) y de 0.021 a 0.029 μ g/ml para la dosificación cada 4 semanas (c4s). Aunque no se midió directamente en el vítreo, no se espera acumulación de faricimab en el vítreo y no se ha observado acumulación en plasma cuando se administraron dosis repetidas de faricimab en el vítreo.

Metabolismo/eliminación

El metabolismo y la eliminación del faricimab no se han caracterizado en su totalidad. Se espera que el faricimab se catabolice en los lisosomas a pequeños péptidos y aminoácidos, que pueden excretarse por vía renal, de manera similar a la eliminación de la IgG endógena. La semivida sistémica aparente media estimada de faricimab es aproximadamente de 7.5 días.

Poblaciones específicas

La farmacocinética sistémica del faricimab no se vio afectada por el sexo, la raza o la insuficiencia renal de leve a grave (es decir, depuración de creatinina normalizada estimada mediante la ecuación de Cockcroft-Gault: de 15 a 89 ml/min/1.73 m²). Se desconoce el efecto de la insuficiencia renal grave o de cualquier grado de insuficiencia hepática en la farmacocinética de VABYSMO. No se requiere ninguna modificación especial de la dosis para ninguna de las poblaciones estudiadas (p. ej., edad avanzada, sexo, raza).

El análisis farmacocinético de la población ha mostrado que la farmacocinética de faricimab es similar en pacientes con DMAEn, EMD y OVR.

12.6 Inmunogenicidad

La inmunogenicidad de VABYSMO se evaluó en muestras de plasma. Los datos de inmunogenicidad reflejaron el porcentaje de pacientes cuyos resultados de la prueba se consideraron positivos para anticuerpos contra VABYSMO en los inmunoensayos. La detección de una respuesta inmunitaria depende en gran medida de la sensibilidad y la especificidad de los ensayos utilizados, la manipulación de las muestras, el momento de la obtención de las muestras, los medicamentos concomitantes y las enfermedades subyacentes. Por estos motivos, comparar la incidencia de anticuerpos contra VABYSMO con la incidencia de anticuerpos contra otros productos puede ser engañoso.

Existe la posibilidad de que haya una respuesta inmunitaria en pacientes tratados con VABYSMO. En los estudios de DMAEn, EMD y OVR, la incidencia previa al tratamiento de anticuerpos contra el faricimab fue aproximadamente de 0.8% a 1.8%. Después de iniciar la dosificación, la incidencia de anticuerpos contra el faricimab fue aproximadamente de 8% a 10.4% en los pacientes tratados con VABYSMO a lo largo de los estudios. Al igual que con todas las proteínas terapéuticas, existe la posibilidad de que haya inmunogenicidad con VABYSMO.

13 TOXICOLOGÍA NO CLÍNICA

13.1 Carcinogénesis, mutagénesis y deterioro de la fertilidad

No se dispone de datos de carcinogenicidad o mutagenicidad para la inyección de VABYSMO en animales o seres humanos.

En función de los mecanismos de acción antiVEGF y Ang-2, el tratamiento con VABYSMO puede representar un riesgo para la capacidad reproductiva [*consulte Mujeres y hombres con capacidad reproductiva (8.3)*].

14 ESTUDIOS CLÍNICOS

14.1 Degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) (húmeda)

La seguridad y eficacia de VABYSMO se evaluaron en dos estudios aleatorizados, multicéntricos, con doble enmascaramiento, controlados con comparador activo, de 2 años de duración (TENAYA – NCT03823287 y LUCERNE – NCT03823300) en pacientes con DMAEn.

En estos estudios, se inscribió a un total de 1329 pacientes con diagnóstico reciente sin tratamiento previo y 664 pacientes recibieron al menos una dosis de VABYSMO. La edad de los pacientes osciló entre 50 y 99 años, con una media de 75.9 años. Los estudios tuvieron una duración de 2 años y se diseñaron de manera idéntica. Los pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1 a uno de dos grupos de tratamiento: 1) 2 mg de aflibercept administrados en dosis fijas cada 8 semanas (c8s) después de tres dosis mensuales iniciales, y 6 mg de VABYSMO (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) administrados mediante inyección intravítrea cada 4 semanas (aproximadamente cada 28 ± 7 días, mensual) en las primeras 4 dosis, seguidos de una tomografía de coherencia óptica y evaluaciones de agudeza visual 8 y 12 semanas después para determinar si se debe administrar una dosis de 6 mg (0.05 ml de solución de 120 mg/ml) mediante inyección intravítrea en uno de los siguientes tres regímenes: 1) semanas 28 y 44, (también denominada dosificación c16s); 2) semanas 24, 36 y 48 (también denominada dosificación c12s) o 3) semanas 20, 28, 36 y 44 (también denominada dosificación c8s). Sin embargo, no se ha establecido la utilidad de estos criterios para guiar los intervalos de dosificación.

