



PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB (XOLAIR®)

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____
Diagnóstico: _____ NHC: _____ Edad: _____
Peso: _____ **IgE:** _____ **FEV1:** _____ **Frecuencia Exacerbaciones:** _____
Dosis día corticoides inhalados: _____ Dosis día corticoides orales: _____
Dosis día beta-2-agonistas larga duración: _____

INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Adultos y adolescentes (a partir de 12 años de edad):

Mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes adultos y adolescentes (mayores de 12 años) con asma alérgica grave persistente (según criterios de la GINA/GEMA) que presentan **test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalergenos perennes** y con función pulmonar reducida (**FEV1 <80%**), así como, síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar **corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista $\beta 2$ inhalado de larga duración**.

Niños (6 a <12 años de edad):

Xolair está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente (según criterios de la GINA/GEMA) que presentan **test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalergenos perennes** y síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar **corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista $\beta 2$ inhalado de larga duración**.

DOSIS A ADMINISTRAR: _____

Fecha :

Dr.

Firma

¹ Dejar una copia en la HC y enviar otra al Servicio de Farmacia

PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB (XOLAIR®)

Dosis de Xolair® (miligramos por dosis) administrada por inyección subcutánea cada 4 semanas

IgE basal (UI/ml)	Peso corporal (kg)									
	≥20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150
≥30-100	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300
>100-200	150	150	150	300	300	300	300	300	450	600
>200-300	150	150	225	300	300	450	450	450	600	
>300-400	225	225	300	450	450	450	600	600		
>400-500	225	300	450	450	600	600				
>500-600	300	300	450	600	600					
>600-700	300		450	600						
>700-800										
>800-900										
>900-1000										
>1000-1100										

**ADMINISTRACIÓN CADA 2 SEMANAS
VER TABLA SIGUIENTE**

Dosis de Xolair® (miligramos por dosis) administrada por inyección subcutánea cada 2 semanas

IgE basal (UI/ml)	Peso corporal (kg)									
	≥20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150
≥30-100	ADMINISTRACIÓN CADA 4 SEMANAS VER TABLA ANTERIOR									
>100-200										
>200-300										375
>300-400									450	525
>400-500							375	375	525	600
>500-600						375	450	450	600	
>600-700		225			375	450	450	525		
>700-800	225	225	300	375	450	450	525	600		
>800-900	225	225	300	375	450	525	600			
>900-1000	225	300	375	450	525	600				
>1000-1100	225	300	375	450	600					
>1100-1200	300	300	450	525	600	NO ADMINISTRAR – no se dispone de datos para la recomendación de dosis				
>1200-1300	300	375	450	525						
>1300-1500	300	375	525	600						

¹ Dejar una copia en la HC y enviar otra al Servicio de Farmacia



PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB (XOLAIR®)

SEGUIMIENTO TRATAMIENTO OMALIZUMAB

VALORACIÓN 16 SEMANAS:

FEV1: _____ Frecuencia exacerbaciones: _____

Dosis día corticoides inhalados: _____ Dosis día corticoides orales: _____

Dosis día beta-2-agonistas larga duración: _____

Visitas a urgencias: _____

Fecha: _____

Dr. _____

Firma: _____