

ISSN1659-3847

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS Y NORMATIVA

2024



www.ccss.sa.cr

LOM 2024 - ACTUALIZADA AL 19-04-2024 (v.15)

Contenido

Decreto N° 19343-S.....	7
Capítulo I.....	16
Principios éticos de la buena gobernanza de medicamentos	16
Capítulo II.....	17
Generalidades	17
II.1. Introducción.....	17
II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posicion técnica de la CCSS	21
II.3. Nomenclatura.....	28
II.4. Clasificación	28
II.5. Secciones y apartados.....	31
Capítulo III.....	34
Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS.....	34
III.1 Prescripción	34
III.2. Despacho (según establece la Ley General de Salud)	38
III.3. Administración.....	44
III.4. Despacho de medicamentos inyectables o clave H para administración extrainstitucional	46
III.5. Pacientes referidos para continuar el control médico con tratamiento LOM especializado.....	48
III.6. Prescripciones (recetas copias) de medicamentos especializados para continuar el despacho en el primer o segundo nivel de atención	52
III.7. Otros procedimientos.....	55
III.7.1. Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados.....	55
III.7.2. Gestión ante la necesidad de medicamentos lom almacenables con diferente nivel de usuario.....	57
III.7.3 Gestión ante la necesidad de medicamentos lom no almacnables (Z) con diferente nivel de usuario.....	57
III.7.4 Stock de medicamentos.....	58

III.7.5 Stock de vacunas.....	60
III.8 Autoprescripción.....	60
III.9. Medicamentos en otras modalidades de atención	61
III.9.1 Sistema Mixto de Atención en Salud.....	61
III.9.2. Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa.	64
III.9.3 Otras situaciones	68
III.10 Medicamentos para programas especiales	68
III.10.1 Estrategia dots para la administración de tratamiento antifímico en pacientes con tuberculosis.....	68
III.10.2 Estrategia TES (estrategia de tratamiento estrictamente supervisado) para la administración del tratamiento en pacientes con la enfermedad de Hansen.....	69
III.10.3 Medicamentos para pacientes del programa de cirugía ambulatoria ..	70
III.10.4 Medicamentos para pacientes del programa de atención domiciliar (PAD)	70
III.10.5 Telemedicina y programa de consulta especializada a distancia	71
III.11 Posibilidad de continuar el uso de medicamentos adquiridos a nivel extrainstitucional a pacientes hospitalizados.....	72
III.12 Farmacovigilancia	74
III.13 Vigilancia de la calidad y sospecha de defectos en la calidad de medicamentos.....	75
Capítulo IV	76
Modificaciones a la lista oficial de medicamentos y fichas técnicas de medicamentos	76
Modificaciones a la lista oficial de medicamentos	76
Fichas técnicas de medicamentos (FTM).....	76
Capítulo V	78
Solicitud de medicamentos no LOM.....	78
V.11 Gestión para tratamiento agudo.....	80
V.12 Solicitud para atender una necesidad aguda fuera del horario convencional (durante guardias, fines de semana o feriados) en pacientes hospitalizados con medicamentos no LOM.....	81

V.13	Gestión para tratamiento crónico	82
V.14	Continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos no LOM previamente autorizados por el ccf o por el AMTC	83
	Resolución de continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos no lom, delegadas al CLF	83
V.15	Gestión local según acreditación para medicamentos no LOM	85
V.16	Gestión por resoluciones judiciales.....	87
V.17	Informes periódicos sobre la utilización institucional de medicamentos no LOM.....	89
Capítulo VI	92
	Normativa sobre venta de medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos	92
Capítulo VII	92
	Normativa institucional sobre donación de medicamentos.....	92
	Listado de grupos terapéuticos	95
	Listado alfabético.....	97
	Medicamentos almacenables (A)	180
Sección O: Medicamentos para uso en Odontología.....		338
	Medicamentos para uso exclusivo de los Servicios de Cirugía Oral y Maxilo Facial	344
	Medicamentos para uso exclusivo de Odontólogos especialistas en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial	348
Sección E: Medicamentos para uso por Enfermeras Obstétricas		349
	Medicamentos no almacenables.....	353
	(Z- Lista complementaria).....	353
Anexos.....		386
	Anexo 1. Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la Lista Oficial de Medicamentos de la C.C.S.S.	387
	Anexo 2. Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento agudo en la Caja Costarricense de Seguro Social.....	389
	Anexo 3. Fomulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social.	390

Anexo 4. Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA).....	395
Anexo 5. Uso de medicamentos adquiridos en farmacias privadas.....	397
Anexo 6. Formulario para solicitud de medicamento – LOM almacenable (SA-T) por consulta especializada a distancia – Telemedicina.....	398
Anexo 7. Reporte de falla farmacéutica.....	399
Anexo 8. Formulario de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento.....	400
Anexo 9. Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social.	401
Anexo 10. Comités Locales de Farmacoterapia.....	405
Anexo 11. Consentimiento informado para uso compasivo de un medicamento en la CCSS.	408
Anexo 12. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.	409
Anexo 13. Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.	410
Anexo 14. Clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC).....	411

Glosario

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
AFEC	Área de Farmacoeconomía
AFEC-EUM	Área de Farmacoeconomía-Estudio de Utilización de Medicamentos
ALDI	Área de Almacenamiento y Distribución de la CCSS
AMTC	Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
ATAP	Asistentes Técnicos de Atención Primaria
ATC	Clasificación Anatómica-Terapéutica-Química
BGSF	Buena Gobernanza del Sector Farmacéutico
BPA	Buenas prácticas de administración
BPD	Buenas prácticas de dispensación
BPP	Buenas prácticas de prescripción
CCF	Comité Central de Farmacoterapia
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CDF	Combinación de medicamentos dosis fijas
CFTM	Comisión de Fichas Técnicas de Medicamentos
CFTR	Comisión de Fichas Técnicas de Radiofármacos
CLF	Comité Local de Farmacoterapia
CNFV	Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud
DAINES	Drogas Anti-Inflamatoria No Esteroideas
DCI	Denominación Común Internacional
DFE	Dirección de Farmacoepidemiología
DOTS	Estrategia de tratamiento acortado directamente observado
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EUM	Estudios de Utilización de Medicamentos
FTM	Ficha Técnica de Medicamentos
FTR	Ficha Técnica de Radiofármacos
g	Gramo
kg	Kilogramo
L	Litro
LOM	Lista Oficial de Medicamentos
mg	Milígramo
mL	Mililitro
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAD	Programa de Atención Domiciliar
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PSA	Prueba de sensibilidad a antibióticos
RAM	Reacción adversa a medicamentos

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
RESP	Respectivamente
SAVE	Sub-Área de Vigilancia Epidemiológica
SIES	Sistema Integrado de Expediente en Salud
TB	Tuberculosis
TES	Estrategia de Tratamiento Estrictamente Supervisado
ug	Microgramo

Decreto N° 19343-S

**Reglamento del
Formulario Terapéutico Nacional**

Decreto N° 19343-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y EL MINISTRO DE SALUD

De conformidad con los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política, 2º, 55º y 106 de la Ley General de Salud, y 1º y 2º, inciso b) de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud:

Considerando:

- 1º Que la multiplicidad de productos farmacéuticos disponibles en el mercado y el desarrollo de nuevos descubrimientos de la medicina hacen difícil la selección adecuada de medicamentos y la aplicación de criterios terapéuticos eficaces.
- 2º Que es necesario racionalizar la utilización de los recursos físicos y materiales de los servicios públicos de salud, de acuerdo con las funciones técnico-administrativas asignadas a cada Institución, a fin de garantizar la oportuna disponibilidad de aquellos recursos para la prestación de los servicios y la ejecución de las actividades administrativas de apoyo, así como para reducir el costo de los programas de suministros mediante la sistematización de los procedimientos y la normación de los insumos.
- 3º Que para alcanzar aquellos objetivos, es indispensable establecer normas técnicas oficiales definidas, pero que a su vez sean susceptibles de revisión y actualización permanentes, de conformidad con las necesidades de los servicios, todo lo cual implica el uso obligatorio, por parte de los servicios públicos de salud, de un método uniforme en la adquisición, distribución y utilización de los medicamentos. Por tanto,

Decretan:

El siguiente,

Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional

Artículo 1º El Formulario Terapéutico Nacional, es el instrumento normativo que contiene la relación oficial de medicamentos que deben ser utilizados por servicios públicos en salud. Contiene además las informaciones terapéuticas necesarias para la orientación en su curso.

Artículo 2º Declarándose oficial el Formulario Terapéutico Nacional, que se incluye como anexo del presente Decreto. Este formulario podrá

ser modificado en el futuro, de acuerdo con las normas y procedimientos previstos en este mismo Reglamento.

Así mismo, el Ministerio queda autorizado para emitir los instructivos técnicos necesarios con la información terapéutica correspondiente a cada producto. Tales instructivos formarán parte del Formulario Terapéutico Nacional.

Artículo 3º Créase un Comité Técnico como organismo auxiliar y asesor del Ministerio de Salud, con miras a la constante revisión y actualización del Formulario Terapéutico Nacional.

Artículo 4º El Comité Técnico a que se refiere el artículo anterior estará integrado en la siguiente forma:

- 1) El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá
- 2) Un representante de la Caja Costarricense de Seguro Social
- 3) Un representante del Instituto Nacional de Seguros
- 4) Un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos
- 5) Un representante del Colegio de Farmacéuticos
- 6) Un farmacólogo
- 7) Un experto en administración de servicios de salud.

Los miembros integrantes señalados en los incisos 2, 3 y 4, deberán ser médicos en alguna de las siguientes especialidades: medicina interna, geriatría, pediatría, infectología, gineco-obstetricia y cirugía general. Cada miembro tendrá su respectivo suplente para sustituirlo en sus ausencias temporales, nombrado de la misma forma que el titular. Todos desempeñarán sus cargos *ad honorem*.

Artículo 5º Las entidades representadas en el Comité, según el artículo anterior, harán sus designaciones dentro de los treinta días de haber sido requeridas para ello por el Ministerio de Salud; caso contrario, el propio Ministerio hará libremente el nombramiento.

Los integrantes señalados en los inciso 6 y 7 del artículo anterior serán designados por el Ministerio de Salud.

Artículo 6º Los miembros del Comité, excepto el titular de la Cartera o su representante, durarán en sus cargos dos años y se renovarán

por mitades cada año. No podrán ser reelectos en forma sucesiva, excepto en casos calificados de inopia.

Artículo 7º El cargo de miembro del Comité es incompatible con cualquier relación de trabajo, de asesoría o de asociación con empresas productoras, distribuidoras o vendedoras de productos farmacéuticos, o con entidades asociadas a tales empresas; igualmente esta incompatibilidad alcanza al cónyuge, a los hijos, a los padres, hermanos y a los suegros, yernos, cuñados de los miembros titulares del Comité. Las causas de incompatibilidad señaladas en este artículo comprenderán un período de hasta un año antes de la fecha en que se debe hacer el respectivo nombramiento.

Artículo 8º El Comité deberá reunirse por lo menos una vez al mes en la hora, lugar y fecha que el mismo designe, sin perjuicio de las convocatorias extraordinarias que fuesen necesarias. Se llevará un libro donde se asienten los acuerdos sin insertar las deliberaciones, a menos que un miembro interesado lo pidiera expresamente. El quórum lo formará la mitad más uno de sus integrantes. Para la validez de los acuerdos referentes a la aplicación de este Reglamento, será suficiente una mayoría de la mitad más uno de los presentes.

La ausencia injustificada de los miembros a más de dos sesiones consecutivas determinará la cesación del cargo del ausente, lo que el propio Comité pondrá en conocimiento del órgano encargado de hacer el nombramiento, para los fines consiguientes. El Comité ordenará su propio Reglamento Interno de Trabajo.

Artículo 9º Serán atribuciones y funciones del Comité las siguientes:

- 1) Realizar los estudios científicos necesarios para la revisión y actualización del Formulario Terapéutico Nacional.
- 2) Analizar periódicamente las estadísticas de morbilidad, a fin de determinar si se han producido cambios que justifiquen la revisión de los productos de primera elección incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional.
- 3) Recomendar a las instituciones del Sector Público de Salud, las normas generales sobre la prescripción de medicamentos, conforme con las estructuras y decisiones

internas de cada institución, especialmente en lo tocante a la cantidad de medicamentos a recetar, al personal idóneo para la prescripción de cada producto y al procedimiento para hacer sustituciones dentro del grupo farmacológico correspondiente, así como a las medidas para resolver casos excepcionales.

- 4) Hacer estudios sobre la utilización de medicamentos en relación con la morbilidad.
- 5) Prestar asesoramiento a quien corresponda en materia de controles de calidad y producción de medicamentos.
- 6) Ordenar, realizar o coordinar estudios especiales sobre medicamentos.
- 7) Proporcionar información en el campo de la terapéutica, especialmente en cuanto a indicaciones, contraindicaciones, precauciones especiales, efectos adversos, duración del tratamiento, dosis pediátricas y de adultos, y otros temas atinentes.
- 8) Promover programas de divulgación al público y al personal del Sector Público de Salud, sobre el Formulario Terapéutico Nacional utilizando los medios de comunicación social.
- 9) Sugerir a las instituciones públicas de salud, normas sobre la promoción de medicamentos, inclusive en el campo de la visitaduría médica.
- 10) Realizar estudios de costo-beneficio en cuanto a la implementación del Formulario Terapéutico Nacional, dentro de una política de coordinación de normas y procesos de compras y suministros, con el fin de reducir tales costos.

Artículo 10º Todas las solicitudes para modificar el Formulario Terapéutico Nacional, serán resueltas en definitiva por el Ministerio de Salud, mediante la promulgación del respectivo decreto, previa la recomendación del Comité creado en este mismo Reglamento. Las solicitudes de modificación serán tramitadas por iniciativa del organismo interesado a través del Comité, con el aporte de la siguiente información:

- 1) Indicación del tipo de cambio propuesto que puede ser inclusión, exclusión y modificación de algún medicamento.
- 2) Nombre genérico, fórmula química y forma o formas de presentación del medicamento.

- 3) Indicaciones sobre la utilización del medicamento, incluyendo dosis y duración del tratamiento.
- 4) Indicación de la categoría terapéutica a que corresponde el producto.
- 5) Manifestación de las ventajas terapéuticas del producto cuya inclusión se propone en comparación con productos similares ya existentes en el formulario con indicación de los estudios farmacológicos y de investigaciones clínicas efectuadas recientemente, que respalden esas declaraciones, con bibliografía actualizada.
- 6) Manifestación de las desventajas terapéuticas o de otra naturaleza del medicamento cuya exclusión se propone, en su caso.
- 7) Indicación de productos similares ya existentes en el Formulario Terapéutico Nacional.
- 8) Costo actualizado y disponibilidad en el mercado nacional del medicamento que se trate.
- 9) Estimación del consumo anual del medicamento.
- 10) Cualquier otra información adicional que sea necesaria a juicio del Comité.

Artículo 11º Las decisiones del Comité en sus recomendaciones referentes a inclusiones o exclusiones de medicamentos o modificaciones de cualquier tipo en el Formulario Terapéutico Nacional, deberán estar técnicamente justificadas, conforme con los siguientes criterios:

- 1) Selección de medicamentos de evidente eficiencia de riesgo aceptable, determinado por estudios clínicos, empleando métodos científicos reconocidos, referidos a seres humanos y teniendo como base de referencia productos de reconocida e indiscutida eficacia.
- 2) Evitar duplicaciones innecesarias de medicamentos o presentaciones similares.
- 3) Comparar los productos nuevos en cuanto a su eficacia y toxicidad con productos existentes en el formulario.
- 4) Incluir productos combinados solamente cuando ofrezcan beneficio cierto y verdadero con respecto al uso individual de cada uno de sus componentes.
- 5) Selección de los medicamentos con indicaciones claras de ser "*medicamentos de primera elección*", para las enfermedades prevalentes en el país.

- 6) Evaluar y considerar las consecuencias administrativas y de costos de compra y de operación de los nuevos productos, con atención a las unidades de dosis necesarias y a las facilidades de adquisición, almacenamiento y distribución.
- 7) Investigar y evaluar, conforme con las normas técnicas y científicas pertinentes las contraindicaciones y precauciones y los efectos adversos del medicamento, a fin de determinar una correcta relación entre el beneficio y el riesgo del producto.
- 8) Los medicamentos identificados como los más eficaces y de menor riesgo para el tratamiento de una morbilidad específica, tendrán prioridad de inclusión en el formulario sobre los de segunda elección.

Artículo 12º Dentro del ámbito de su competencia y con base en los criterios técnicos y científicos establecidos en este Reglamento, el Comité podrá resolver lo siguiente:

- 1) Aceptar o denegar la solicitud de inclusión, modificación o exclusión de los medicamentos respectivos.
- 2) Aceptar la inclusión solicitada, provisionalmente por un período no mayor de un año, prorrogable, con el objeto de establecer evaluaciones clínicas sobre el valor terapéutico del producto. Una vez vencido este plazo, el Comité de oficio o a solicitud de parte, resolverá en definitiva.
- 3) En todo caso, de previo a resolver en definitiva, pedirá la información adicional que se juzgue necesaria.

Artículo 13º Las resoluciones del Comité serán comunicadas al Ministerio de Salud, para los fines señalados en el artículo décimo. Igualmente serán notificadas a las partes interesadas, conforme con la ley.

Artículo 14º Para tomar sus decisiones, el Comité podrá a su vez asesorarse en campos específicos por profesionales o por grupos de trabajo de reconocido prestigio.

Artículo 15º La exclusión de un medicamento será efectiva a partir del agotamiento de sus existencias en las instituciones públicas de salud, a menos que se tome una determinación distinta por parte del Ministerio, conforme con la ley.