En la semana 48, después de 4 dosis iniciales mensuales en el grupo de VABYSMO, el 45% de los pacientes recibió la dosificación en las semanas 28 y 44, el 33% de los pacientes recibió la dosificación en las semanas 24, 36 y 48, y el 22% restante de los pacientes recibió la dosificación cada 8 semanas. Estos porcentajes reflejan lo que sucedió durante la realización de estos ensayos e indican que algunos pacientes tuvieron buenos resultados con dos (2) dosis con un intervalo de 16 semanas entre una y otra, o tres (3) dosis con un intervalo de 12 semanas entre una y otra, pero es posible que los porcentajes no se puedan generalizar a una población más amplia con DMAEn por diversos motivos. Los criterios de inclusión/exclusión limitaron la inscripción a un subconjunto selecto de pacientes con DMAEn de diagnóstico reciente sin tratamiento previo y no hay datos empíricos de que se observaría una magnitud similar si los criterios de elegibilidad permitieran una inscripción más amplia. Los criterios de actividad de la enfermedad, que fueron fundamentales para determinar la frecuencia de la dosis, no están validados. Criterios más estrictos habrían cambiado la forma en que se trató a los pacientes, lo que hubiera producido diferentes porcentajes de sujetos en cada cohorte de intervalo de dosis. No hubo un grupo de aflibercept con dosis similares como para hacer una comparación, lo que dificulta la interpretación de los porcentajes.

Ambos estudios demostraron que no hay inferioridad con respecto al control comparador (aflibercept) en el criterio de valoración primario, definido como el cambio medio desde el inicio en la mejor agudeza visual corregida (MAVC), cuando se promedió a lo largo de las visitas de las semanas 40, 44 y 48, y se midió usando la tabla de letras del Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética (ETDRS, por sus siglas en inglés). El análisis del criterio de valoración primario fue una comparación de no inferioridad para el cambio medio en la MAVC entre el grupo de aflibercept y el grupo de VABYSMO. El límite inferior del intervalo de confianza del 95% para el cambio medio en la MAVC no podía ser inferior a letras menos 4 para declarar la no inferioridad. En ambos estudios, los pacientes tratados con VABYSMO tuvieron un cambio medio no inferior desde el inicio en la MAVC, en comparación con los pacientes tratados con aflibercept. Los resultados detallados de ambos estudios se muestran en la Tabla 2, la Figura 1 y la Figura 2 a continuación. No se ha revisado la eficacia clínica para el segundo año del estudio.

Tabla 2: Resultados del criterio de valoración primario^a en los estudios TENAYA y LUCERNE

	TENAYA		LUCERNE	
	VABYSMO N = 334	Aflibercept N = 337	VABYSMO N = 331	Aflibercept N = 327
Cambio medio en la MAVC, según lo medido por el puntaje de letras del ETDRS desde el inicio (IC del 95%)	5.8 (4.6, 7.1)	5.1 (3.9, 6.4)	6.6 (5.3, 7.8)	6.6 (5.3, 7.8)
Diferencia en la media de LS (IC del 95%)	0.7 (-1.1, 2.5)		0.0 (-1.7, 1.8)	

^a Promedio de las semanas 40, 44 y 48

MAVC: mejor agudeza visual corregida

ETDRS: Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética

IC: intervalo de confianza

LS: mínimos cuadrados

Figura 1: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta la semana 48 en TENAYA

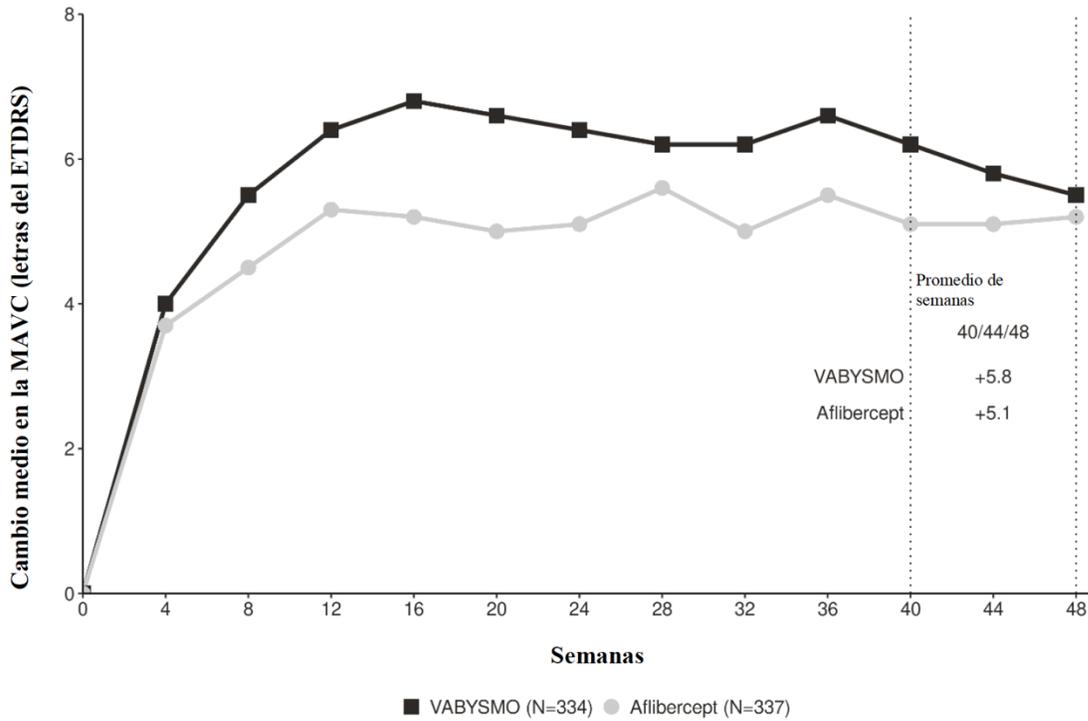
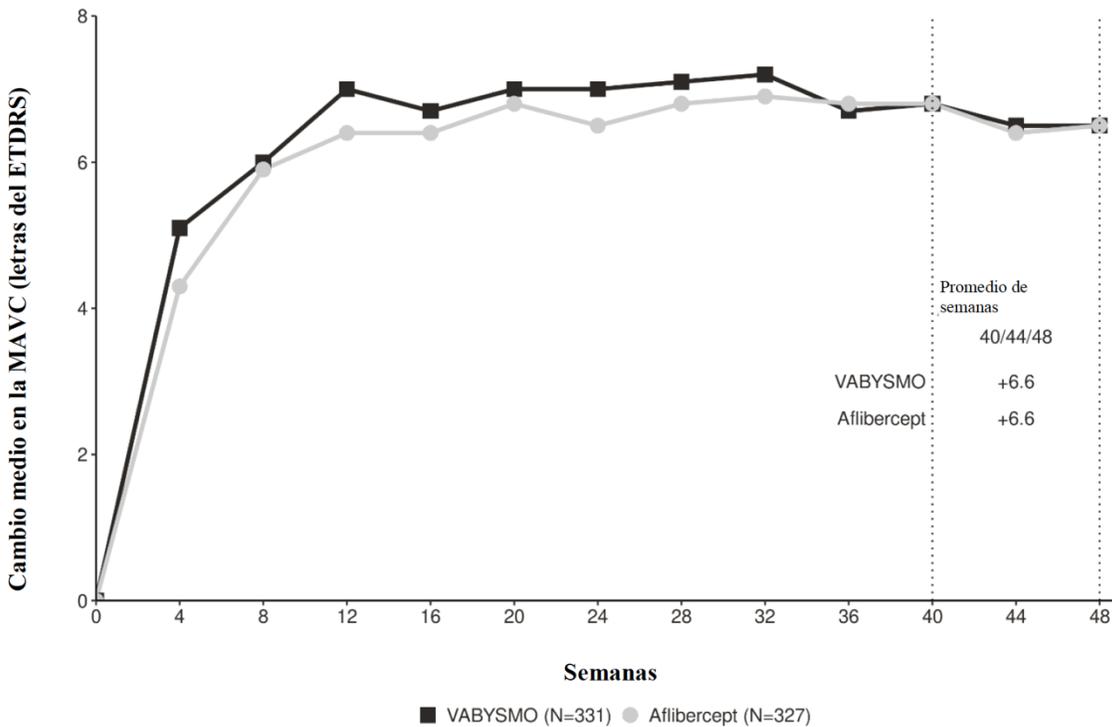


Figura 2: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta la semana 48 en LUCERNE



Los efectos del tratamiento en los subgrupos evaluables (p. ej., edad, sexo, raza, agudeza visual inicial) de cada estudio fueron congruentes con los resultados de la población general.

14.2 Edema macular diabético (EMD)

La seguridad y la eficacia de VABYSMO se evaluaron en dos estudios aleatorizados, multicéntricos, con doble enmascaramiento, controlados con comparador activo, de 2 años de duración (YOSEMITE – NCT03622580 y RHINE – NCT03622593) en pacientes con EMD.

En los dos estudios se inscribió a un total de 1891 pacientes diabéticos y en total 1262 pacientes recibieron tratamiento con al menos una dosis de VABYSMO. La edad de los pacientes osciló entre 24 y 91 años, con una media de 62.2 años. La población general incluyó pacientes sin tratamiento antiVEGF previo (78%) y pacientes que habían sido tratados previamente con un inhibidor del VEGF antes de participar en el estudio (22%).