Artículo 16º Las Instituciones del Sector Público de Salud, deberán confeccionar su formulario básico de medicamentos con normas administrativas y de información, concordantes con el Formulario Terapéutico Nacional. Para tales efectos y para velar correctamente por la aplicación del presente Reglamento, cada institución tendrá en su seno un Comité de Farmacoterapia, que será quien tendrá también la responsabilidad de aprobar la compra de productos farmacéuticos que no estén incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional en casos de excepcional urgencia y necesidad.

En todo caso, esta determinación deberá ser puesta en conocimiento del Comité con la información y datos que sean necesarios para justificar esa medida.

Artículo 17º Deróguese el decreto ejecutivo número 13878-SPPS del 22 de setiembre de 1982.

Artículo 18º Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República. - San José, a los veintitrés días del mes de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve.

OSCAR ARIAS SÁNCHEZ.- El Ministro de Salud Edgar Mohs Villalta.

**Normativa
de la
Lista Oficial de Medicamentos**

Capítulo I

Principios éticos de la buena gobernanza de medicamentos

- I.1 La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha un programa de “Buena Gobernanza del sector farmacéutico [BGSF]” destinado a reducir la corrupción en las estructuras del Sector Farmacéutico con la aplicación de procedimientos administrativos transparentes, responsables y la promoción de prácticas éticas entre los profesionales de la salud, dotándolas de mecanismos de mayor transparencia, concientización y responsabilidades en las funciones.
- I.2 El buen desempeño de los funcionarios públicos en toda la ejecución sumado al componente ético en la buena gobernabilidad de los medicamentos, garantiza la integridad Institucional. Es indispensable que el modelo se enmarque según los valores morales siguientes:
- a. **Justicia e imparcialidad:** La justicia se relaciona con la emisión de un juicio imparcial, al determinar la verdad de los hechos y principios en la toma de decisiones colectivas. La imparcialidad se refiere a la justicia y a la responsabilidad moral personal del individuo.
 - b. **Verdad:** Es la base de la confianza, la integridad y el honor, tanto para la persona como para la sociedad.
 - c. **Servicio en pro del bien común:** Todo funcionario público debe cumplir el imperativo moral de usar su puesto oficial para servir al interés público.
 - d. **Confianza:** Una institución pública no puede ser eficaz sin un grado adecuado de confianza pública, que solo se les concede a los funcionarios y a las organizaciones públicas que demuestran transparencia en los procesos y eficiencia.
 - e. **Honestidad.** Cualidad de la calidad humana que consiste en comprometerse y expresarse con coherencia y autenticidad, de acuerdo con los valores de verdad y justicia.
- I.3 El Sector Público fundamenta su quehacer en estrategias basadas en valores, por lo que es relevante definirlos. Los funcionarios públicos inmersos en el Sistema, deben ser visualizados con un sentido de pertenencia e identificación personal hacia un bien social inmutable, que no es independiente de los valores morales y principios éticos

que son adoptados como esenciales; tanto en las actividades promovidas (intrínsecas y extrínsecas) como con la visión de transparencia.

Capítulo II **Generalidades**

II.1. Introducción

El Comité Central de Farmacoterapia (CCF) es un órgano técnico colegiado, de carácter permanente, asesor y adscrito a la Gerencia Médica, responsable de la *Selección de Medicamentos* y de velar por la seguridad, calidad y uso racional de los medicamentos en la Caja Costarricense de Seguro Social (Caja). Se rige por un Reglamento aprobado por la Junta Directiva de la CCSS (Sesión No.8314, artículo 4 del 15-01-2009, publicado en La Gaceta N° 29 del 11 de febrero de 2009), que lo define:

“Es un órgano técnico creado por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con el Decreto Ejecutivo N° 19343-S del 23 de noviembre de 1989, por disposición del Ministerio de Salud, en ejercicio de las facultades concedidas por los artículos 1 y 2 inciso b de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y artículos 2, 55 y 106 de la Ley General de Salud; con una integración multidisciplinaria de profesionales de ciencias de la salud, de alta solvencia moral, académica, científica y técnica proveniente de los diferentes niveles de atención; cuya función esencial consiste en confeccionar el listado básico o lista oficial de medicamentos de la Caja con normas administrativas y de información concordantes con el Formulario Terapéutico Nacional; velar por la correcta aplicación de la Lista Oficial de Medicamentos emitida por la Caja, y la aprobación de la compra de productos farmacéuticos que no estén incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos. Es un órgano colegiado, de carácter permanente, asesor y adscrito a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la toma de decisiones en aspectos de política de medicamentos y farmacoterapéuticos a nivel institucional”.

Los acuerdos del CCF en el tema de los medicamentos y su utilización institucional serán vinculantes y de acatamiento obligatorio, ningún funcionario puede alegar desconocimiento de la normativa.

La Caja ha desarrollado una POLÍTICA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS que establece *las directrices, lineamientos, acciones y estrategias de carácter general y particular emitidas por la Institución como las idóneas para racionalizar la utilización de los recursos físicos y materiales de los servicios públicos de salud*, las funciones técnico-administrativas asignadas son concordantes con el Decreto Ejecutivo N° 19343-S del 23 de noviembre de 1989 *Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional*, con el principal OBJETIVO de garantizar la disponibilidad oportuna y la accesibilidad de los medicamentos a los usuarios, en los servicios brindados por la Caja en los diferentes niveles de atención.

Dos *estrategias* básicas sustentan la *POLÍTICA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y DENOMINACIÓN GENÉRICA*:

a. Medicamentos esenciales:

Definidos como *“los medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de la salud de la mayoría de la población”* ¹; ese término se refiere a *aquellos medicamentos que son prioritarios para atender la morbilidad* de la mayoría de la población en Costa Rica, en el entendido de que la morbilidad siempre detalla las patologías o diagnósticos con mayor frecuencia en la población atendida. El modelo de la *Lista de Medicamentos Esenciales* y su concepto fue desarrollado por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en la década de los setenta, con la finalidad de favorecer la accesibilidad poblacional a los medicamentos bajo la premisa de un uso racional, en los países en vías de desarrollo. Esto fue acogido por el país y por la Institución.

b. Denominación genérica:

En el marco de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y dentro del ámbito Institucional, a los medicamentos se les nombrará de acuerdo con la Denominación Común Internacional (DCI); es decir, por el nombre oficial y no comercial, de manera que la prescripción, dispensación y administración se hará bajo esta nomenclatura.

Para implementar la *POLÍTICA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS*, se requiere de la disponibilidad de medicamentos eficaces y seguros, en la cantidad y la presentación idónea, junto con el respectivo aseguramiento de la calidad, en procura de que no se afecte la sostenibilidad del sistema de Seguridad Social y se ajuste a los principios de *igualdad, equidad, universalidad, obligatoriedad y solidaridad*. Este marco sirve de referencia para la *Selección* mediante criterios científico-técnicos sistematizados.

Es competencia exclusiva del CCF emitir recomendaciones técnico-científicas a las Jerarquías Institucionales en materia de *POLÍTICA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS*, según lo establece el Decreto N° 19343-S; cuyo Artículo 16 crea la obligatoriedad de su permanencia y le asigna la preparación del Formulario Institucional.

La ***Selección de Medicamentos*** para uso institucional y la Lista Oficial de Medicamentos (inclusiones) es competencia exclusiva del CCF, así como todo lo concerniente a modificaciones y exclusiones de la LOM. Los cambios se realizan tras un análisis sistemático individualizado y la aplicación de una serie de criterios científico-técnicos que enfatizan a tres aspectos: epidemiológico, farmacológico y de sostenibilidad del sistema; entre otros, incluyen la evaluación comparativa ponderada de la eficacia, seguridad, efectividad, cumplimiento, disponibilidad, costo y otras indicaciones; así como la calificación del valor intrínseco y su perfil de uso como insumo profiláctico, diagnóstico o terapéutico. Todo lo anterior, fundamentado en los principios de la medicina basada en evidencia y la evidencia científica de alta calidad.

Como resultado se publica la LOM, la cual ha sido elaborada y codificada por el Comité Central de Farmacoterapia, junto con el *Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (AMTC)* de la *Dirección de Farmacoepidemiología (DFE)* como su ente operativo. La LOM está en constante revisión y se edita cada dos años. Las modificaciones que se realizan durante este período, se informan mediante el *Boletín Informativo del Comité Central de Farmacoterapia* o por medio de *Circulares* emitidas por el CCF o el AMTC, disponibles en tiempo real en la *base de datos de la LOM-Digital* de la página web Institucional (www.ccss.sa.cr).

Como complemento a la LOM, se elabora el *FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL*; esto es una fuente terciaria de información científica que compila y sistematiza los mejores insumos farmacoterapéuticos sobre los medicamentos incluidos en la LOM, en orden

alfabético. Entre otras informaciones, se incluye indicaciones, dosis, vías de administración, interacciones y reacciones adversas. Esto le permite el acceso rápido a la información más relevante y útil en cuanto al fármaco para su prescripción, dispensación y administración.

El *FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL* es un subconjunto del Formulario Terapéutico Nacional, instrumento normativo que es elaborado por el Ministerio de Salud en concordancia con el Decreto N° 19343-S. El ente rector enlista y describe los productos farmacéuticos que serán utilizados dentro del Sistema de Salud Pública del país.

Con la LOM y los medicamentos esenciales se resuelve la necesidad farmacoterapéutica de la gran mayoría de la población, aproximadamente un 97%. Sin embargo, al reconocer la existencia de patologías en grupos minoritarios (3%) que no estarían cubiertas con la LOM, se ha planteado un apoyo a estas condiciones en forma excepcional. Para ello, se crea el concepto de un sistema de formulario terapéutico *abierto*, que permite la adquisición y utilización individualizada de medicamentos para atender la necesidad en casos especiales. El "*medicamento excepcional*"² brindará respuesta a una condición clínica en particular que ha desarrollado un paciente, ante una evolución tórpida de un cuadro patológico o debido a que no responde adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en la LOM; de manera que la situación de excepcionalidad se reconoce porque la condición clínica *se sale de la regla o de la generalidad*. Lo anterior obedece a que lo excepcional es conformado por el paciente junto con su condición clínica. Por tanto, en la Caja se genera un mecanismo complementario para la gestión formal de un medicamento no incluido en la LOM (denominado como no-LOM).

En la Caja, los medicamentos serán utilizados bajo prescripción por los pacientes de manera ambulatoria o para uso hospitalario, según corresponda. Los medicamentos para uso hospitalario, de acuerdo con la normativa interna y en concordancia con lo dispuesto por el Ministerio de Salud, deberán ser administrados única y exclusivamente *dentro* de las instalaciones de la Seguridad Social que cumplan con la infraestructura y el recurso humano adecuado para garantizar la máxima seguridad al paciente. No obstante, se dispone de excepciones como parte de programas específicos de la Caja con atención ambulatoria, lo cual hace permisible el despacho para administración domiciliaria. Las excepciones son establecidas y comunicadas por el CCF.

II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS

A. Aspectos generales sobre selección de medicamentos en la CCSS.

1. El objetivo primordial de la institución en cuanto a medicamentos es garantizar el acceso a productos de calidad con eficacia y seguridad comprobada, además de velar por la eficiencia en la gestión de los presupuestos públicos (que es un mandato constitucional), como lo es el presupuesto de medicamentos, en apego a los valores filosóficos de la CCSS, principalmente equidad, universalidad, igualdad y solidaridad, brindando respuesta a la Política de salud de la Institución. En este sentido, el Comité Central de Farmacoterapia (CCF) como responsable de la Política de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realiza la selección de los fármacos con base en varios factores para determinar los principios activos que deben estar en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM).
2. El CCF es congruente con su competencia de brindar la oportunidad a nuevos oferentes, para que participen en igualdad de oportunidades con medicamentos eficaces, seguros y que cumplan con los estándares de calidad, para poder seguir garantizando el acceso a los medicamentos como derecho humano.

B. Introducción de los biosimilares en la Institución.

3. La Institución considera positiva la introducción de medicamentos biológicos similares (biosimilares) en el país por su contribución al acceso a los medicamentos y el uso eficiente de los recursos institucionales y garantiza que, su adquisición en el ámbito institucional se hace en apego a criterios técnicos y legales estrictos, apoyándose para esto en la verificación previa de los requisitos vigentes para la autorización de su comercialización por parte del Ente Rector en Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica).
4. En Costa Rica, el registro sanitario de los medicamentos biológicos implica el cumplimiento con el Reglamento Técnico: RTCR 440: 2010. Reglamento de

Inscripción y Control de Medicamentos Biológicos N° 37006-S, el cual define un marco regulatorio local específico para este tipo de productos. Según dicha regulación todo medicamento biológico que pretenda registrarse como medicamento biosimilar debe cumplir con un “ejercicio de biosimilitud”, el cual consiste en un proceso que describe las actividades, incluyendo el diseño y conducción de estudios (preclínicos, clínicos y de calidad) y evaluación de los datos, para demostrar que un medicamento biológico tiene un perfil similar en términos de calidad, eficacia, seguridad e inmunogenicidad que el medicamento biológico de referencia. Normalmente el medicamento de referencia que se utiliza es el medicamento biológico innovador o también llamado original. En términos generales el ejercicio de biosimilitud requerido en la regulación local es esencialmente igual al requerido por agencias reguladoras de referencia y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para referencia, del Reglamento Técnico Local se desprenden las siguientes definiciones:

- *Medicamento biológico*: Producto farmacéutico elaborado con materiales de origen biológico tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen animal o vegetal, células o fluidos (incluyendo sangre y plasma) de origen humano o animal y los diseños celulares biotecnológicos (sustratos celulares, sean o no recombinantes incluidas las células primarias).
- *Medicamento biológico de referencia*: Es el producto biológico con el cual el medicamento de prueba pretende demostrar ser biosimilar.
- *Medicamento o producto innovador*: Es aquel medicamento biológico que se autorizó primero para su comercialización, en el primer país de origen, sobre la base de su documentación de eficacia, seguridad y calidad.
- *Medicamento biosimilar*: Medicamento biológico que ha demostrado mediante el ejercicio de biosimilitud que es similar en términos de calidad, seguridad y eficacia al medicamento biológico de referencia.
- *Ejercicio de biosimilitud*: Proceso que describe las actividades, incluyendo el diseño y conducción de estudios (preclínicos, clínicos y de calidad) y evaluación de los datos, para demostrar que un medicamento biológico tiene un perfil

similar en términos de calidad, eficacia, seguridad e inmunogenicidad que el medicamento biológico de referencia.

- *Farmacovigilancia*: Actividad destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados del uso de medicamentos de uso humano una vez comercializados.
 - *Trazabilidad*: Capacidad de rastrear cada unidad individual de sangre o componentes sanguíneos derivados o de cualquier otro tipo de producto biológico, desde el donante o el cultivo microbiano o celular que le dio origen hasta su destino final, ya sea un receptor, un fabricante de medicamentos o su disposición final y viceversa.
5. La liberación de recursos económicos que podría conllevar el uso de los biosimilares en la Institución pretende traducirse en un mayor acceso de los pacientes a los tratamientos y se puede considerar una mejora de la eficiencia del sistema, y dar acceso a tratamientos antes inasequibles, con el fin de cumplir con el derecho humano de acceso a los medicamentos y mejorar la salud poblacional.

C. Posición de la CCSS sobre intercambiabilidad.

En el caso de medicamentos biológicos de referencia para los cuales se dispone de biosimilares registrados en el Ministerio de Salud de Costa Rica, aplicarán los siguientes requisitos para su adquisición y uso institucional:

6. En el contexto de los medicamentos biosimilares y los medicamentos de referencia, es importante tener claro que el término intercambiabilidad hace referencia a la posibilidad de intercambiar un medicamento por otro que se espera que tenga el mismo efecto clínico. La CCSS se basa en las declaraciones emitidas por European Medicines Agency (EMA), Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA, Reino Unido) y Food and Drug Administration (FDA).
7. La CCSS en relación con la intercambiabilidad, considera que una vez que un biosimilar ha sido registrado ante el Ministerio de Salud de Costa Rica y cuenta como mínimo una autorización en EMA o MHRA, este es intercambiable, lo cual significa

que el biosimilar puede ser utilizado en lugar de su producto de referencia (o viceversa) o un biosimilar puede ser reemplazado con otro biosimilar del mismo producto de referencia.

En caso de no tener autorización en EMA o MHRA podría ser aceptado como alternativa el biosimilar que está registrado ante el Ministerio de Salud de Costa Rica y cuenta como mínimo con registro en FDA como “biosimilar e intercambiable” (ambas categorías son obligatorias).

8. Complementariamente, para la adquisición de estos productos en la Institución, el medicamento biosimilar debe tener el mismo principio activo, potencia o concentración, indicaciones, posología y vía de administración que el producto biológico de referencia. No obstante, puede presentar diferencias con respecto al producto de referencia en cuanto a la formulación (excipientes), forma farmacéutica (ejemplo: polvo para reconstituir o solución inyectable) o sistema de administración (ejemplo: tipo de bolígrafo de inyección), las cuales se valorarían por caso durante el proceso de análisis y selección por parte del CCF.

D. Procedimiento sobre intercambiabilidad de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares como alternativas terapéuticas equivalentes para mismas indicaciones autorizadas basados en la declaratoria de EMA, MHRA y FDA.

Ficha técnica de medicamentos.

9. Para cada uno de los medicamentos que se adquieren en la Institución se elabora una ficha técnica del medicamento, la cual permite describir la calidad farmacéutica exigida y asegura que la fabricación y control de los productos se ajusten en todo momento a las especificaciones de calidad. Asimismo, el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos realiza una verificación del cumplimiento de los estándares de calidad de cada lote de medicamento que se adquiere en forma centralizada en la institución.