Los estudios tuvieron una duración de 2 años y se diseñaron de manera idéntica. Los pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1:1 a uno de los tres regímenes de tratamiento: 1) aflibercept c8s, los pacientes recibieron 2 mg de aflibercept en dosis fijas administradas cada 8 semanas (c8s) después de las primeras cinco dosis mensuales; 2) VABYSMO c8s, los pacientes recibieron 6 mg de VABYSMO en dosis fijas administradas c8s después de las primeras seis dosis mensuales; y 3) VABYSMO variable, los pacientes recibieron 6 mg de VABYSMO administrados cada 4 semanas en al menos 4 dosis y hasta que el espesor del subcampo central (CST) de la mácula, medido por la tomografía de coherencia óptica, fuera inferior a aproximadamente 325 micras, entonces se modificaba el intervalo de dosificación mediante extensiones del intervalo de hasta 4 semanas o reducciones con intervalos de hasta 8 semanas, de acuerdo con los criterios del CST y de actividad de la enfermedad de agudeza visual en las visitas de dosificación del fármaco del estudio.

Después de 4 dosis iniciales mensuales, los pacientes del grupo de VABYSMO variable recibieron entre un mínimo de 1 y un máximo de 21 inyecciones en total (promedio de 7 inyecciones) hasta la semana 96 inclusive. En la semana 56 el 32% de los pacientes había completado al menos un intervalo c12s seguido de un intervalo c16s completo. El 17% de los pacientes recibió tratamiento en intervalos de dosificación c8s o c4s hasta la semana 56 (el 7% solo c4s). Estos porcentajes reflejan lo que sucedió durante la realización de estos ensayos, pero es posible que los porcentajes no se puedan generalizar a una población más amplia con EMD.

Los criterios de inclusión/exclusión limitaron la inscripción a un subconjunto selecto de pacientes con EMD y no hay datos empíricos de que se observaría una magnitud similar si los criterios de elegibilidad permitieran una inscripción más amplia. Los criterios de actividad de la enfermedad, que fueron fundamentales para determinar la frecuencia de la dosis, no están validados. Criterios distintos habrían cambiado la forma en que se trató a los pacientes dando como resultado diferentes porcentajes de sujetos en cada cohorte de intervalo de dosis. No hubo un grupo de aflibercept con dosis similares como para hacer una comparación, lo que dificulta la interpretación de los porcentajes.

Ambos estudios demostraron que no hay inferioridad con respecto al control comparador (aflibercept) en el criterio de valoración primario, definido como el cambio medio desde el inicio en la MAVC en el año 1 (promedio de las visitas de las semanas 48, 52 y 56), medido por el puntaje de letras del ETDRS. El análisis del criterio de valoración primario fue una comparación de no inferioridad para el cambio medio en la MAVC entre el grupo de aflibercept y el grupo de VABYSMO. El límite inferior del intervalo de confianza del 97.5% para el cambio medio en la MAVC no podía ser inferior a letras menos 4 para declarar la no inferioridad. En ambos estudios, los pacientes tratados con VABYSMO c8s y VABYSMO variable tuvieron un cambio medio no inferior en la MAVC con respecto al inicio, en comparación con los pacientes tratados con aflibercept c8s en el criterio de valoración del año 1. Los resultados detallados de ambos estudios se muestran en la Tabla 3, la Figura 3 y la Figura 4 a continuación.

Tabla 3: Resultados de eficacia en el Año 1^a y el Año 2^b en los estudios YOSEMITE y RHINE

	YOSEMITE						RHINE					
	Año 1			Año 2			Año 1			Año 2		
	VABYSMO C8s N = 315	VABYSMO variable N = 313	Aflibercept C8s N = 312	VABYSMO C8s N = 262	VABYSMO variable N = 270	Aflibercept C8s N = 259	VABYSMO C8s N = 317	VABYSMO variable N = 319	Aflibercept C8s N = 315	VABYSMO C8s N = 259	VABYSMO variable N = 282	Aflibercept C8s N = 254
Cambio medio en la MAVC, según lo medido por el puntaje de letras del ETDRS desde el inicio (IC del 97.5% en el año 1 e IC del 95% en el año 2)	10.7 (9.4, 12.0)	11.6 (10.3, 12.9)	10.9 (9.6, 12.2)	10.7 (9.4, 12.1)	10.7 (9.4, 12.1)	11.4 (10.0, 12.7)	11.8 (10.6, 13.0)	10.8 (9.6, 11.9)	10.3 (9.1, 11.4)	10.9 (9.5, 12.3)	10.1 (8.7, 11.5)	9.4 (7.9, 10.8)
Diferencia en la media de LS (IC del 97.5% en el año 1 e IC del 95% en el año 2)	-0.2 (-2.0, 1.6)	0.7 (-1.1, 2.5)		-0.7 ^c	-0.7 ^c		1.5 (-0.1, 3.2)	0.5 (-1.1, 2.1)		1.5 ^c	0.7 ^c	