Uso de la denominación común internacional (DCI) para la prescripción.

10. Para fines de prescripción, dispensación y administración se seguirá utilizando la Denominación Común Internacional (DCI). El Expediente Digital Único en Salud (EDUS) el prescriptor debe seleccionar el medicamento biológico según su DCI el cual estará asociado al código institucional que corresponderá al disponible en la Unidad y registrado en el sistema para generar la receta en EDUS, esto permitirá su trazabilidad.

Inicio de tratamiento (pacientes nuevos) o continuación de tratamiento (pacientes crónicos)

11. El inicio o continuación del tratamiento debe llevarse a cabo con el medicamento que esté disponible en la institución prescrito bajo denominación común internacional (DCI), independientemente si se trata de un biosimilar o un producto biológico de referencia. No hay evidencia que indique que el inicio de tratamiento con un medicamento biológico de referencia o con un biosimilar genere diferencias en eficacia o seguridad, ventajas o desventajas o riesgos para la salud de los pacientes que reciban una u otra opción.

Poblaciones especiales

12. Con respecto a la intercambiabilidad de biosimilares en poblaciones especiales como la pediátrica (menores de 18 años) y mujeres embarazadas, la EMA, MHRA, FDA no han emitido ninguna advertencia o recomendación especial.

E. Control de la seguridad de todos los medicamentos biológicos, incluidos los biosimilares.

13. Para garantizar la seguridad de medicamentos que ofrece a la población, la Institución cuenta con un programa nacional de farmacovigilancia pasiva y activa que está en capacidad de activar protocolos de farmacovigilancia de acuerdo con las notificaciones, señales y alertas identificadas. De igual forma, en conjunto con el Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud, la Institución realiza la investigación respectiva y, cuando se requiere, cuenta con un plan de seguimiento clínico de pacientes que valora el beneficio terapéutico de la intervención farmacológica y su evolución clínica.

14. Se cuenta con un plan de gestión de riesgo al cual se encuentra comprometido el titular del registro y con las acciones permanentes de farmacovigilancia ya establecidas a nivel institucional, nacional e internacional, se puede afirmar que la adquisición y uso de un biosimilar por parte de la institución no introduce un elemento de riesgo o peligro superior al ya conocido y/o asumido con el medicamento de referencia (original o innovador) al cual se considera comparable.
15. La Institución cuenta con el sistema de información de gestión de suministros cuya metodología permite la trazabilidad del medicamento a lo largo de la cadena de abastecimiento: código, información del fabricante, fecha de vencimiento, lote, el recorrido en las unidades o servicios entre otros datos de relevancia; asimismo, existe una real coordinación entre el almacén general, los servicios de farmacia, el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, funcionarios de Enlace de Farmacovigilancia CCSS y el Centro Nacional de Farmacovigilancia que permiten un seguimiento estrecho y comunicación oportuna si existiera alguna señal reportada con determinado medicamento.
16. La metodología regulada en esta normativa se acoge a la reglamentación nacional de farmacovigilancia vigente y sus modificaciones.

F. Consideraciones sobre la precalificación y adquisición institucional de medicamentos biológicos

17. Para medicamentos biológicos la Institución exige una lista de requisitos técnicos que se anexan al registro precalificado y/o expediente de compra y que son verificados antes de que el producto se ponga a disposición de los usuarios, para lo cual se atenderán las directrices institucionales específicas sobre condiciones especiales que estén vigentes a la fecha.
18. Todas las consideraciones anteriores evidencian que como parte del derecho fundamental a la salud, la Institución se apoya en una serie de salvaguardas en forma de procedimientos y requisitos incluyendo el registro sanitario ante el ente rector y la farmacovigilancia para garantizar la adquisición de productos de calidad adecuada

que garanticen seguridad y eficacia, asegurando el acceso a la innovación real que significan los medicamentos biológicos incluyendo las alternativas biosimilares.

G. Consideraciones sobre Medicamentos Biológicos que NO se consideran Biosimilares

19. No todos los medicamentos biológicos que se investigan y desarrollan pretenden ser biosimilares a un medicamento innovador de referencia. En algunos casos el medicamento biológico cuenta con un desarrollo científico, experimental y clínico completamente independiente, original y propio, aunque comparta el mismo principio activo o denominación común internacional que un medicamento innovador ya comercializado. Aunque se trata de un desarrollo completamente válido, ese tipo de producto se considera para fines de registro como un medicamento biológico nuevo y como tal no puede asumir para su propio desarrollo datos de seguridad y eficacia del medicamento innovador o de referencia ni extrapolar sus indicaciones. Los medicamentos biológicos desarrollados de esta manera se convierten en productos innovadores por sí mismos (también denominados stand-alone). En este contexto la Institución puede considerar dos medicamentos biológicos con desarrollos completamente independientes como alternativas, si ambas se han registrado con evidencia de calidad, seguridad y eficacia para todas las indicaciones requeridas por la Institución. Estos medicamentos pueden ser alternativas terapéuticas equivalentes para las mismas indicaciones e incluso compartir el mismo código institucional.

20. Riesgo de los Medicamentos Biológicos No Comparables (NCBs): Es un tipo de medicamento biológico que se desarrolla y comercializa en algunas regiones; pero, a diferencia de un biosimilar, un NCB no cuenta con la evidencia científica de comparabilidad que permita garantizar un perfil de calidad, seguridad y eficacia equivalente al medicamento de referencia para las indicaciones y pautas autorizadas, aprovechándose de la falta o vencimiento de la protección de patente. Por tanto, un NCB no es un medicamento biosimilar ni puede asumir esa denominación. La institución tiene como política no adquirir NCBs y se apoya en la regulación vigente en Costa Rica.

H. Educación al paciente y a los profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, enfermeros) sobre medicamento biológico (referencia o biosimilar) disponible o cambio de origen

21. La Institución reconoce la necesidad de velar por que los pacientes estén adecuadamente informados sobre las ventajas y los posibles efectos adversos de la terapia con medicamentos biológicos antes de comenzar el tratamiento independientemente de que se trate del medicamento de referencia o el biosimilar. De la misma manera, deben estar informados sobre la posibilidad de intercambio de medicamento biológico de referencia que reciben por una alternativa biosimilar o viceversa y las razones que lo justifican y sobre el seguimiento especial que puede implicar.

22. Los prescriptores, farmacéuticos, enfermeros y demás personal de salud involucrado en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos biológicos deben estar adecuadamente informados sobre el medicamento biológico (marca) que está siendo adquirido por la institución, sea el medicamento de referencia o un biosimilar. En caso de que un nuevo proceso de adquisición resulte en un intercambio respecto a la marca disponible, se debe informar igualmente a dicho personal de salud para que estén enterados.

II.3. Nomenclatura

Los medicamentos incluidos en la LOM se citan en forma genérica según la *Denominación Común Internacional (DCI)*³, lo que implica referir el principio activo o nombre farmacológico. En la Caja, todos los medicamentos se deben prescribir, despachar y administrar bajo esa denominación *oficial*.

II.4. Clasificación

Los medicamentos de la LOM se clasifican en 54 grupos farmacoterapéuticos. Además, los medicamentos LOM se reordenan según la clasificación *Anatómica-Terapéutica-Química (ATC)*, que es un sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos que utiliza cinco niveles (siete dígitos): sistema u órgano efector, efecto farmacológico, indicaciones terapéuticas, estructura química y nombre del fármaco.

En la LOM, a la derecha del nombre de cada medicamento aparecen tres columnas tituladas: código, clave y usuario; tal como se describe a continuación.

a. Código

El código es un número que identifica cada medicamento y para efectos Institucionales corresponde a un ordenamiento administrativo. Los primeros dos dígitos corresponden al grupo terapéutico del medicamento y van del número 01 al 54; luego, separados por un guion aparece otros cuatro números que corresponden a una secuencia establecida que sirve para identificación en el Catálogo General de Suministros. Según ese Catálogo, todos los medicamentos están comprendidos en la Clase 1, Subclase 10, por ello se omite esos tres dígitos en los códigos citados en la LOM. Además, los medicamentos no-LOM, la Institución los codifica como Clase 1, Subclase 11.

b. Clave

En aras de asegurar la disponibilidad de los medicamentos en la Institución y de acuerdo con la capacidad resolutive de la Unidad, al considerar el cumplimiento de la infraestructura y el recurso humano adecuado para garantizar la máxima seguridad al paciente, todo medicamento es clasificado para asignar una, dos o tres letras que tipifican la clave respectiva:

- **M:** Medicamentos para prescripción por médico general.
- **E:** Medicamentos para prescripción por médico especialista; nombrándose las especialidades correspondientes
- **H:** Administración de medicamentos dentro de las Instalaciones de Centros Médicos
- **HM:** Medicamentos para prescripción por médico general y administrado dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **HE:** Medicamentos para prescripción por médico especialista y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **R:** Medicamentos para uso en condiciones específicas o de uso restringido.
- **HR:** Medicamentos de uso restringido y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **RE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente.
- **HRE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.

Esta clasificación no obedece a estructuras jerárquicas ni administrativas, por lo que la receta debe ser emitida por el prescriptor autorizado según las especificaciones de la clave. Por tanto, los “*vistos buenos*” o los “*mandatos*” no tienen validez según la normativa.

c. Usuario

En el extremo derecho, luego del código y clave, aparece la clasificación de cada medicamento según el nivel de usuario, el cual define el contexto institucional permitido para la utilización del medicamento.

El nivel de usuario atiende a la complejidad técnica y capacidad resolutive de la unidad programática y se fundamenta en las especialidades disponibles en cada una de ellas consta de un número y una letra.

Se asigna primero un número que corresponde al *nivel de atención* que ostenta la unidad dentro del sistema en red para la atención institucional (según acuerdo de Junta Directiva de la CCSS No. 63712 del 4 de diciembre de 2008):

- **Usuario 3:** Tercer Nivel de Atención, corresponde a Hospitales Nacionales y Especializados.
- **Usuario 2:** Segundo Nivel de Atención, corresponde a Áreas de Salud tipo II y III, Hospitales Periféricos (I, II y III) y Regionales.
- **Usuario 1:** Primer Nivel de Atención, corresponde a Áreas de Salud tipo I.

Lo anterior se acompaña de una letra (A, B, C o D) que atiende al nivel de complejidad en cuanto a infraestructura y recurso humano, donde A se refiere a la mayor complejidad.

- **3A:** Corresponde a los Hospitales Nacionales y Especializados (Tercer Nivel de Atención).
- **2A:** Corresponde a los Hospitales Regionales (Segundo Nivel de Atención).
- **2B:** Corresponde a los Hospitales Periféricos (Segundo Nivel de Atención).
- **2C:** Corresponde a las especialidades de las Áreas de Salud tipo III y CAIS (Segundo Nivel de Atención).
- **2D:** Corresponde a las especialidades de Áreas de Salud tipo II (Segundo Nivel de Atención).
- **1A:** Corresponde a las Áreas de Salud tipo I e incluye a los EBAIS (Primer Nivel de Atención).

Como los medicamentos son suplidos a las farmacias de las unidades por el Almacén, la asignación del presupuesto de despacho de cada medicamento está a cargo de la Dirección Técnica de Bienes y Servicios de la Gerencia de Logística. Para los medicamentos especializados o de uso restringido, la asignación se hará atendiendo la codificación de la LOM. Como excepción, para aquellos Centros Médicos que, previo al análisis técnico de la solicitud razonada ante el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (apoyo al suministro y enlace logístico) y como parte del fortalecimiento de la Red de Servicios, es permisible la asignación de una cuota para despacho del medicamento específico para atender la necesidad de un grupo de pacientes tributarios.

II.5. Secciones y apartados

Los medicamentos de la LOM, por una característica administrativa fundamental se dividen en almacenables (A) y no almacenables (Z), también conocido como *lista complementaria* (anteriormente denominados “Tránsito”):

a. Medicamentos Almacenables (A):

Se refiere a los medicamentos adquiridos a nivel central por la Gerencia de Logística, por tanto son almacenados y distribuidos a las farmacias de las unidades por el *Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI)*. Estos son los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la gran mayoría de población.

b. Medicamentos no almacenables (Z, lista complementaria):

Incluye los medicamentos requeridos para la atención médica especializada, según la infraestructura y tecnología adecuada para el diagnóstico y tratamiento, en los centros de alta complejidad; en particular, para atender las necesidades de prescripción continua pero minoritaria, con respecto a los almacenables.

Para facilitar un rápido acceso a la información, la LOM muestra el listado de medicamentos en los siguientes apartados:

- a. **Listado de grupos terapéuticos.**
- b. **Listado alfabético de medicamentos:** aparece el nombre de cada uno con el respectivo código y su tipificación como medicamento almacenable (A) o no almacenable (Z).
- c. **Medicamentos almacenables (A):** enlista los medicamentos agrupados según su grupo o categoría farmacoterapéutica, muestra su respectivo código, clave y usuario.

Asimismo, se presentan secciones con los listados de medicamentos destinados al uso de prescriptores específicos y por programas oficiales de la Caja:

- a. **Sección O Medicamentos para uso en Odontología:** incluye los medicamentos autorizados para prescripción por estos profesionales en el desarrollo de la atención odontológica, citados en orden alfabético su respectivo código, clave y usuario.
- b. **Sección E Medicamentos para uso por Enfermeras Obstétricas:** incluye medicamentos para el cuidado de la paciente durante el estado gestacional, para la contracepción y profilaxis (vacunas). En esta sección aparece el nombre de cada uno de los medicamentos disponibles citados en orden alfabético y su respectivo código, clave y usuario.
- c. **Medicamentos no almacenables (Z, lista complementaria):** aparece el nombre de cada uno de los medicamentos no almacenables agrupados según su grupo o categoría farmacoterapéutica, también muestra su respectivo código, clave y usuario.

Por último, se incluye los anexos con:

1. Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos de la C.C.S.S.
2. Solicitud de medicamento no incluido en la LOM para tratamiento agudo
3. Formulario para solicitud de un medicamento LOM para tratamiento crónico en la caja Costarricense de Seguro Social.
4. Trámite para solicitud de medicamento LOM almacenable por no corresponder a nivel de usuario de la unidad (SA).
5. Formulario: Uso de medicamentos adquiridos en farmacias privadas.
6. Formulario para solicitud de medicamento –LOM almacenable (SA-T) por consulta especializada a distancia- Telemedicina
7. Formulario: Reporte de Falla Farmacéutica
8. Formulario de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento

9. Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social
10. Comités Locales de Farmacoterapia
11. Consentimiento Informado para Uso Compasivo de un Medicamento en la CCSS.
12. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.
13. Formulario de aceptación de despacho de recetas por un periodo mayor a un mes.
14. Clasificación Anatómica-Terapéutica-Química (ATC) de los fármacos incluidos en la LOM.

Capítulo III

Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS

El Comité Central de Farmacoterapia elabora una LOM seleccionada para el manejo terapéutico de la morbilidad de la población al amparo de las *Buenas Prácticas de Prescripción (BPP)*⁴ y en concordancia con los principios del *Uso Racional de Medicamentos*⁵, la selección individual del medicamento y la consecuente prescripción obedecen a un diagnóstico definido (binomio diagnóstico-tratamiento) e implica optar por la mejor propuesta terapéutica fundamentada en evidencia científica. Además, se complementa con el control y seguimiento oportuno al paciente, la correcta dispensación de los medicamentos prescritos, en concordancia con las *Buenas Prácticas de Dispensación (BPD)*⁶; la información y educación pertinente al usuario así como las *Buenas Prácticas de Administración (BPA)*⁷, definida para la CCSS, como el conjunto de normas y principios que debe cumplir un profesional de salud en la intervención a un paciente, mediante un procedimiento seguro de administración de medicamentos por las diferentes vías, con el fin obtener la mejor respuesta terapéutica. Todo lo anterior, complementado con la respectiva información y educación al paciente, familia y la comunidad.

III.1 Prescripción

- III.1.1 En la CCSS, los médicos, prescribirán medicamentos incluidos en la LOM o no LOM previamente autorizados por el CCF, el AMTC o el Comité Local de Farmacoterapia (CLF) según sus competencias. Los odontólogos y enfermeras obstétricas podrán prescribir medicamentos autorizados dentro del área de su profesión.
- III.1.2 Los profesionales médicos con especialidad y subespecialidad inscritas ante el Colegio de Médicos y Cirujanos o aquellos con algún permiso especial de dicho colegio podrán prescribir medicamentos LOM en cumplimiento de la clave y el nivel de **usuario** (desde el punto de vista técnico) y sin importar la plaza (desde el punto de vista administrativo) en la que está nombrado; para ello, el Servicio médico correspondiente tiene la responsabilidad de comunicar estos casos de manera formal al Servicio de Farmacia.

Los médicos subespecialistas que no posean la especialidad de Medicina Interna inscrita en el Colegio de Médicos y Cirujanos solo podrán prescribir los medicamentos propios de su subespecialidad y los permitidos a medicina general.

III.1.3 En el caso de inicio de tratamiento con medicamentos LOM y NO LOM para uso especializado, las prescripciones deben ser realizadas por el médico asistente especialista responsable (**No** pueden ser realizadas por los médicos residentes). En el caso de las continuaciones de estos tratamientos, los médicos residentes y médicos generales contratados como apoyo en los servicios médicos especializados deben atender lo establecido en III.5.7 a III.5.10 de esta normativa.