^aPromedio de las semanas 48, 52 y 56

^bPromedio de las semanas 92, 96 y 100

^cNo hubo margen de no inferioridad disponible para el año 2

MAVC: mejor agudeza visual corregida

ETDRS: Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética

IC: intervalo de confianza

LS: mínimos cuadrados

Figura 3: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta el Año 2 (semana 100) en YOSEMITE

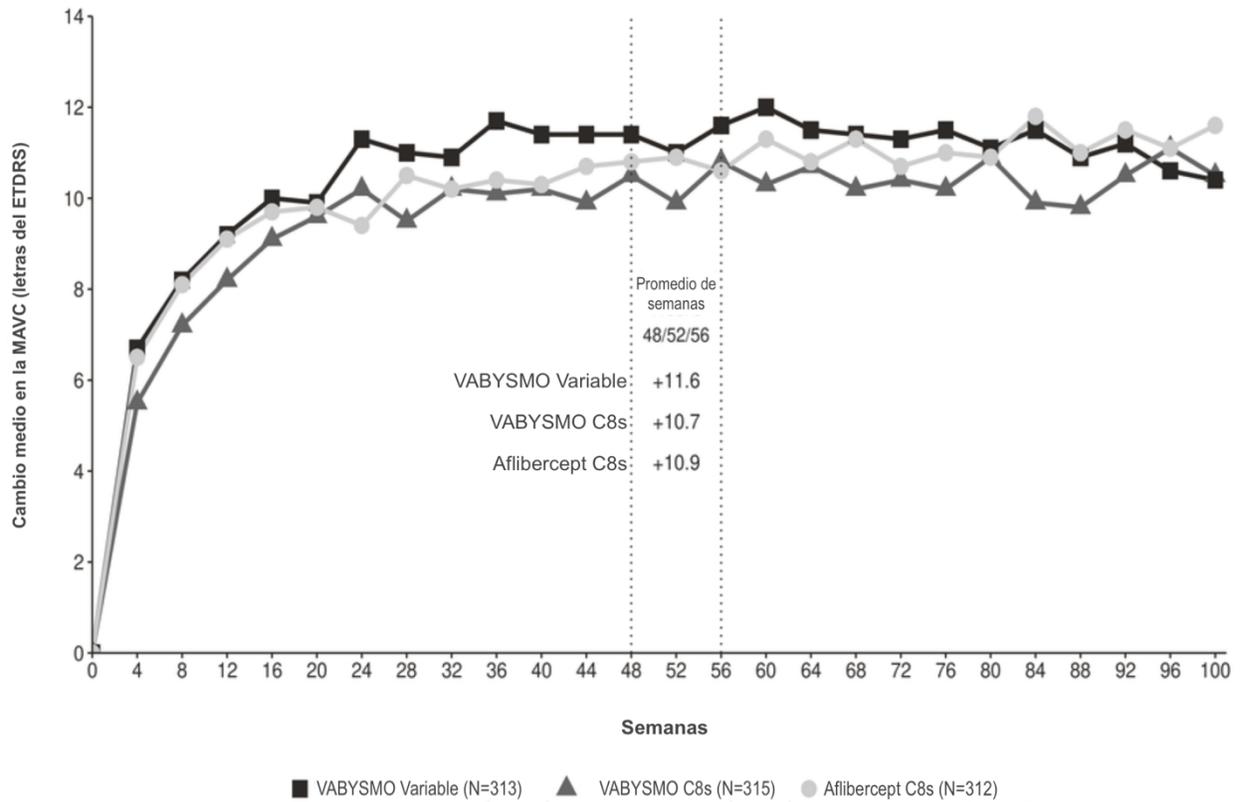
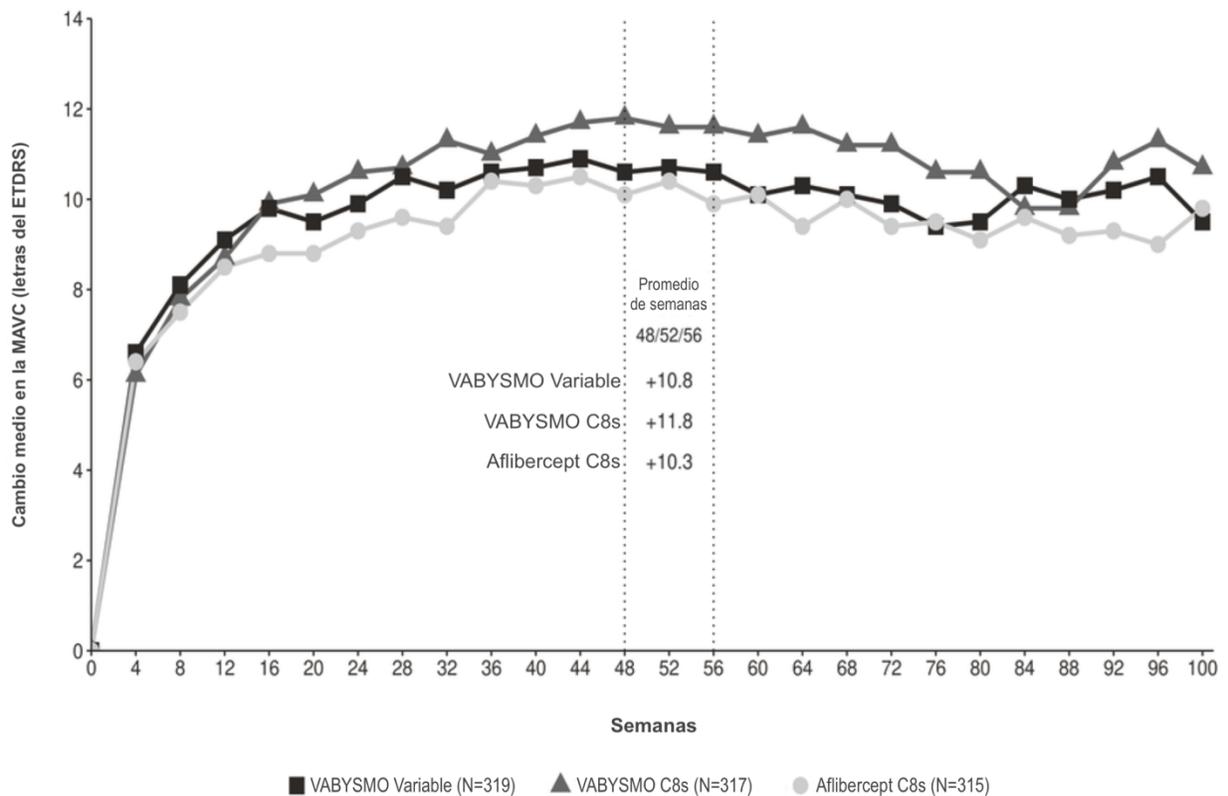


Figura 4: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta el Año 2 (semana 100) en RHINE



Los efectos del tratamiento en el subgrupo de pacientes sin tratamiento antiVEGF previo antes de participar en el estudio fueron similares a los observados en la población general. Los efectos del tratamiento en los subgrupos evaluables (p. ej., por edad, sexo, raza, HbA1c inicial, agudeza visual inicial) de cada estudio fueron en general congruentes con los resultados de la población general.

14.3 Edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR)

La seguridad y la eficacia de VABYSMO se evaluaron en dos estudios aleatorizados, multicéntricos y doble enmascarados (BALATON – NCT04740905 en pacientes con edema macular secundario a oclusión de la rama venosa de la retina y COMINO – NCT04740931 en pacientes con edema macular secundario a oclusión de la vena central de la retina/oclusión de la vena hemirretiniana). Los datos controlados con comparador activo están disponibles hasta el mes 6.

En estos estudios se inscribió un total de 1282 pacientes con diagnóstico reciente sin tratamiento previo, de los cuales 641 pacientes recibieron al menos una dosis de VABYSMO a lo largo de 6 meses. La edad de los pacientes osciló de 18 a 93 años, con un media de 64 años, y de 22 a 100 años, con una media de 65 años, en BALATON y COMINO, respectivamente.

En ambos estudios, los pacientes se aleatorizaron en una proporción 1:1, ya fuera a 6 mg de VABYSMO administrados cada 4 semanas, o al grupo de control, que recibió inyecciones de 2 mg de aflibercept cada 4 semanas, para un total de 6 inyecciones. Los estudios tuvieron una duración de 72 semanas y las visitas especificadas por el protocolo ocurrieron cada 28 ± 7 días.

En ambos estudios, el grupo de 6 mg de VABYSMO cada 4 semanas (Q4W) no demostraron inferioridad ante el grupo de control con comparador (aflibercept) para el criterio de valoración primario, que se definió como el cambio, a partir del inicio, en la MAVC en la semana 24, medida con la Puntuación de Letras del ETDRS. El análisis del criterio de valoración primario fue una comparación de no inferioridad para el cambio medio en la MAVC entre el grupo de aflibercept y el grupo de VABYSMO, en la que el límite inferior del intervalo de confianza del 95% para el cambio medio en la MAVC no podía ser inferior a letras menos 4 para declarar la no inferioridad.