III.1.4 La prescripción podrá realizarse de la siguiente forma:

- I. Prescripción electrónica que se llena y genera en SIES mediante la plataforma oficial en EDUS y enviada directamente a Sistema Integrado de Farmacia (SIFA) en forma electrónica. En este caso aplica el código de acceso exclusivo.
- II. Prescripción electrónica que se llena y genera en SIES mediante la plataforma oficial en EDUS:
 - a. se imprime y debe contener firma y código del prescriptor (se anota por única vez al final del documento). Esta debe ser presentada a la farmacia en forma física.
 - b. Alternativamente, en caso de que la receta deba ser enviada a la farmacia por un medio electrónico, se tienen estas dos opciones:
 1. se imprime, para que el prescriptor la firme manualmente, se escanea y posteriormente envía por medio electrónico a la farmacia.
 2. se genera el documento en formato PDF, y se firma en forma digital la cual debe estar certificada (que cumpla con garantía de integridad, autenticidad y validez en el tiempo) y se envía a la farmacia por correo electrónico.

III. Prescripción en recetario impreso (recetas en papel):

- a. Anotación a mano y con letra clara y legible, únicamente con bolígrafo o pluma de tinta indeleble (color azul o negro).
- b. Uso de otras técnicas o medios alternativos que permitan la impresión de la información (Ej. Impresora, sellos con el nombre fuerza, frecuencia y vía de administración de medicamentos específicos).
- c. Es responsabilidad del prescriptor anotar en forma clara y legible como mínimo el nombre y los dos apellidos del paciente; alternativamente, puede hacer uso de los recetarios y etiquetas oficiales de la Institución en formato electrónico.
- d. Los psicotrópicos y estupefacientes deberán ser prescritos en los recetarios de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y cumplir con las disposiciones vigentes.
- e. Cada prescripción debe contener firma y código del profesional en salud autorizado. Como excepción para las recetas de unidosis de pacientes hospitalizados, se anota por única vez al final del documento.
- f. Las recetas deben estar libres de suciedad, manchas, tachaduras o cualquier otro elemento que genere duda en cuanto a la dosificación, tipo de medicamento, cantidad de productos, firma del médico u otro elemento esencial desde el punto de vista técnico administrativo o técnico clínico para su despacho.

III.1.5 Cada prescripción debe:

- a. Ser anotada por el prescriptor en el expediente; alternativamente, en la hoja clínica de consulta del paciente.
- b. Ajustarse al nivel de usuario, clave establecida, indicaciones oficiales para uso clínico, las dosificaciones terapéuticas y las vías de administración establecidas.

Ante una necesidad excepcional para uso en condiciones diferentes, el caso deberá ser presentado al CCF usando los formularios y el procedimiento ya establecido para medicamentos no LOM. En el caso de situaciones agudas y urgentes de pacientes hospitalizados, se envía la solicitud al AMTC.

- c. Indicar el nombre del medicamento en denominación común internacional (DCI), la potencia o fuerza, la cantidad a despachar, la dosis con el intervalo o frecuencia de administración, la vía de administración y la instrucción. Dos excepciones:
1. En la prescripción de un medicamento disponible en una única forma farmacéutica, la anotación de la potencia o fuerza no es indispensable.
 2. En la prescripción de un medicamento para el tratamiento de patologías crónicas, la anotación de la cantidad a despachar no es indispensable, bajo el supuesto de que corresponde a 1 mes de tratamiento.
- d. En el caso de pacientes pediátricos debe contener el peso del paciente y la edad gestacional en mujeres embarazadas.
- e. El número de medicamentos prescritos en cada consulta debe responder a las patologías atendidas que requieren tratamiento con medicamentos.
- f. La prescripción máxima por receta será para 30 días de tratamiento. Como excepción, podrá prescribirse:
- Un tratamiento completo que no supere las 6 semanas de duración.
 - Los anticonceptivos orales hasta por tres meses (máximo 3 ciclos),
 - Los psicotrónicos para el tratamiento de la epilepsia, hasta por 90 días (3 meses),
 - El metilfenidato, hasta por 90 días (3 meses).
- g. Para el tratamiento crónico el periodo máximo para emisión de recetas continuas con cobertura mensual es de seis meses o excepcionalmente, hasta la próxima consulta, para lo cual el prescriptor podrá emitir una receta original y las copias necesarias (emitidas en forma clara y legible, hasta la próxima consulta con un máximo de 18 meses).
- h. La prescripción en los Servicios de Emergencias será por 3 (tres) días. Con dos excepciones:
- Tratamiento con antibióticos, ciclos cortos de corticosteroides u otros que requieran esquema completo (por ejemplo: malaria, agresión sexual y otros), donde aplica la prescripción por tiempo definido.
 - Pacientes que llegan con una patología compleja y se les identifica una nueva condición crónica o una alteración de una condición crónica preexistente, se les puede prescribir los medicamentos pertinentes hasta por un mes (30 días), con el fin de favorecer la disposición del tratamiento

mientras el paciente obtiene su seguimiento oportuno. El prescriptor deberá informar a la farmacia local para apoyar la dispensación mediante una anotación o referencia que especifique la situación actual.

- i. La duración del tratamiento en prescripciones emitidas en la consulta vespertina o extemporánea dependerá de la organización local, según se brinde una consulta externa regular o un apoyo al servicio de emergencias.

III.1.6 Como parte del acto de prescripción (electrónica o impresa), al finalizar la consulta médica, se debe instruir al paciente sobre cómo proceder para el retiro de sus medicamentos en la farmacia de forma oportuna.

III.1.7 En el caso de requerirse la utilización de una modalidad alternativa a la atención presencial aprovechando telemedicina u otros medios tecnológicos de información y comunicación disponibles y medie una recomendación para la utilización de un medicamento; la unidad consultada puede generar la prescripción en cumpliendo con III.1.4 Y III.1.5.

III.2. Despacho (según establece la Ley General de Salud)

III.2.1 Para uso ambulatorio de medicamentos, la presentación de las recetas a la farmacia será realizada por el paciente, con la presentación del documento de identidad válido y vigente: la cédula de identidad para nacionales, el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros. Alternativamente, el original o copia del documento de identidad: la cédula de identidad para nacionales, el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros y las recetas también podrán ser presentadas por un tercero, a la farmacia.

Cuando en la unidad opera con SIES (Sistema Integrado de Expediente en Salud), la farmacia podrá recibir las recetas por vía electrónica, obviando el paso anterior.

III.2.2 Las prescripciones originadas en el Servicio de Emergencias, consulta vespertina o consulta extemporánea, deberán ser recibidas de inmediato por la Farmacia; los medicamentos podrán ser retirados en un plazo máximo de 24 horas.

- III.2.3 Las prescripciones originadas en la Consulta Externa, así como en Medicina Mixta o de Empresa, serán recibidas por la farmacia durante las 72 horas siguientes y en días hábiles (de lunes a viernes); los medicamentos podrán ser retirados en un plazo máximo de 72 horas y en días hábiles (de lunes a viernes). Es permisible que el nivel local, de acuerdo con su organización interna, amplíe el horario de entrega de medicamentos.
- III.2.4 El retiro de los medicamentos podrá ser realizado por el paciente, con la presentación del documento entregado previamente en la ventanilla de la farmacia al presentar la receta (colilla, número, etc), y el respectivo documento de identidad válido y vigente: la cédula de identidad para nacionales, el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros. Alternativamente, un tercero podrá retirar los medicamentos al presentar ante la farmacia el documento entregado previamente en la ventanilla (colilla) y la copia del documento de identidad: la cédula de identidad para nacionales, el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros.
- III.2.5 Al recibir las recetas, el farmacéutico solo despachará los medicamentos LOM y los no LOM autorizados.
- III.2.6 La farmacia no despachará medicamento alguno cuando la receta institucional no cumple con la normativa vigente.
- III.2.7 Cuando la farmacia recibe una receta con el nombre comercial o de patente del medicamento, se despachará el fármaco correspondiente al principio activo según DCI, tal como está nombrado en la LOM. En caso de medicamentos no LOM, también se despachará el principio activo según DCI o nominación farmacológica genérica.
- III.2.8 La cantidad máxima para despacho de medicamentos corresponde al tratamiento equivalente por 30 días; con excepción de:
- a. un esquema de tratamiento completo que no supere las 6 semanas de duración,
 - b. los anticonceptivos orales, hasta 3 ciclos,
 - c. los psicotrópicos para el tratamiento de la epilepsia, hasta por 90 días (3 meses),
 - d. el metilfenidato, hasta por 90 días (3 meses).

- III.2.9 En caso de recibir una prescripción con varias copias para el tratamiento crónico del paciente, la farmacia procede con el despacho del primer mes y deberá anotar al dorso de cada copia la fecha correspondiente al retiro del medicamento, el paciente deberá ser instruido para que presente en la farmacia cada copia correspondiente al mes en curso para su oportuno despacho.
- Los servicios de farmacia cuando reciben recetas copias para el tratamiento crónico en fechas posteriores a las señaladas al dorso de la receta, procederán a despachar la cantidad requerida (ajuste de cantidad) para cubrir el tratamiento hasta la fecha de entrega de la próxima receta copia, con el fin de evitar la interrupción del tratamiento, pero además, el acumulo del medicamento si se despachase la cantidad completa.
- III.2.10 Para medicamentos prescritos a pacientes hospitalizados, la farmacia recibirá las recetas entregadas por el personal de Enfermería y el despacho se hará bajo el sistema de distribución de medicamentos por *dosis unitaria*. Cuando en la unidad opera EDUS, la farmacia podrá recibir las recetas por vía electrónica.
- III.2.11 Ante la presentación de la receta para un medicamento no LOM previamente autorizado, la farmacia verifica la autorización por la instancia competente, procede con el trámite para su adquisición y coordinará con el paciente para el retiro oportuno. En caso de contar con existencia suficiente del medicamento que permita cubrir el tratamiento solicitado sin afectar la disponibilidad del mismo a aquellos pacientes que ya han iniciado la terapia, se procederá al despacho inmediato
- III.2.12 Cuando la Farmacia recibe una receta para el despacho de un medicamento con clave E, R o RE, la farmacia deberá verificar el ajuste a los lineamientos para uso institucional mediante los mecanismos internos o solicitar la información que permita fundamentar la utilización del fármaco al prescriptor.
- III.2.13 De acuerdo con las posibilidades de cada farmacia, se impulsará el programa de *Atención Farmacéutica*, con prioridad en aquellas patologías de alto riesgo, como complemento al despacho de medicamentos.
- III.2.14 Los medicamentos parenterales prescritos en el en el *Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa*, serán despachados por la farmacia correspondiente para su administración en el consultorio de la empresa.

- III.2.15 No se entregarán medicamentos inyectables a los pacientes con prescripciones del *Sistema Mixto de Atención en Salud* o del *Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa*.
- III.2.16 Los medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales y otros agentes de uso por vía parenteral, son preparados por el farmacéutico y se entrega a enfermería para su administración institucional.

Despacho de medicamentos almacenables del ALDI a la unidad

- III.2.17 La farmacia junto con la Sub-Área de Evaluación de Insumos y Suministros de la Gerencia de Logística, determinan la asignación de las cuotas mensuales del presupuesto de despacho de cada medicamento, a fin de cubrir las necesidades locales. Las cuotas de medicamentos con cuota restringida serán autorizadas previamente por el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica. En circunstancias excepcionales, la farmacia deberá solicitar el aval del AMTC (componente de apoyo logístico al suministro) para la asignación y ajuste de cuotas de despacho de medicamentos especializados o con lineamientos específicos.
- III.2.18 Cada unidad podrá solicitar al ALDI las vacunas, la inmunoglobulina tetánica, la inmunoglobulina varicela-zoster humana y la inmunoglobulina Hepatitis B, de acuerdo con el presupuesto para despacho previamente autorizado por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes.

- III.2.19 Ante una necesidad excepcional para el despacho de medicamentos LOM o NO LOM por un periodo mayor a 30 días (por ejemplo: viaje fuera del país), la farmacia debe informar al paciente que es su responsabilidad la realización con antelación de las gestiones del caso e instruir para presentar ante el

Servicio de Farmacia del centro de salud de adscripción del paciente, los siguientes requisitos:

- a. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes (Anexo 12).
- b. Presentación del documento de identidad (cédula de identidad para nacionales y el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros) de la persona que solicita (Paciente o representante legal del paciente).
- c. En caso de contar con recetas impresas, adjuntarlas.
- d. En caso de viaje fuera del país, adjuntar comprobante que evidencie la fecha de egreso del país.
- e. Autorización emitida por la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud, para el caso de los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes (en el Servicio de Farmacia se le informará al paciente como proceder y la documentación necesaria para que realice este trámite).

III.2.20 La farmacia del centro de salud de adscripción del paciente debe revisar:

- a. Perfil del paciente en SIFA del centro de salud de adscripción. En caso necesario, podría requerirse la solicitud del perfil al centro de mayor complejidad.
- b. Para medicamentos no LOM: la fecha de aprobación y clave (emitida por el CCF o por delegación CLF o AMTC); asimismo, la vigencia.
- c. Existencias de los medicamentos (LOM y no LOM), con el fin de no causar perjuicio a otros pacientes que requieren también de esos medicamentos (en casos excepcionales, se podría solicitar un extrapedido para los medicamentos LOM).
- d. Fechas de vencimiento de los productos, con el fin de que las cantidades despachadas sean acordes con la fecha de expiración. La Institución no está comprometida para adquirir medicamentos en forma individual para cubrir lapsos de tiempo mayores a los que permite la expiración del producto.

- III.2.21 El análisis y resolución de la solicitud le corresponderá a la Jefatura del Servicio de Farmacia o la persona designada para ese efecto: La aprobación/despacho será por un máximo de hasta 3 meses (> 30 días a ≤ 3 meses) *no prorrogables*. Solicitudes por periodos mayores a los 3 meses, no podrán ser autorizadas a nivel local; tampoco, deberán ser trasladadas al CCF; por cuanto no es posible otorgar la excepcionalidad de despacho por un periodo mayor; de acuerdo con el *Reglamento de Seguro de Salud de la CCSS*.
- a. Para el despacho, según procedimientos establecidos para cada modalidad:
- Recetas impresas: establecerá mecanismos para llevar el control de las autorizaciones.
 - Recetas electrónicas: mediante la funcionalidad en SIFA (que se encuentra en el perfil JEFAT>ARCHIVO>AUTORIZACIÓN ADELANTO DE RECETAS COPIAS SEGÚN LOM) autorizará las recetas a tramitar e incluirá la justificación en la casilla de observaciones.
- III.2.22 Tras disponer de la respectiva autorización, en la farmacia y al momento del despacho ampliado de la medicación, el paciente (o su representante legal):
- a. Debe firmar un formulario de aceptación sobre la solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (Anexo 13) [quedará en custodia del servicio de farmacia] donde consta las cantidades recibidas, la exoneración de responsabilidad de la Institución por cualquier situación que pueda generarse por su manejo.
- b. Debe ser informado sobre su responsabilidad para el uso de los medicamentos entregados, la necesidad del seguimiento clínico, así como cualquier otra recomendación pertinente en referencia a la educación del paciente.
- III.2.23 En caso de que se deba tramitar otra solicitud excepcional de despacho de recetas por un periodo mayor a un mes, que no sea continua, se deberá realizar desde el inicio, el procedimiento establecido anteriormente. No se autoriza la realización de este trámite de forma consecutiva *por lo que debe*

existir al menos un mes de diferencia entre el último mes de tratamiento despachado y la siguiente solicitud.

Entrega de medicamentos por el Técnico de Atención Primaria (ATAP) según programas específicos

- III.2.24 Los ATAPs durante las visitas domiciliarias, podrán educar sobre la utilización de medicamentos y entregar los siguientes medicamentos autorizados por el CCF: Crema de Rosas, Óxido de Zinc compuesto, Electrolitos Orales (Suero Oral), albendazol, aceite mineral para uso tópico, de acuerdo con el lineamiento vigente.
- III.2.25 Los ATAPs participan en campañas en recintos escolares para la educación sobre el uso de los medicamentos y podrán entregar albendazol.

III.3. Administración

- III.3.1 Para administrar medicamentos en la Caja, se debe cumplir con los principios ético-científicos y la normativa institucional vigente.
- III.3.2 La administración de los medicamentos LOM y no LOM previamente autorizados a los pacientes en la Caja, se realiza tras la prescripción y despacho por la farmacia institucional.
- III.3.3 La administración de medicamentos a los pacientes atendidos en la Caja, deberá ser realizada por profesionales autorizados (Medicina, Enfermería), o por el personal bajo la supervisión de Enfermería.
- III.3.4 En el ámbito de su ejercicio profesional, los profesionales en Odontología podrán administrar los medicamentos LOM incluidos en la sección O.
- III.3.5 Solo podrán administrarse los medicamentos despachados por las farmacias de la Caja y mediante el uso de las vías oficialmente establecidas para las respectivas formas farmacéuticas, así como por las autorizadas en forma selectiva por el CCF. Como excepción, se autoriza la administración de medicamentos adquiridos a nivel extrainstitucional para pacientes hospitalizados siguiendo lo establecido en la sección III.11

- III.3.6 Para administrar medicamentos por vía parenteral, se debe contar con las condiciones idóneas de equipo, infraestructura y recurso humano, en procura de la máxima seguridad para el paciente. Se requiere disponer de todos los recursos para la aplicación de inyectables y reanimación en caso de reacciones alérgicas sistémicas graves, incluida la anafilaxia (carro de paro y otros insumos).
- III.3.7 La administración de medicamentos por vía parenteral a los pacientes de la consulta externa, se hará previa presentación de una identificación con foto (cédula de identidad, pasaporte o cédula de residencia).
- III.3.8 En el proceso de administración de los medicamentos a los pacientes, se debe cumplir con las especificaciones de almacenamiento, conservación y preparación indicadas en el producto despachado por la farmacia.
- III.3.9 Para la administración de medicamentos, los profesionales en Medicina, Odontología o Enfermería, así como el personal bajo la supervisión de enfermería, deben revisar la indicación o norma escrita del medicamento respecto a su administración, en el documento oficial establecido.
- III.3.10 Los ATAPs podrán aplicar las vacunas, en concordancia con el esquema de vacunación vigente.
- III.3.11 Los medicamentos parenterales **prescritos** en el Sistema Mixto de Atención en Salud y en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa podrán ser administrados por el personal de enfermería en el centro de salud institucional, cuando el médico prescriptor remita *una* referencia al Servicio de Enfermería con la solicitud de aplicación y la receta al Servicio de Farmacia. El Servicio de Enfermería establecerá un mecanismo para archivar la referencia.
- III.3.12 Para la administración de medicamentos parenterales prescritos a pacientes en centros de salud de mayor complejidad para continuar tratamiento especializado en un centro de menor complejidad, se deberá seguir el procedimiento establecido en circular CCF-5704-11-18 (22-11-18).
- III.3.13 Prescripción para aplicar medicamentos por otros vías de administración no oficiales ni avaladas por el CCF:
- a. En casos excepcionales, cuando se encuentre en riesgo la vida del paciente, ante una prescripción, para aplicar medicamentos por otras vías de administración que no son oficiales ni avaladas por el CCF, el médico

prescriptor asumirá directamente bajo su responsabilidad personal y profesional todo lo que de ello se derive, lo cual deberá ser indicado al reverso de la receta y en el expediente u hoja clínica de consulta del paciente. El Servicio de Enfermería registrará en la nota de Enfermería del expediente u hoja clínica, la administración realizada y sus observaciones.

- b. El profesional de enfermería puede abstenerse de administrar medicamentos que no cumplan con la *Normativa para la Utilización de Medicamentos en la CCSS* o cuando la vía indicada no es la oficial, dejando constancia por escrito del fundamento de dicha acción; excepto cuando se encuentre en riesgo la vida del paciente y el médico le indique expresamente que asume la responsabilidad del manejo y sus consecuencias. Tal excepción debe quedar evidenciada en el expediente u hoja clínica de consulta del paciente al concluir las acciones, como parte de las medidas tomadas en salvaguarda de la vida.

- III.3.14 Prescripciones de medicamentos parenterales emitidas por los profesionales especialistas en Cuidados Paliativos y Clínicas del Dolor, como excepción y como un uso compasional, las vías de administración permitidas, se regirán por lo establecido en el Anexo I del *Decreto Ejecutivo 29561-S*, correspondiente al “*Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II nivel de Atención y Protocolos de Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y /o Terminal*”.
- III.3.15 Tras la administración de los medicamentos en la Caja, los residuos de las preparaciones oncológicas y todos los insumos utilizados para la aplicación a los pacientes, deben desecharse según los procedimientos establecidos.
- III.3.16 La administración de medicamentos en programas especiales, se realizará de acuerdo con la normativa aprobada por el CCF.

III.4. Despacho de medicamentos inyectables o clave H para administración extrainstitucional

- III.4.1 Los medicamentos inyectables con clave H, no deben ser despachados a los pacientes para su aplicación domiciliar o en otro espacio extrainstitucional.
- III.4.2 Los medicamentos inyectables o aquellos con clave H, no deben ser despachados a los pacientes para su aplicación domiciliar o en otro espacio

extrainstitucional; a EXCEPCIÓN de los autorizados por el CCF, cuya aprobación será explícita para cada medicamento consignado bajo esta condición.

III.4.3 En el caso de los medicamentos oncológicos, para su entrega por la farmacia para administración domiciliar (uso extrainstitucional) a pacientes que tienen control especializado en el centro médico, el prescriptor debe presentar una solicitud formal al Comité Local de Farmacoterapia con la siguiente información:

- a. Documentar la imposibilidad médica del paciente para acudir al centro de salud donde consulta de forma regular y el beneficio que representa la aplicación intradomiciliar.
- b. Describir las condiciones del hogar que contribuyen con la seguridad para el manejo del medicamento.
- c. Declaración formal del médico sobre el compromiso y su responsabilidad profesional para dar seguimiento domiciliar, revisar la preparación, devolver a la farmacia los desechos y para adjuntar copia de todos los documentos al expediente clínico del paciente.
- d. Declaración formal del médico asegurando que los medicamentos serán administrados al paciente por profesionales con experiencia en quimioterapia (Médico o Enfermera).
- e. Compromiso médico para seguimiento y control del paciente en las instalaciones hospitalarias de la Caja.
- f. Asentimiento informado del paciente – o su representante - mediante declaración formal sobre que:
 - i. La aplicación de la quimioterapia en el domicilio obedece a una situación excepcional,
 - ii. Ha sido informado ampliamente sobre el procedimiento y sus riesgos,
 - iii. Se compromete a acatar las indicaciones correspondientes;
 - iv. Exonera a la Institución de problemas y consecuencias asociados con esta aplicación domiciliar.
- g. Prescripción institucional de cada medicamento, por parte del médico que lleva el control especializado en la Caja, con el esquema completo.

- h. Cualquier instrucción relacionada con el manejo de los medicamentos antineoplásicos.
 - i. Aval de la Jefatura del Servicio.
 - j. El Comité Local de Farmacoterapia valora la solicitud con la documentación adjunta, y coordina con la farmacia para la entrega oportuna.
- III.4.4 Ante otras situaciones especiales en las que un médico prescriptor propondría la entrega de medicamentos inyectables o con código H para uso domiciliario, deberá presentar solicitud justificada del caso con la documentación requerida al CCF. La resolución se comunicará al CLF para su conocimiento.
- III.4.5 Los programas especiales de la Institución que contemplen la posibilidad del despacho de medicamentos inyectables o código H para uso domiciliario, deberán ser presentados al CCF para su aprobación.

III.5. Pacientes referidos para continuar el control médico con tratamiento LOM especializado

- III.5.1 El médico especialista en un establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención, podrá referir al asegurado para continuar el control y tratamiento de su enfermedad crónica con medicamentos LOM hacia las siguientes instancias:
- a. Al Servicio Médico de Atención Integral del Trabajador, cuando el asegurado es trabajador Institucional. Solo aplica en el establecimiento de salud donde el trabajador está registrado/contratado.
 - b. Al Médico que labora adscrito a los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta o Medicina de Empresa en cumplimiento de III.9.1.e y III.9.2.e, respectivamente.
 - c. A la consulta médica de un nivel Institucional de menor complejidad.
- III.5.2 Para realizar la referencia, el médico prescriptor deberá:

- a. Completar el formulario de referencia hacia los servicios Institucionales o para los Sistemas Alternativos (Medicina Mixta o Medicina de Empresa) con las siguientes indicaciones: el diagnóstico, tratamiento con el nombre específico de cada medicamento LOM, dosis diaria, fuerza, vía de administración y duración prevista de uso para cada medicamento, así como cualquier otra información que considere pertinente.
- b. Proceder con la prescripción del tratamiento por 30 días en el recetario institucional o mediante receta electrónica.
- c. Instruir al asegurado para que presente:
 - i. La receta o el comprobante entregado en la ventanilla de REDES (en caso de la receta electrónica) en la farmacia del centro especializado para el despacho del tratamiento y
 - ii. La referencia a la Dirección Médica de la Unidad donde ha sido referido. En el caso de que el asegurado sea un trabajador Institucional la referencia debe ser presentada a la Consulta de Atención Integral del Trabajador según la organización local de cada establecimiento de salud.
 - iii. Cuando la referencia es hacia los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta o Medicina de Empresa la referencia se presentará al médico tratante.

III.5.3 La Dirección Médica de la unidad referida, deberá designar a un médico para la atención y control del paciente. Cuando el asegurado es referido a la consulta de Atención Integral del trabajador, esta unidad deberá asignarle la cita correspondiente para la valoración de la referencia y dar seguimiento al caso. En los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta y Medicina de Empresa el médico tratante deberá valorar la referencia y dar continuidad al tratamiento establecido.

III.5.4 El médico asignado de la unidad donde fue referido el paciente, el médico a cargo de la consulta de Atención Integral al Trabajador o el Médico tratante adscrito a los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta o Medicina de Empresa, según corresponda, dará la continuidad al tratamiento LOM establecido por el especialista emitiendo las prescripciones correspondientes, aunque sean medicamentos clasificados para uso especializado o restringido.

III.5.5 Los medicamentos con clave M, deberán estar disponibles en todas las farmacias para su despacho oportuno al paciente.

III.5.6 Los medicamentos con clave E, R y RE que no corresponden al nivel de usuario de la unidad actual, deberán ser solicitados por la farmacia, de acuerdo con la normativa establecida:

1. Cuando la Farmacia no cuenta con presupuesto de despacho del medicamento ante el ALDI, solicita a la Sub-Área de Evaluación de Insumos y Suministros de la Gerencia de Logística, la asignación de la cuota mensual del presupuesto de despacho del medicamento, a fin de cubrir la necesidad local.
2. Cuando la farmacia ya cuenta con presupuesto de despacho del medicamento especializado, puede solicitar una modificación de la cuota ante la Sub-Área de Evaluación de Insumos y Suministros de la Gerencia de Logística.
3. Para disponer de medicamentos de uso restringido o que tienen lineamientos específicos, la farmacia deberá solicitar el aval al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (componente de apoyo logístico al suministro) para la asignación o ajuste de la cuota de despacho del medicamento correspondiente.
4. Cuando la farmacia está coordinada con *el Centro Regional^[8] de Distribución*, deberá remitir un listado de los pacientes y los medicamentos de uso especializado requeridos en la unidad, a efecto de consolidar y suplir las necesidades. con la inclusión de las cuotas correspondientes en el presupuesto de despacho.
5. Para aquellos casos en los que no es posible hacer efectiva una modificación inmediata del presupuesto de despacho, se dispone de un mecanismo para gestión de extrapedido (EA) ante el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (componente de apoyo logístico al suministro), trámite que se debe acompañar de una adecuada justificación y estimación de necesidades.

Continuaciones de tratamiento lom especializados o restringidos en pacientes hospitalizados o ambulatorios por medicos residentes o médicos generales (contratados para apoyo en servicios médicos especializados)

III.5.7 En la atención de los pacientes hospitalizados o en la consulta especializada de pacientes ambulatorios (Consulta Externa) realizada por los médicos residentes o médicos generales (contratados como apoyo en los servicios médicos especializados), las prescripciones para las continuaciones de tratamiento con medicamentos LOM clasificados para uso especializado o restringido podrán ser emitidas para atender las siguientes condiciones:

- a. Terapia crónica con medicamento LOM especializado o restringido, iniciado previamente por el médico especialista (para continuación de tratamiento, modificación de dosis [aumento o disminución] o reinicio de tratamiento que fue suspendido (por toxicidad, efectos adversos, otros), excepto en:
 - i. La atención ambulatoria de pacientes en tratamiento con metilfenidato, para lo cual, el prescriptor requiere cumplir con lo establecido en el protocolo vigente y haber recibido la capacitación que lo acredita para para poder dar la continuación del tratamiento.
- b. Tratamiento agudo (menos de 30 días, ejemplo: antibióticos) con medicamento LOM especializado o restringido, solamente dentro de periodo de tiempo que fue prescrito por el especialista. En caso de requerirse la utilización del fármaco por un tiempo mayor al establecido inicialmente; solamente por prescripción del médico especialista, previa valoración del paciente.
- c. Tratamiento de egreso hospitalario en las mismas condiciones señaladas en los puntos a y b anteriores.

III.5.8 Lo establecido en el III.5.7 no aplica para las continuaciones de tratamiento para manejo de la brucelosis humana con los siguientes fármacos:

- i. rifampicina 100 mg/5 mL suspensión oral [03-7490],
- ii. rifampicina 300 mg cápsula [03-1560],
- iii. gentamicina base solución inyectable [02-3970],
- iv. ceftriaxona base 1 g polvo estéril para solución inyectable [02-3278],
- v. ciprofloxacino base 500 mg tableta recubierta [02-0308].

Estas prescripciones podrán ser realizadas únicamente por los especialistas en Infectología o Medicina Interna.

- III.5.9 En el caso de los médicos generales (contratados como apoyo en los servicios médicos especializados), la jefatura especializada debe solicitar y contar con la autorización escrita de la Dirección Médica de su Centro para que el Médico General pueda apoyar en situaciones excepcionales (Ejemplo: para prescribir continuaciones de medicamentos especializados para los pacientes que se quedan sin tratamiento por falta de disponibilidad de agendas, pacientes que requieren aumento de dosis de medicamentos especializados o reinicios de tratamiento (en casos de pacientes a quienes se les disminuye la dosis o suspende por alguna toxicidad), bajo las instrucciones del médico Especialista en los casos asignados.
- III.5.10 Los médicos Residentes y médicos generales contratados como apoyo a los servicios médicos especializados NO podrán iniciar tratamientos LOM especializados.

III.6. Prescripciones (recetas copias) de medicamentos especializados para continuar el despacho en el primer o segundo nivel de atención

- III.6.1 Cuando un paciente es atendido por:
- a. Un médico especialista en un nivel de atención de mayor complejidad.
 - b. En la atención de los pacientes hospitalizados por parte de los médicos residentes o en la consulta especializada de pacientes ambulatorios (Consulta Externa) realizada por los médicos residentes o médicos generales (contratados como apoyo en los servicios médicos especializados) bajo las condiciones mencionadas en el III.5.7 (puntos a y b y c), III.5.8 y III.5.9.
- y se le prescribe medicamentos LOM que tienen lineamientos específicos para uso institucional y para tratamiento crónico (duración mayor a 30 días), aún entre las citas de control, se deberá cumplir con lo siguiente:

- a. El periodo máximo para emisión de recetas continuas es de seis meses, el prescriptor podrá emitir en forma clara y legible, una receta original (primer mes) y hasta un máximo de 5 copias (total 5 meses adicionales) o excepcionalmente, las recetas copias necesariaS hasta la próxima consulta [máximo 18 meses]
- b. La farmacia del centro de un nivel de atención de mayor complejidad despachará la primera receta, para cubrir el tratamiento por un período de 30 días. La farmacia deberá anotar al dorso la fecha correspondiente para el retiro de las recetas subsecuentes (copias) en los meses siguientes. Si la prescripción de subsecuentes se realiza con receta electrónica SIFA-SIES, la farmacia entregará al paciente el respectivo comprobante con las fechas de retiro para los meses de tratamiento.
- c. La farmacia del centro especializado instruirá al paciente para que presente las siguientes recetas (copias) en la farmacia de su unidad de adscripción, lo más pronto posible (preferiblemente con al menos 22 días, antes de que se le acabe el mes de tratamiento actual).

III.6.2 El paciente podrá retirar sus medicamentos con las recetas copias emitidas (total 5 meses seguidos o las necesarias hasta la próxima consulta por un máximo de **18** meses), en la farmacia de su unidad de adscripción, para sí evitar desplazamientos y gastos innecesarios.

- a. Para el caso de los medicamentos NO-LOM y Tránsito (Z) de compra en el centro de salud de mayor complejidad, se le deberá indicar al paciente que deberá presentar la(s) copia(s) en la farmacia del centro de adscripción lo más pronto posible (preferiblemente con al menos 22 días, antes de que se le acabe el mes de tratamiento actual) a efectos de que se realicen los traslados entre unidades.

Cuando los medicamentos NO-LOM y tránsito (Z) tienen la demanda de un grupo de pacientes que permitan implementar mecanismos de coordinación entre farmacias más oportunos y efectivos, es factible que se estimen las necesidades de los mismos para que se hagan traslados entre farmacias y con ello se atiendan por períodos definidos esas necesidades, todo ello a partir del número de pacientes y consumos estimados, a efectos de que se encuentren disponibles en el momento que el paciente presente su receta en el lugar de adscripción y se apoye el acceso oportuno y la adecuada adherencia al tratamiento.

- b. Los medicamentos con clave M, deberán estar disponibles en todas las farmacias para su despacho oportuno al paciente.
- c. Para el caso de los medicamentos con clave E, R y RE para los cuales ya se cuenta con existencias a nivel local a través de los Centros Regionales de Distribución, se deberá de seguir el procedimiento definido regionalmente para la coordinación entre los servicios de farmacia de las Áreas de Salud y la farmacia que funge como Centro Regional de Distribución a efectos de actualizar las cuotas y el listado de los pacientes.
- d. Cuando la farmacia ya cuenta con presupuesto de despacho del medicamento especializado, puede solicitar una modificación de la cuota ante la Sub-Área de Evaluación de Insumos y Suministros de la Gerencia de Logística, para cubrir la necesidad.
- e. Para aquellos casos en los que no es posible hacer efectiva la disponibilidad inmediata del medicamento para despacho al paciente localmente ni a través del Centro Regional de Distribución, se dispone de un mecanismo para gestión de extrapedido (EA) ante el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (componente de apoyo logístico al suministro), trámite que se debe acompañar de una adecuada justificación y estimación de necesidades.

III.6.3 El paciente con un tratamiento especializado o restringido finalizará el mismo al agotar las copias emitidas por el especialista, por lo que es procedente el control especializado periódico.

- III.6.4 En caso de medicamentos que requieren de condiciones especiales para su almacenamiento y traslado (por ejemplo: cadena de frío), será responsabilidad del centro médico en donde se autorizó inicialmente el tratamiento y se brinda el control, la coordinación con la farmacia local para el traslado del medicamento en las condiciones idóneas, en procura de su despacho local y oportuna al paciente.
- III.6.5 Para pacientes que han iniciado tratamiento con un medicamento No-LOM previamente autorizado por el CCF, el centro médico en donde se autorizó inicialmente el tratamiento será responsable de la adquisición y continuación del tratamiento. La farmacia de la unidad de adscripción recibirá el suministro del medicamento no-LOM para despacho al paciente, en concordancia con el procedimiento señalado.