Los resultados detallados de ambos estudios, BALATON y COMINO, se muestran en la Tabla 4, la Figure 5 y la Figure 6, a continuación.

Tabla 4: Resultados del criterio de valoración primario en la semana 24 en los Estudios BALATON y COMINO

	BALATON		COMINO	
	VABYSMO N = 276	Aflibercept N = 277	VABYSMO N = 366	Aflibercept N = 363
Cambio medio en la MAVC, según lo medido por el puntaje de letras del ETDRS desde el inicio (IC del 95%)	16.9 (15.7, 18.1)	17.5 (16.3, 18.6)	16.9 (15.4, 18.3)	17.3 (15.9, 18.8)
Diferencia en la media de LS (IC del 95%)	-0.6 (-2.2, 1.1)		-0.4 (-2.5, 1.6)	

MAVC: mejor agudeza visual corregida

ETDRS: Estudio de tratamiento temprano de la retinopatía diabética

IC: intervalo de confianza

LS: mínimos cuadrados

Figura 5: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta la semana 24 en BALATON

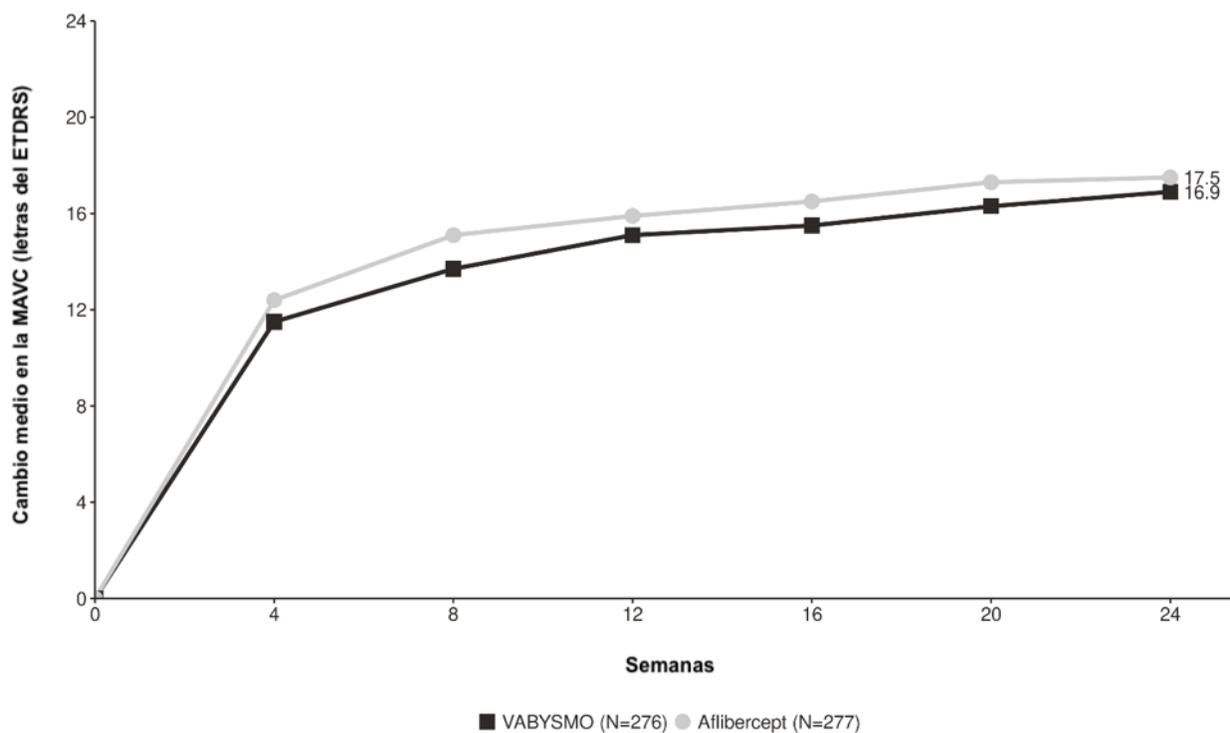
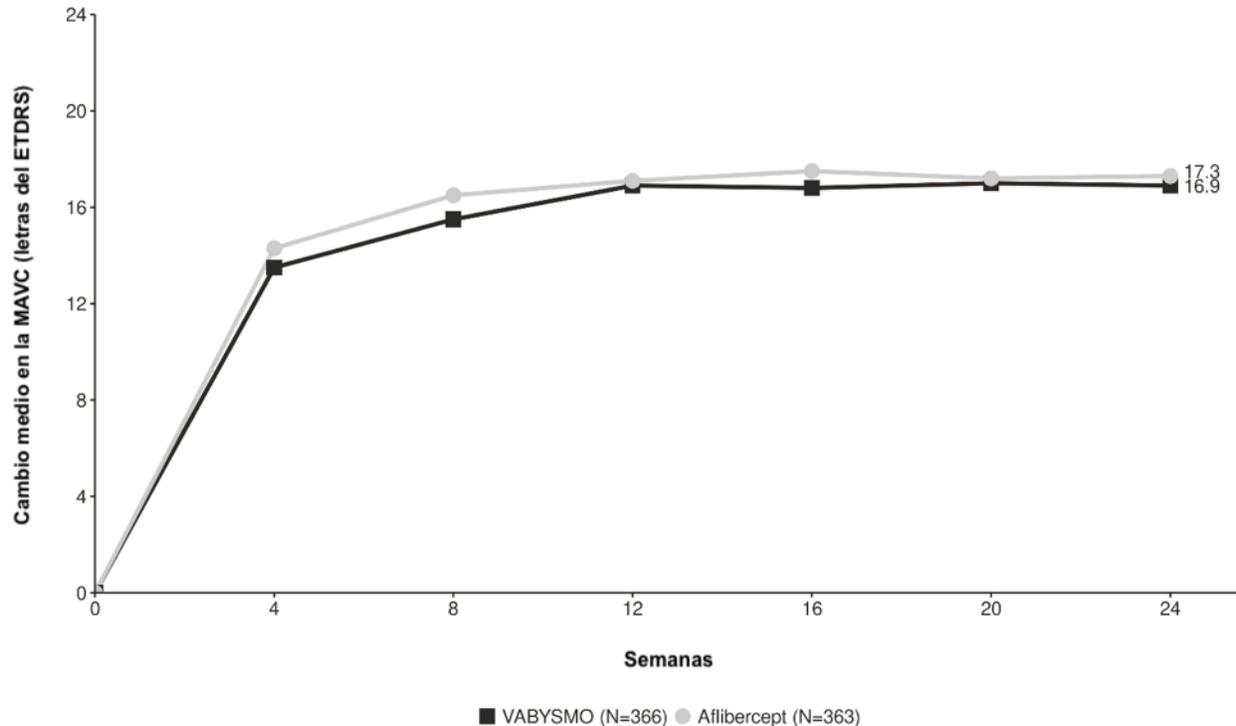