III.7. Otros procedimientos

III.7.1. Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados

- a. Cuando un medicamento LOM prescrito se encuentra agotado en la Caja, la farmacia debe notificar al prescriptor. El prescriptor debe valorar y proceder con los ajustes necesarios en procura de sustitución o alternativa terapéutica, según las opciones de la LOM. En caso de no localizar al prescriptor, la farmacia podrá remitir el caso a la Jefatura o a la Dirección Médica, para su resolución.
- b. Cuando un medicamento LOM está agotado en la Caja y no existe sustitución o alternativa terapéutica posible según las opciones de la LOM, la farmacia debe proceder de la siguiente manera:
 - i. Para el caso de los servicios de farmacia de las Áreas de Salud y Hospitales Regionales y Periféricos, deberán coordinar con el respectivo Supervisor Regional de Farmacia, para que a través de los cubos de existencias, verifiquen la disponibilidad del medicamento a nivel regional y nacional, y se pueda gestionar la distribución de existencias entre las unidades a efectos de atender necesidades inmediatas mientras ingresa el medicamento a nivel central.

- ii. Para el caso de los Servicios de Farmacia de los Hospitales Nacionales Generales y Centros Especializados, cada uno de ellos a través de los cubos de existencias verificarán directamente la disponibilidad del medicamento en la red, a efectos de gestionar la distribución y posible atención de necesidades inmediatas del medicamento.
- iii. Una vez agotadas las coordinaciones entre la red Institucional respectiva que permitan atender las necesidades inmediatas, deben comunicarse a la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, para que informen el estado de ingreso de cada uno de esos medicamentos a través de los procesos de compra del nivel central.
- iv. En caso de medicamentos LOM vitales agotados, según la clasificación VEN^[9], ante condiciones emergentes graves del paciente (hospitalizado o ambulatorio) y previa verificación de la inexistencia del medicamento en la Institución:
 - a. el prescriptor emite la receta y documenta la confirmación de que no existe sustitución o alternativa terapéutica posible según las opciones de la LOM.
 - b. la farmacia debe coordinar con la Dirección Médica, o su delegado autorizado, para proceder con la compra del medicamento bajo el concepto de “adquisición urgente”, con presupuesto local y según el procedimiento y la legislación vigente.
 - c. En estos casos, las cantidades a comprar de cada medicamento deberán ser consensuadas con la Dirección Médica; la farmacia deberá informar de esta adquisición al AMTC (componente de apoyo logístico al suministro), oportunamente.
- v. La Caja no asumirá responsabilidad alguna por medicamentos LOM agotados que hayan sido adquiridos en farmacias comunales (particulares) o distribuidores, sin cumplir el proceso respectivo, atendiendo la normativa institucional y la legislación vigente.

III.7.2. Gestión ante la necesidad de medicamentos lom almacenables con diferente nivel de usuario.

- a. Para atender la necesidad excepcional de un medicamento LOM almacenable cuyo nivel de usuario LOM no corresponde con la tipificación de la unidad donde se está generando la receta:
 - i. Si cumple con la especialidad (E, HE) o especialidad+restricción (RE, HRE) según especifique la clave de cada código LOM, se podrá eximir del trámite de solicitud de clave SA. En caso contrario, el prescriptor debe exponer solicitud razonada del medicamento mediante formulario "Trámite para la solicitud de medicamento LOM almacenable por no corresponder al nivel de usuario de la unidad (SA) [Anexo 4].
 - a. La farmacia recibe el formulario, completa la información y verifica la inexistencia local del medicamento. Remite al AMTC mediante correo electrónico.
 - b. AMTC analiza solicitud recibida y, si procede, autoriza clave SA del medicamento LOM para su despacho inmediato por el ALDI.

III.7.3 Gestión ante la necesidad de medicamentos lom no almacenables (Z) con diferente nivel de usuario.

- a. Para atender la necesidad excepcional de un medicamento LOM no almacenable (Z) en un centro que no corresponde al nivel de usuario:
 - i. Si cumple con la especialidad (E, HE) o especialidad+restricción (RE, HRE) según especifique la clave de cada código LOM, se podrá eximir de solicitar el aval mediante los formularios establecidos. En caso contrario, el prescriptor debe plantear y tramitar solicitud razonada, según corresponda:
 1. Tratamiento agudo: a través de la Dirección Médica o Jefatura del Servicio o Sección correspondiente mediante el formulario de *solicitud de medicamento no incluido en la LOM* para tratamiento agudo (Anexo 2). Este debe ser enviado por correo electrónico al AMTC para su valoración.

- El AMTC evalúa la solicitud recibida y, si procede, autoriza mediante la asignación de una clave DF-Z, que permite la adquisición del medicamento para el tratamiento agudo en esa unidad.
- 2. Tratamiento crónico: debe gestionarse según el procedimiento establecido para la *solicitud de medicamento no LOM para tratamiento crónico* ante el CCF.
- b. El medicamento LOM no almacenable (Z), debe ser adquirido por cada unidad con los fondos de la partida presupuestaria específica, respetando la ficha técnica del medicamento vigente a nivel Institucional y la legislación actual.
- c. Las farmacias deberán emitir un informe semestral sobre la compra de medicamentos LOM no almacenables (Z), dirigido al Área de Farmacoeconomía-EUM de la Dirección de Farmacoepidemiología; dicho informe debe especificar código LOM, nombre, forma farmacéutica y fuerza del fármaco, cantidad comprada y los montos invertidos en la compra de cada medicamento.

III.7.4 Stock de medicamentos

- a. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro, Servicios de Emergencia y Maletín Médico es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de las Áreas de Salud, EBAIS y Puestos de Visita Periódica y se rigen bajo los “Lineamientos de Stocks de Medicamentos de Áreas de Salud 1, 2 y 3, EBAIS concentrados, desconcentrados y Puestos de Visita Periódica” y circulares complementarias vigentes (DFE-AMTC-3518-12-15, DFE-AMTC-REC-3519-12-15).
- b. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro y Servicios de Emergencias (Stock de farmacia en los Servicios de Emergencias) es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos

establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de atención ambulatoria de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos según circular CCF-1914-10-07.

- c. La inclusión de otros medicamentos para un stock de los aprobados por el CCF para Áreas de Salud, EBAIS, Puestos de Visita Periódica y Hospitales, debe ser solicitada al CLF; con su aval se remite la solicitud al CCF para su aprobación y copia al Supervisor Regional de Farmacia.
- d. Identificada la necesidad de un nuevo stock de medicamentos para un servicio además de los stock existentes que están aprobados por CCF, o la inclusión de un medicamento (s) deberá realizarse un análisis conjunto con participación de medicina, farmacia y enfermería del centro de salud; en la que se determine si realmente se justifica la necesidad de disponer de un stock, las cantidades responden a la demanda actual y estimada, de manera que sea presentada al CLF. El CLF, analiza la solicitud y emite resolución local con su respectiva recomendación, elevará la misma con su al CCF para su valoración y aprobación final.
- e. Las Jefaturas de Farmacia y Enfermería en coordinación con el médico, deben establecer el sistema de reposición de stock que mejor responda a la realidad de la Unidad (por receta de paciente, reposición por “consumo masivo” o mixto, así como la periodicidad con la que se efectúe la reposición siempre dentro del marco normativo vigente.
- f. En el caso de Medicina de Empresa, EXCEPCIONALMENTE se le podrá autorizar una cuota para stock de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520), la cual se otorgará previa confirmación de la existencia de una unidad de nebulización en el centro de atención en salud de la empresa y de acuerdo con la estadística de atención mensual de pacientes (responde a la demanda actual).

III.7.5 Stock de vacunas

- a. El Comité Central de Farmacoterapia es la instancia competente para la inclusión de las vacunas aprobadas por la Comisión Nacional de Vacunas y Epidemiología en la LOM.
- b. Cada unidad deberá realizar la programación de las dosis de cada vacuna requerida de acuerdo con el procedimiento Institucional establecido y oficializado.
- c. La planificación de los requerimientos por parte de cada unidad se fundamenta en el análisis realizado en conjunto con los responsables locales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), regionales y nacionales.
- d. El profesional de Enfermería responsable en coordinación con la Jefatura de la farmacia de cada unidad, definen el stock necesario; las modificaciones justificadas de los stocks son autorizadas a nivel central por el PAI y serán despachas por el ALDI.
- e. El Programa de Inmunizaciones de la Caja Costarricense del Seguro Social, ha establecido que en los servicios de atención en donde se apliquen vacunas: Hospitales, Áreas de Salud, y sectores; el abastecimiento y distribución de las vacunas se realiza usando la reposición por gasto (stock).

III.8 Autoprescripción

- III.8.1 La autoprescripción médica es aceptable siempre y cuando sea razonable, lógica, sin abusos y se ajuste a la normativa de la LOM para cada medicamento. La realización de esta práctica deberá ser avalada por la Dirección Médica, según la organización interna de cada unidad. Si la farmacia o jefaturas correspondientes detectaran alguna anomalía, cada unidad estará en capacidad de llevar el control pertinente e investigar los casos específicos.
- a. La autoprescripción se regula de la siguiente manera:
 - i. El médico funcionario de la Caja, podrá emitir recetas *a su nombre*, atendiendo la normativa LOM para la prescripción de medicamentos según clave y nivel de usuario.

- ii. Las recetas se deben presentar a la farmacia para su despacho, únicamente en su centro de trabajo y en el periodo correspondiente a su jornada laboral.
 - iii. La farmacia debe enviar un informe trimestral de los despachos a la Dirección Médica, con copia al CCF.
 - iv. El *status* jurídico de la Caja establece que *no es propio que un médico que no tiene vínculo jurídico con un programa Institucional prescriba medicamentos en la Institución*, por lo que la farmacia no despachará recetas emitidas por médicos sin relación laboral con la CCSS.
- b. Se permitirá la autoprescripción odontológica únicamente para los medicamentos de la Sección O de la LOM.
 - c. Sin excepción, la autoprescripción no aplica para los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes.

III.9. Medicamentos en otras modalidades de atención

III.9.1 Sistema Mixto de Atención en Salud

- a. Los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud podrán prescribir los medicamentos en cumplimiento de la Normativa LOM (clave y nivel de usuario) y sus lineamientos específicos según las especialidades y subespecialidades que estén registradas en el Programa de Sistemas Alternativos. Para ello:
 - i. Los Servicios de Farmacia utilizarán SIFA para validar la especialidad (es) del profesional en Sistemas Alternativos, en su defecto, deberán consultar la página web del Programa www.ccss.sa.cr/medicina para dicha verificación.
- b. Los médicos subespecialistas inscritos en el Sistema Mixto que no posean la especialidad de Medicina Interna solo podrán prescribir los medicamentos propios de la subespecialidad y los permitidos a nivel general.

- c. El paciente atendido en esta modalidad deberá entregar las recetas a la farmacia del centro de salud de adscripción del paciente o al servicio de farmacia contratado para este fin.
- d. El despacho de medicamentos LOM para los pacientes beneficiarios de este sistema, por parte de la farmacia del centro de salud de adscripción del paciente o al servicio de farmacia contratado para este fin, seguirá la normativa LOM vigente.
- e. No se autoriza la prescripción y despacho de medicamentos regulados por protocolos específicos, ni para atender casos de patologías refractarias a otros tratamientos; a excepción de los autorizados por el CCF o para dar la continuidad de control médico con tratamiento especializado iniciado por el profesional Institucional; siempre y cuando el médico tratante exprese que la condición del paciente puede ser atendida extra institucionalmente bajo la Modalidad de Medicina Mixta. Esta autorización deberá seguir la Normativa LOM vigente según inciso III.5 Pacientes referidos de otro nivel de atención para continuar el control médico con tratamiento LOM especializado. Para el despacho de la receta, es necesario se adjunte la copia de la referencia del médico especialista del centro especializado Institucional a la primera prescripción emitida por el Médico de Medicina Mixta que dará el seguimiento respectivo. La farmacia correspondiente (Institucional o contratada), le corresponderá la custodia de la misma para sus controles internos.
- f. No se autoriza la prescripción y despacho de medicamentos especializados para uso hospitalario (clave HE, HR o HRE).
- g. El médico podrá prescribir medicamentos LOM con clave HM, para esto deberá emitir la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería para solicitar la aplicación del medicamento parenteral en el centro de salud de adscripción del paciente; con la siguiente información: *nombre completo del paciente, número de cédula, diagnóstico, nombre del(los) medicamento(s), dosificación, fuerza, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.*
- h. Las prescripciones de medicamentos inyectables bajo Medicina Mixta, no se entregará a los pacientes, con excepción, de las insulinas u otro medicamento que en el futuro sea autorizado por el CCF.

- i. Los medicamentos LOM parenterales con clave HM prescritos en este sistema, podrán ser administrados por enfermería en el centro de salud donde está adscrito el paciente. Para ello, el paciente debe presentar la referencia emitida por el prescriptor al Servicio de Enfermería con la solicitud de aplicación y la información correspondiente. Este servicio establecerá un mecanismo para archivar la referencia y, NO requerirá de una nueva valoración por parte del Médico Institucional, para proceder con la aplicación del medicamento.
- j. Los medicamentos clave H que conforman el stock de carro de paro de emergencias, no podrán ser prescritos a través del Sistema Mixto de Atención en Salud.
- k. Se autoriza el despacho de cloruro de sodio 0.9% bolsa con 100 mL (1-10-43-4350) para uso domiciliario o extrainstitucional, únicamente en pacientes con prescripción de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520) que tengan sus propios aparatos de nebulización.
- l. Los medicamentos clave H que conforman el stock de carro de paro de emergencias, no podrán ser prescritos a través del Sistema de Atención Integral de Medicina Mixta, a excepción de los siguientes (solamente una dosis y en cumplimiento de las indicaciones avaladas por el CCF):
 - 25-3690. Dimenhidrinato 50 mg/mL. Solución inyectable.
 - 34-3420. Dexametasona fosfato 4 mg/mL. Solución inyectable.
 - 32-4300. Metoclopramida hidrocloreuro 10 mg. Solución inyectable.
 - 17-4705. Tramadol hidrocloreuro 50 mg/mL. Solución inyectable.
 - 25-3340. Clorfeniramina maleato 10 mg/mL. Solución inyectable.
- m. Los siguientes **Estupefacientes, NO** podrán ser prescritos/ despachados a Medicina Mixta:
 - 17-1155. Metadona hidrocloreuro 5 mg. Tableta
 - 17-4268. Metadona hidrocloreuro 10 mg. Solución inyectable.
 - 17-4320. Morfina sulfato pentahidrato (10 mg ó 15 mg) ó morfina sulfato anhidra (10 mg ó 15 mg) o morfina hidrocloreuro anhidra (10 mg ó 15 mg) ó morfina hidrocloreuro trihidrato (10 mg ó 15 mg). Solución inyectable.

- 17-1194. Morfina sulfato 20 mg. Tabletas (acción inmediata).
 - 17-1191. Morfina sulfato 30 mg. Tabletas o cápsulas (acción prolongada)
 - 17-7215. Morfina sulfato 20 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero con 20 mL o Morfina sulfato 2 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero o Envase con 100 mL
- n. **Medicamentos de reciente inclusión a la LOM:** en el caso de aquellos medicamentos que el Comité Central de Farmacoterapia avaló su inclusión a la LOM y que esté autorizada su prescripción para Medicina Mixta, podrán ser prescritos hasta el momento que se cuenten con los mismos a nivel del ALDI.

III.9.2. Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa.

- a. Los médicos que laboran bajo el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa podrán prescribir los medicamentos en cumplimiento de la Normativa LOM (clave y nivel de usuario) y sus lineamientos específicos según las especialidades y subespecialidades que estén registradas en el Programa de Sistemas Alternativos. Para ello:
 - i. Los Servicios de Farmacia utilizarán SIFA para validar la especialidad (es) del profesional en Sistemas Alternativos, en su defecto, deberán consultar la página web del Programa www.ccss.sa.cr/medicina para dicha verificación.
- b. Los médicos subespecialistas inscritos en el Sistema de Medicina de Empresa que no poseen la especialidad de Medicina Interna solo podrán prescribir los medicamentos propios de la subespecialidad y los permitidos a nivel general.
- c. Los médicos especialistas, previamente autorizados por la Institución para brindar atención especializada bajo este sistema, podrán prescribir los medicamentos para uso ambulatorio correspondientes, ajustándose a la normativa y codificación de la LOM y cumplimiento de las formalidades de la receta.
- d. El despacho de medicamentos LOM para los pacientes beneficiarios de este sistema, seguirá la normativa vigente y se hará por la farmacia

correspondiente (institucional o contratada), según los procedimientos establecidos.

- e. No se autoriza la prescripción y despacho de medicamentos regulados por protocolos específicos, ni para atender casos de patologías refractarias a otros tratamientos; a excepción de los autorizados por el CCF o para dar la continuidad de control médico con tratamiento especializado iniciado por el profesional Institucional; siempre y cuando el médico tratante exprese que la condición del paciente puede ser atendida extra institucionalmente bajo la Modalidad de Medicina de Empresa. Esta autorización deberá seguir la Normativa LOM vigente según inciso III.5. Pacientes referidos de otro nivel de atención para continuar el control médico con tratamiento LOM especializado. Para el despacho de la receta, es necesario se adjunte la copia de la referencia del médico especialista del centro especializado Institucional a la primera prescripción emitida por el Médico de Empresa que dará el seguimiento respectivo. La farmacia correspondiente (institucional o contratada), le corresponderá la custodia de la misma para sus controles internos.
- f. No se autoriza la prescripción y despacho de medicamentos especializados para uso hospitalario (clave HE, HR o HRE).
- g. El médico podrá prescribir medicamentos LOM con clave HM. Para ello deberá emitir la prescripción del inyectable en los formularios oficiales; estos serán despachados por la farmacia correspondiente (*institucional o contratada*) para su oportuna administración en la empresa, según los procedimientos establecidos.
- h. Las prescripciones de medicamentos inyectables bajo Medicina de Empresa, no se entregará a los pacientes, con excepción, de las insulinas u otro medicamento que en el futuro sea autorizado por el CCF.
- i. Los medicamentos LOM con clave HM prescritos en este sistema, podrán ser aplicados por el profesional en Medicina o Enfermería bajo la responsabilidad del médico prescriptor en la sede que brinda la atención, mediante el uso de las vías oficialmente establecidas para las respectivas formas farmacéuticas. Al efecto, se requiere de la infraestructura

adecuada y de las técnicas de administración idóneas para garantizar la máxima seguridad a los pacientes.

- j. Alternativamente, si el prescriptor requiere que el medicamento con clave HM sea administrado por el personal de enfermería en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio de Medicina de Empresa o el paciente, deberá emitir la receta del inyectable y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral y la siguiente información: *nombre completo del paciente, número de cédula, diagnóstico, nombre del(los) medicamento(s), dosificación, fuerza, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.*
- k. Los medicamentos LOM parenterales con clave HM prescritos en este sistema, podrán ser administrados por enfermería en el centro de salud de adscripción del servicio de Medicina de Empresa o del paciente. Para ello, el paciente debe presentar la referencia emitida por el prescriptor, al Servicio de Enfermería. Este servicio establecerá un mecanismo para archivar la referencia y, NO requerirá de una nueva valoración por parte del Médico institucional, para proceder con la aplicación del medicamento.
- l. En el caso de salbutamol 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520) y bromuro de ipratropio 250 mcg/mL solución para nebulización (código 1-10-23-7096) podrá ser aplicado en la Empresa, previa confirmación de la existencia de una unidad de nebulización en el centro de atención en salud de la empresa (se le otorgará una cuota para stock de acuerdo con la estadística de atención mensual de pacientes).
- m. Se autoriza el despacho de cloruro de sodio 0.9% bolsa con 100 mL (1-10-43-4350) para uso domiciliario o extrainstitucional, únicamente en pacientes con prescripción de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520) que tengan sus propios aparatos de nebulización.
- n. Los medicamentos clave H que conforman el stock de carro de paro de emergencias, no podrán ser prescritos a través del Medicina de Empresa; a excepción de los siguientes [solamente una dosis y en cumplimiento de las indicaciones avaladas por el CCF]:

- 25-3690. Dimenhidrinato 50 mg/mL. Solución inyectable.
 - 34-3420. Dexametasona fosfato 4 mg/mL. Solución inyectable.
 - 32-4300. Metoclopramida hidrocloreuro 10 mg/2 mL. Solución inyectable.
 - 17-4705. Tramadol hidrocloreuro 50 mg/mL. Solución inyectable.
 - 25-3340. Clorfeniramina maleato 10 mg/mL. Solución inyectable.
- o. Los siguientes **Estupefacientes, NO** podrán ser prescritos/ despachados a Medicina de Empresa:
- 17-1155. Metadona hidrocloreuro 5 mg. Tableta
 - 17-4268. Metadona hidrocloreuro 10 mg. Solución inyectable.
 - 17-4320. Morfina sulfato pentahidrato (10 mg ó 15 mg) ó morfina sulfato anhidra (10 mg ó 15 mg) o morfina hidrocloreuro anhidra (10 mg ó 15 mg) ó morfina hidrocloreuro trihidrato (10 mg ó 15 mg). Solución inyectable.
 - 17-1194. Morfina sulfato 20 mg. Tabletas (acción inmediata).
 - 17-1191. Morfina sulfato 30 mg. Tabletas o cápsulas (acción prolongada)
 - 17-7215. Morfina sulfato 20 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero con 20 mL o Morfina sulfato 2 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero o Envase con 100 mL
- p. El centro de atención de salud de la empresa que cuente con una unidad de nebulización, **EXCEPCIONALMENTE** se le podrá autorizar una cuota para stock de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520), previa confirmación de su existencia y, de acuerdo con la estadística de atención mensual de pacientes.
- q. **Medicamentos de reciente inclusión a la LOM:** en el caso de aquellos medicamentos que el Comité Central de Farmacoterapia avaló su inclusión a la LOM y que esté autorizada su prescripción para Medicina de Empresa, podrán ser prescritos hasta el momento que se cuenten con los mismos a nivel del ALDI.

III.9.3 Otras situaciones

- a. Las personas tuteladas por leyes específicas, podrán ser beneficiados con los medicamentos LOM para resolver las necesidades agudas, atendiendo la normativa vigente.
- b. Todos los pacientes atendidos en los Servicios de Emergencias podrán ser beneficiados con los medicamentos LOM para resolver la necesidad aguda, atendiendo la normativa vigente.
- c. Los pacientes atendidos en situaciones de urgencia, podrán ser beneficiados con los medicamentos LOM para resolver la necesidad aguda, atendiendo la normativa vigente.
- d. La prescripción y despacho de medicamentos LOM no aplica para los tratamientos crónicos ni para medicamentos no LOM, excepto si el manejo de la urgencia contempla un protocolo específico y formalmente avalado por el CCF.

III.10 Medicamentos para programas especiales

III.10.1 Estrategia dots para la administración de tratamiento antifímico en pacientes con tuberculosis.

- a. La utilización institucional de los medicamentos para el manejo de la tuberculosis y el programa DOTS (*estrategia de tratamiento acortado directamente observado*) se rige por lineamientos específicos según la *NORMA PARA LA VIGILANCIA Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2012*.
- b. Ante un diagnóstico de tuberculosis, en concordancia con las circulares específicas y la normativa LOM, el médico deberá prescribir el tratamiento y enviar al paciente al profesional en enfermería responsable del DOTS.
- c. El personal de salud en todos los niveles de atención deberá contribuir al cumplimiento del programa DOTS, correspondiente al tratamiento acortado, directamente observado y estandarizado para todos los casos diagnosticados de Tuberculosis.
- d. Ante la presentación de la receta a la farmacia, los medicamentos correspondientes al tratamiento antifímico no serán despachados ni entregados a los pacientes con tuberculosis, sin excepción.

- e. La entrega de los medicamentos antifímicos se hará al personal de salud o el líder comunitario adecuadamente capacitado, quien realizará la supervisión de la administración del tratamiento en forma diaria (de lunes a viernes) en el EBAIS de adscripción del paciente.
- f. En hospitales, el paciente debe contactar al profesional en enfermería responsable del DOTS, quien coordinará con el encargado del programa DOTS en el Área de Salud para el tratamiento al paciente y su despacho local.
- g. Cuando el especialista en Neumología responsable del tratamiento según asignación por hospital nacional, o el especialista en Infectología, considera necesario prolongar el tratamiento o agregar un medicamento no LOM en tuberculosis multirresistente, deberá gestionar mediante los formularios y procedimientos vigentes para presentar la solicitud al AMTC. Esto se deberá informar mediante referencia al encargado del programa en el Área de Salud y el medicamento no LOM deberá ser suplido por la farmacia del hospital especializado a la farmacia del Área de Salud.

III.10.2 Estrategia TES (estrategia de tratamiento estrictamente supervisado) para la administración del tratamiento en pacientes con la enfermedad de Hansen.

- a. La utilización institucional de los medicamentos para el manejo de la Enfermedad de Hansen y la estrategia TES (*estrategia de tratamiento estrictamente supervisado*) se rigen por lineamientos oficiales, avalados por el CCF y concordantes con la normativa LOM.
- b. La prescripción, el despacho y administración de estos medicamentos está regida por lo establecido en la *NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN COSTA RICA – 2012 (oficializada en el Diario Oficial La Gaceta No.204, 23-10-2013)*.
- c. Los médicos especialistas en Dermatología realizarán las prescripciones correspondientes al tratamiento; el paciente presentará las recetas en la farmacia del Área de Salud de adscripción del paciente, según normativa vigente.

- d. Ante la presentación de las recetas a la farmacia, los medicamentos correspondientes al tratamiento de la Enfermedad de Hansen no serán despachados a los pacientes.
- e. Los medicamentos serán despachados al personal de salud o el líder comunitario adecuadamente capacitado, para la supervisión de la ingesta del tratamiento por observación directa y el registro respectivo, de lunes a viernes. El tratamiento correspondiente a los días sábado, domingo y feriados, le serán entregados al paciente para su autoadministración.
- f. Para disponer de los medicamentos LOM y no LOM en la unidad para su despacho, la farmacia coordinará la cobertura de necesidades trimestrales mediante *extrapedido* con la Sub-Área de Vigilancia Epidemiológica (SAVE) del Área de Salud Colectiva de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- g. Los medicamentos no LOM requeridos para el tratamiento de la Enfermedad de Hansen, son donados al Ministerio de Salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicho Ministerio los traslada al ALDI de la Caja para su distribución a las unidades.

III.10.3 Medicamentos para pacientes del programa de cirugía ambulatoria

- a. La prescripción de medicamentos originada en la atención del Programa de Cirugía Ambulatoria, debe cumplir con la normativa LOM vigente.
- b. Las recetas deberán ser entregadas en forma inmediata a la farmacia por los funcionarios del Programa, para su despacho.
- c. El funcionario del Programa retira los medicamentos de la farmacia en forma expedita y se le entregarán directamente a cada paciente, con el objetivo de acortar el tiempo para el egreso y complementar el proceso de educación e información al usuario y acompañante.

III.10.4 Medicamentos para pacientes del programa de atención domiciliar (PAD)

- a. La *Atención Domiciliar* es el conjunto de actividades de carácter socio-sanitario y ámbito comunitario que se realiza en el domicilio del paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida al detectar, valorar y brindar

apoyo y seguimiento a los problemas de salud del paciente, mediante un equipo interdisciplinario capacitado para brindar este tipo de atención.

- b. Todo paciente acogido el PAD, puede iniciar y continuar la administración de sus tratamientos a nivel domiciliario. Para ello, el prescriptor deberá proponer el caso -mediante interconsulta- al responsable local del PAD y emitir las recetas para iniciar el tratamiento al egreso.
- c. En concordancia con el procedimiento local establecido, el responsable del PAD emite las recetas para la continuación del tratamiento a nivel domiciliario y coordina con la farmacia local para su despacho oportuno.
- d. El funcionario asignado del PAD presentará las recetas a la farmacia y recibirá los medicamentos despachados para la administración al paciente, según la coordinación local.

III.10.5 Telemedicina y programa de consulta especializada a distancia

- a. La utilización de plataformas informáticas (Telemedicina) permite la comunicación directa entre los niveles de atención, para facilitar el acceso a las interconsultas médicas especializadas, atención de pacientes en los servicios de urgencias y otros procedimientos institucionales.
- b. En este contexto, el médico especialista puede recomendar la utilización de un medicamento LOM a la unidad consultante para el tratamiento del paciente. Procederá según III.1.7.
- c. Cuando el medicamento recomendado no se ajusta a la clave y usuario LOM de la unidad consultante, la farmacia local deberá emitir por correo electrónico al AMTC, la solicitud correspondiente mediante el formulario para solicitud de medicamento-LOM almacenable (SA-T) por consulta especializada a distancia-telemedicina [Anexo 6].
- d. El AMTC, emite la autorización para despacho del ALDI del medicamento LOM especializado mediante la clave SA-T y reenvía el formulario a la farmacia de la unidad solicitante.
- e. Cuando el medicamento recomendado es LOM no almacenable (Z) y no cumple el nivel de usuario, corresponde a la farmacia del centro de salud de mayor nivel de complejidad donde se generó la consulta especializada, atender las necesidades de los centros de salud que por red de servicios les corresponde brindar soporte, para lo cual se debe realizar de

conformidad con la estimación de pacientes y consumos de los medicamentos no almacenables (Z) que se derivan de la telemedicina y la consulta especializada a distancia, el traslado entre farmacias de esas necesidades.

Cuando el medicamento recomendado no está incluido en la LOM – incluidos los medicamentos acreditados-, el médico especialista en la unidad consultada debe atender el procedimiento para solicitud de medicamento no LOM agudo o crónico, según proceda. Con la autorización del CCF o del AMTC por delegación, el médico prescriptor del hospital especializado podrá emitir la receta respectiva. Corresponde a la farmacia de la unidad consultada, su adquisición con el presupuesto local (una vez que se haya emitido la clave respectiva) para disponer del medicamento para despacho, la farmacia del centro consultante debe seguir el procedimiento establecido en III.6. para el despacho de medicamentos prescritos en un nivel de atención de mayor complejidad.

III.11 Posibilidad de continuar el uso de medicamentos adquiridos a nivel extrainstitucional a pacientes hospitalizados

- III.11.1 Al ser *el cuidado de la salud* un derecho humano tutelado por nuestra Constitución Política en su artículo 21 que debe apoyarse y respetarse siempre; en pacientes hospitalizados que traigan medicamentos prescritos por su médico privado, en aras de dar continuidad al tratamiento de su patología, se podrán utilizar tales medicamentos en las instalaciones hospitalarias de la Caja, bajo las siguientes condiciones:
- a. El paciente o su representante legal deberá informar al médico sobre los medicamentos adquiridos a nivel extrainstitucional con recursos propios que lleva durante su internamiento.
 - b. El médico que atiende al paciente en la Caja realizará una evaluación clínica del caso y, de acuerdo con su criterio médico anotará en el expediente clínico las indicaciones pertinentes, según la práctica médica habitual.

- c. El médico deberá documentar en el expediente clínico su anuencia profesional para que el paciente continúe el uso de cada uno de los medicamentos y las consideraciones clínicas para tal conclusión.
- d. En caso de que el médico avale la continuación del uso del medicamento adquirido a nivel extrainstitucional deberá informar a la farmacia y a Enfermería.
- e. La Jefatura del Servicio de Enfermería deberá informar de forma explícita al paciente o su representante, que ese Servicio colaborará con el manejo, custodia y administración del medicamento.
- f. El paciente, o su representante, deberá documentar su consentimiento informado en el expediente clínico mediante el formulario: *Uso de Medicamentos Adquiridos en Farmacias Privadas (Anexo 5)*
- g. En el curso de la hospitalización en la Caja, el médico podrá realizar cambios al tratamiento que puede afectar a esos medicamentos, deberá documentar el cambio en el expediente clínico y deberá ser firmado por el paciente para constar su aceptación.
- h. No podrá ser base de solicitudes de medicamentos No-LOM las que obedecen a continuaciones de tratamiento con medicamentos adquiridos a nivel extrainstitucional con recursos propios que son llevados por el paciente durante su internamiento, asumiendo que no se puede continuar la vía privada por no contar el paciente con los recursos necesarios.
- i. No podrá ser base de solicitudes de medicamentos No-LOM las que obedecen a continuaciones de tratamiento para completar esquemas, atendiendo necesidades o compromisos adquiridos a nivel extra-Institucional, asumiendo que no se puede continuar la vía privada por no contar el paciente con los recursos necesarios (Circular Gerencia Médica No.6263 del 6 de febrero de 2003 y No.53265-4 del 7 de octubre del 2008).
- j. No se asumirá por parte de la CCSS, la responsabilidad de dar continuaciones de tratamientos iniciados con donaciones individuales a nivel extra-Institucional que han servido de inicio de ciclos (como parte de ciclos terapéuticos determinados para un tratamiento) o bien inicios de tratamientos para evaluar respuesta a un cuadro específico, para lo cual una persona física o jurídica externa a la Institución, se convierte en suplidora o donadora de tratamientos incompletos, para así comprometer

a la Institución a atender posteriormente la necesidad generada en el paciente.

III.12 Farmacovigilancia

- III.12.1 La farmacovigilancia es la disciplina que trata de la recolección, seguimiento, investigación, valoración y evaluación de la información procedente de los profesionales de la salud, sobre reacciones adversas a los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar nuevos datos sobre riesgos y prevenir daños en los pacientes”. La reacción adversa a medicamentos (RAM) es cualquier reacción inesperada, indeseable o excesiva a un medicamento que ocurre con la dosis terapéutica normal. La falla terapéutica a medicamentos (FTM) es un efecto terapéutico disminuido o nulo en el paciente cuando el medicamento es utilizado en dosificaciones adecuadas con cumplimiento de la prescripción ya sea con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o para modificar una función fisiológica.
- III.12.2 La farmacovigilancia como actividad permite identificar oportunamente las “*señales*” entendiendo éstas como el *aviso sobre la existencia de información que sugiere una posible relación causal entre un evento indeseable y la utilización de un medicamento, así como corregir eventuales problemas que pongan en riesgo la salud de los pacientes por el uso de los medicamentos.*
- III.12.3 La Caja, como instancia a cargo de velar por la atención de la salud a las personas y como responsable de salvaguardar el interés del bien público tutelado por el Estado, apoya activamente el desarrollo de la farmacovigilancia. El fin primordial es la maximización del factor seguridad en el uso clínico de los medicamentos en la Caja.
- III.12.4 La Junta Directiva de la CCSS, en su sesión N°8597 del 23 de agosto del 2012, artículo 2, aprobó los procesos y flujogramas para el *Abordaje Institucional de las Notificaciones de Sospecha de Reacción Adversa y Falla Terapéutica de los medicamentos*, los cuales fueron notificados por la Gerencia Médica a todos los Centros de Salud del país, para su implementación (Circular N° 11.591-8, 11 de octubre del 2012).