Figura 6: Cambio medio en la agudeza visual desde el inicio hasta la semana 24 en COMINO



16 PRESENTACIÓN/ALMACENAMIENTO Y MANEJO

16.1 Presentación

La inyección de VABYSMO (faricimab-svoa) se suministra como una solución de 120 mg/ml, de transparente a opalescente, de incolora a un color amarillo parduzco, en un vial de vidrio de dosis única. Cada vial de vidrio contiene una cantidad excedente para permitir la administración de una dosis única de 0.05 ml de solución que contiene 6 mg de VABYSMO. Cada caja de VABYSMO (NDC 50242-096-01) contiene un vial de vidrio y una aguja estéril de transferencia con filtro, con punta roma, de 5 micras (calibre 18 x 1½ pulgada, 1.2 mm x 40 mm).

16.2 Almacenamiento y manejo

Almacene VABYSMO en el refrigerador a una temperatura entre 2 °C y 8 °C (de 36 °F a 46 °F). No lo congele. No lo agite. Conserve el vial en la caja original para protegerlo de la luz.

Antes del uso, el vial de vidrio de VABYSMO sin abrir se puede mantener a temperatura ambiente, entre 20 °C y 25 °C (de 68 °F a 77 °F), durante un máximo de 24 horas. Asegúrese de que la inyección se administre inmediatamente después de preparar la dosis.

17 INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO PARA EL PACIENTE

Informe a los pacientes que, en los días posteriores a la administración de VABYSMO, los pacientes corren el riesgo de presentar endoftalmitis, desprendimiento de retina, inflamación intraocular y vasculitis retiniana con o sin oclusión vascular retiniana. Si el ojo se vuelve rojo, sensible a la luz, doloroso o presenta un cambio en la visión, aconseje al paciente que busque atención inmediata de un oftalmólogo [*consulte Advertencias y precauciones (5)*].

Los pacientes pueden sufrir alteraciones visuales temporales después de una inyección intravítrea con VABYSMO y los exámenes oculares asociados [*consulte Reacciones adversas (6)*]. Aconseje a los pacientes que no conduzcan ni usen maquinaria hasta que la función visual se haya recuperado lo suficiente.

VABYSMO® [faricimab-svoa]

Fabricado por:

Genentech, Inc.

Miembro del Grupo Roche

1 DNA Way

South San Francisco, CA 94080-4990

N.º de licencia de EE. UU.: 1048

VABYSMO es una marca comercial de Genentech, Inc.

©2023 Genentech, Inc.