- III.12.5 Los funcionarios en salud deberán reportar las sospechas de RAM o de FTM en el formulario oficial (tarjeta amarilla, anexo 8) y deben enviarlas al Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud. Pueden remitir copia al Enlace de Farmacovigilancia/Dirección de Farmacoepidemiología, piso 7, Oficinas Centrales.
- III.12.6 También, pueden comunicarse directamente con el Enlace de Farmacovigilancia/Dirección de Farmacoepidemiología, tal y como está establecido en el Instrumento Institucional, documento “*Abordaje Institucional de las Notificaciones de Sospecha de Reacción Adversa y Falla Terapéutica de los medicamentos*”.
- III.12.7 Cuando se solicita al CCF un cambio de tratamiento con el mismo principio activo disponible en la LOM pero de otro laboratorio o con una marca comercial específica, debido a una sospecha de RAM o FTM, se debe adjuntar al formulario de solicitud una copia del reporte en la tarjeta amarilla enviada al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV), para valorar el caso en coordinación con el CNFV del Ministerio de Salud.

III.13 Vigilancia de la calidad y sospecha de defectos en la calidad de medicamentos

- III.13.1 Los funcionarios de la Caja y los pacientes deberán contribuir con la vigilancia de la calidad de los medicamentos LOM y no LOM, tras su despacho por las farmacias institucionales.
- III.13.2 En caso de sospecha de algún defecto en la calidad de un medicamento, deberá ser informado a la farmacia de la unidad.
- III.13.3 La farmacia deberá notificar inmediatamente al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos mediante el formulario *Reporte de Falla Farmacéutica* (anexo 7).

CAPÍTULO IV

MODIFICACIONES A LA LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS Y FICHAS TÉCNICAS DE MEDICAMENTOS

Modificaciones a la lista oficial de medicamentos

- IV.1 El CCF es la instancia Institucional competente para realizar las inclusiones, exclusiones o modificaciones de medicamentos en la LOM.
- IV.2 Los médicos, odontólogos, enfermeras-obstétricas y farmacéuticos, funcionarios de la Caja, pueden presentar la solicitud de modificación a la LOM, mediante el formulario respectivo ante el CLF, instancia que lo remitirá con su aval al CCF (Anexo 1).
- IV.3 El CCF recibe la solicitud de inclusión, exclusión o modificación de la LOM para su análisis y, en concordancia con los procedimientos vigentes, resolverá en sesión colegiada y oportunamente informará la resolución.
- IV.4 La inclusión de un medicamento en la LOM como producto almacenable por parte del CCF, tendrá *vigencia efectiva* a partir del momento en que esté disponible en el ALDI para su distribución institucional.
- IV.5 La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para despacho al paciente.
- IV.6 La **exclusión** de un medicamento de la LOM será efectiva cuando se agota su existencia en el ALDI y en las Farmacias, salvo que medie orden expresa del CCF para proceder con la inmediata suspensión del uso institucional. Corresponde a la farmacia local el traslado al ALDI para su respectiva disposición final.
- IV.7 Los cambios en la LOM se comunican periódicamente mediante un boletín trimestral en versión electrónica a través del webmaster Institucional. Los boletines están disponibles en la página web de la CCSS (<http://www.ccss.sa.cr/lom>).

Fichas técnicas de medicamentos (FTM)

- IV.9 Las directrices para la elaboración de una FTM nueva o modificación de una actual, se rigen por los lineamientos establecidos en el Instructivo de Fichas

Técnicas de Medicamentos vigente y, aplica tanto para los medicamentos LOM como No-LOM de compra centralizada:

- a. Ante la inclusión de un medicamento a la LOM o modificación de un medicamento LOM o no-LOM de compra centralizada correspondiente a lo que concierne al empaque primario (fuerza o potencia, forma farmacéutica, formulación, incluidos aspectos físico-químicos como son el pH, la osmolaridad entre otros, vía de administración, estabilidades entre otros, el CCF emitirá acuerdo dirigido al AMTC para que proceda con la elaboración del proyecto de FTM, según el procedimiento establecido.
- b. Cuando el CCF realice la revisión de una presentación de un medicamento LOM o no LOM de compra centralizada, incluidas las vías de administración, entre otros; emitirá acuerdo dirigido al AMTC para su análisis técnico y posterior remisión del informe al CCF, según los procedimientos establecidos.
- c. Los oferentes podrán solicitar la modificación de FTM mediante la presentación de solicitud formal al AMTC acompañada de la documentación técnica correspondiente para su valoración, según lo establecido en el Instructivo FTM. El AMTC, tras el correspondiente análisis técnico, si procede remitirá el planteamiento respectivo al CCF para su resolución o en todo caso solicitará al oferente toda la documentación técnica-farmacéutica que se requiera para poder hacer un análisis integral del producto en análisis. Cuando no procede, se le informa al oferente que presentó la solicitud.
- d. Todos los acuerdos sobre FTM emitidos por el CCF y los presentados en consenso por los grupos técnicos representados por el LNCM, AMTC, Comisión de Fichas Técnicas de Medicamentos y de la Comisión de Fichas Técnicas de Radiofármacos, que corresponden a lineamientos técnico-farmacéuticos y especificaciones de calidad dirigidos a garantizar la seguridad y calidad del producto o para cumplimiento de Registro Sanitario, serán incorporados en la actualización de cada una de las FTM con el fin de estandarizar las mismas. Los proyectos FTM serán elaborados por el AMTC para dar curso al procedimiento establecido.
- e. Los proyectos de FTM elaborados por el AMTC:
 - i. Serán remitidos a la Comisión de Fichas Técnicas de Medicamentos (CFTM) o a la Comisión de Radiofármacos (CFTR).

- ii. La CFTM o de CFTR una vez revisado, lo devolverá al AMTC para su dictamen técnico y si procede, el AMTC emite el aval administrativo y técnico.
 - iii. Con el aval administrativo y técnico el AMTC remite a la CFTM la ficha técnica debidamente firmada para su custodia y publicación en el Diario Oficial La Gaceta.
- f. La vigencia de cada cambio o modificación en la FTM o FTR, será efectiva a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial La Gaceta y si no media como caso excepcional una razón que afecte por la aplicación en forma inmediata de la ejecución de la nueva versión de la ficha técnica el abastecimiento del producto en la Institución, el CCF y/o el AMTC establecerán un período transitorio mientras se le da oportunidad al oferente si fuera el caso de ser el único disponible de hacer los cambios o modificaciones en la presentación de su producto solicitados en la ficha técnica última versión oficial.
- g. Los originales de las FTM vigentes y las versiones de FTM anteriores, están bajo custodia de la CFTM, en la Gerencia de Logística.

Capítulo V

Solicitud de medicamentos no LOM

- V.1 La LOM es un formulario terapéutico **abierto** que permite al CCF apoyar la adquisición y utilización individualizada de medicamentos para que, en casos de especial necesidad o casos excepcionales, se pueda atender la petición para un medicamento no LOM. Todo uso de medicamentos no LOM debe atender las NORMAS PARA PRESCRIPCIÓN, DESPACHO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS de la LOM; así como acatar las disposiciones de la circular 6599 del 22 de abril de 1999: NORMAS SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS; Circular No. 6263 del 06 de febrero de 2003: REGULACIÓN EN LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA LISTA OFICIAL (NO LOM) EN LA INSTITUCIÓN; Circular 22375 del 09 de junio de 2005: PRESCRIPCIÓN EN LA CCF: MEDICAMENTOS CON INDICACIONES OFICIALES; Circular 24.296 del 27 de junio de 2005 y Circular 41.171 del 24 de octubre de 2005: EMITIDAS POR LA JUNTA DIRECTIVA; Circular DMT 582-11-05 del 01 de diciembre de 2005: INSTRUCTIVO PARA LA

ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS (NO LOM) Y MEDICAMENTOS EN TRÁNSITO; Circular 36385 del 08 de setiembre del 2006: PRESCRIPCIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS NO LOM; Circular GDOP-27125-2007 del 02 de julio de 2007: CRITERIO SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS EN EL ÁMBITO CENTRAL Y LOCAL; Circular 54480-A-1 del 18 de diciembre de 2007: ACATAMIENTO DE DISPOSICIONES EN LA PRESCRIPCIÓN Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS, Circular 53265-4 del 07 de octubre del 2008: PRESCRIPCIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS EN LA CCSS; y Circular CCF-1229-08-08 del 04 de agosto de 2008: USO DE LA DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

- V.2 Cuando el médico valore un paciente con una condición clínica especial, ante una evolución tórpida de una patología o cuando no responde adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en la LOM; la condición clínica del paciente se reconoce como situación excepcional (que se sale de la regla o de la generalidad) y si requiere un medicamento no LOM de previo a la prescripción del fármaco deberá seguir los procedimientos institucionales y utilizar los formularios pertinentes para la respectiva solicitud.
- V.3 No se dará trámite a ninguna solicitud de medicamento no LOM que esté INCOMPLETA, ILEGIBLE Y ALEJADA de las referencias oficiales para el uso del fármaco, que no se presente en los formularios respectivos o que corresponda a una continuación de tratamiento iniciado por la vía PRIVADA (Circular No. 6263 del 06 de febrero de 2003: REGULACIÓN EN LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA LISTA OFICIAL (NO LOM) EN LA INSTITUCIÓN) y No.53265-4 del 07 de octubre del 2008.
- V.4. El CCF analizará la solicitud excepcional de un medicamento LOM o no LOM fuera de indicaciones oficiales como uso compasional^[10] cuando el médico expone la necesidad de un paciente con una condición clínica excepcional y remite la justificación científico-técnica junto con el aporte bibliográfico correspondiente, según *Lineamientos para el Uso Compasivo de Medicamentos en la Institución* (Circular CCF 3095-12-09), adicionando una copia del Consentimiento Informado, suscrito por el paciente o el responsable (caso de menor de edad o persona dependiente) y que evidencie el carácter voluntario de la aceptación al tratamiento (Anexo 11)
- V.5 Los recetarios de la Caja no se podrán utilizar para la prescripción de medicamentos no LOM **sin** autorización previa del CCF, del AMTC o del Comité Local de Farmacoterapia cuando así le sea asignado.

- V.6 Las prescripciones en recetarios de la Caja no se podrán utilizar para la adquisición de medicamentos fuera de la Institución.
- V.8 La farmacia solo podrá comprar medicamentos no LOM autorizados por el CCF, el AMTC o el Comité Local de Farmacoterapia en casos específicamente delegados.
- V.9 Ninguna instancia Institucional está facultada para autorizar la compra de medicamentos no LOM con fondos públicos. Como única excepción: *“Medicamentos No-LOM para casos agudos fuera del horario convencional (durante guardias, fines de semana o feriados)”*.
- V.10 Los medicamentos no LOM deberán ser adquiridos con fondos de la partida presupuestaria de la farmacia de la unidad respectiva. El proceso de adquisición se tramitará usando la denominación DCI o genérica, o bien, por citación de cada uno de los medicamentos del mismo grupo en caso de medicamentos *“yo también”* ^[11]; deberá cumplir con la legislación y los trámites administrativos vigentes así como contar con un mínimo de tres ofertas actuales. En todos los casos, se evaluará la relación beneficio/costo más favorable.

V.11 Gestión para tratamiento agudo

- V.11.1 Para los medicamentos que puedan ser requeridos para uso inmediato y por corto plazo (máximo 30 días) en pacientes ambulatorios u hospitalizados (resolución de problemas agudos), el médico prescriptor deberá plantear la solicitud razonada al AMTC para su valoración, por vía fax mediante el FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA LOM PARA TRATAMIENTO AGUDO [TRÁMITE PARA CLAVE AGUDA] (Anexo 2).
- V.11.2 No se dará trámite a ninguna solicitud de medicamento no LOM que esté INCOMPLETA o ILEGIBLE, pues la solicitud será objeto de valoración científico-técnica en concordancia con los lineamientos del CCF y las indicaciones y esquemas de dosificación oficiales.
- V.11.3 Las solicitudes de medicamento no LOM para tratamiento agudo aprobadas por el AMTC, llevarán anotada una clave que autoriza la compra local del medicamento. Todas las solicitudes autorizadas serán remitidas por vía fax o vía electrónica al prescriptor y a la farmacia para la gestión correspondiente.
- V.11.4 Las solicitudes que requieren ampliar información como las no aprobadas, serán remitidas por vía fax o vía electrónica a la Dirección Médica o Jefatura

del Servicio o Sección correspondiente, con copia al Servicio de Farmacia local, a efectos que el médico solicitante, tenga conocimiento del criterio o lineamiento institucional que no permite autorizar el medicamento no LOM solicitado.

V.12 Solicitud para atender una necesidad aguda fuera del horario convencional (durante guardias, fines de semana o feriados) en pacientes hospitalizados con medicamentos no LOM

- V.12.1 En concordancia con el procedimiento vigente y para la utilización de medicamentos no LOM en pacientes hospitalizados (resolución de problemas agudos) fuera del horario convencional (*durante guardias, fines de semana o feriados*) y para medicamentos enlistados en la Acreditación, el médico prescriptor deberá plantear la solicitud mediante el *FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA LOM PARA TRATAMIENTO AGUDO (TRÁMITE PARA CLAVE AGUDA)* [Anexo 2] y emitir la receta. Ambos documentos deberán ser presentados al médico asistente especialista en Medicina Interna a cargo de ese turno y cuando no se disponga de éste, al Jefe de Guardia, para su aval.
- V.12.2 La solicitud de medicamento no LOM y la receta ya avaladas, serán remitidas a la farmacia local.
- V.12.3 *ÚNICAMENTE PARA AQUELLOS FÁRMACOS NO-LOM EN LOS QUE EXISTE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL PREVIA CON SU UTILIZACIÓN*, se autoriza a la unidad para comprar solamente la cantidad requerida para cubrir la necesidad hasta el mediodía del día hábil siguiente. De previo, la farmacia local debe coordinar con la Dirección Médica para lo procedente, a efecto de realizar oportunamente el despacho.
- V.12.4 El día hábil siguiente, la solicitud de medicamento no LOM para tratamiento agudo deberá ser enviada por vía fax al AMTC para su validación, con indicación expresa del inicio del tratamiento. Para los medicamentos listados en la Acreditación, resolverá el Coordinador Médico del Comité Local de Farmacoterapia (o con el médico delegado por la Dirección Médica para el CLF), en concordancia con el procedimiento establecido.

- V.12.5 Las solicitudes de medicamento no LOM para tratamiento agudo ya aprobadas por el AMTC, llevarán anotada una clave que autoriza la compra local del medicamento. Todas las solicitudes autorizadas serán remitidas por vía fax a la farmacia para la gestión correspondiente.

V.13 Gestión para tratamiento crónico

- V.13.1 Para la solicitud de un medicamento no LOM para uso por tiempo prolongado o para uso por corto plazo en situaciones especiales, el médico prescriptor deberá aplicar el *FORMULARIO PARA SOLICITUD DE UN MEDICAMENTO NO LOM PARA TRATAMIENTO CRÓNICO en la CCCS* (Anexo 3) y atender el procedimiento vigente.
- V.13.2 La solicitud del medicamento no LOM *debe ser completada en forma legible (preferiblemente en forma digital)* y el formulario con los documentos adjuntos respectivos, serán presentados al CLF en la unidad.
- V.13.3 El médico prescriptor **no** debe emitir la receta del medicamento no LOM solicitado, sino hasta disponer de la aprobación del tratamiento por parte del CCF.
- V.13.4 El Comité Local, previa verificación del cumplimiento de los protocolos o cuestionarios así como de los aspectos administrativos vigentes para la adquisición de medicamentos no LOM, valorará en sesión el caso y emitirá una resolución razonada, en concordancia con argumentos válidos, la información científica de alta calidad y los lineamientos establecidos por el CCF.
- V.13.5 Si el Comité Local *acoge* la solicitud para uso crónico del medicamento no LOM, enviará al CCF toda la documentación respectiva para su análisis y aprobación, preferiblemente vía electrónica: ccfarmaco@ccss.sa.cr. Compete al CLF la custodia de las solicitudes impresas con firma del prescriptor, según circular CCF-5419-11-13.
- V.13.6 En caso contrario, si el Comité Local no *acoge* favorablemente la solicitud para uso crónico del medicamento no LOM, deberá informar al prescriptor la resolución con una justificación razonada y explícita.

V.14 Continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos no LOM previamente autorizados por el ccf o por el AMTC

Comunicación previa del servicio de farmacia al prescriptor sobre la finalización del medicamento no LOM

- V.14.1 Para la gestión oportuna de las continuaciones de tratamiento no LOM, la farmacia comunicará a la Jefatura del Servicio, con copia al CLF, la próxima finalización del tratamiento con el medicamento no LOM.

Resolución de continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos no lom, delegadas al CLF

- V.14.2 Se delega al CLF la evaluación y resolución local de las continuaciones de tratamiento de medicamentos no LOM avalados por el Comité Central de Farmacoterapia; siempre y cuando en su acuerdo NO se indique en forma expresa: "NO PRORROGABLES" y cumpla con los criterios de continuación del medicamento.

El CLF deberá elevar todas aquellas solicitudes que el acuerdo del CCF indique "NO PRORROGABLES" y el médico prescriptor deberá presentar un nuevo formulario de tratamiento para uso crónico de medicamentos no LOM que contenga:

- a. Historia clínica completa.
 - b. Beneficio obtenido con el uso del medicamento no LOM según parámetros obtenidos.
 - c. Estudios recientes de laboratorio y gabinete pertinentes.
 - d. Cuando se dispone de formularios específicos para solicitud de continuación de medicamentos no LOM, se deben adjuntar con la información pre y post tratamiento.
- V.14.3 El prescriptor presentará la solicitud de continuación tratamiento crónico no LOM al CLF mediante un documento (no se requiere de formulario no LOM) que contenga la siguiente información del caso:
- a. Justificación.
 - b. Condición clínica actualizada.

- c. Evolución y beneficio obtenido en relación con la información anotada en la solicitud inicial, según parámetros objetivos.
 - d. Cuadro comparativo con datos clínicos y de laboratorio de pre y post tratamiento.
 - e. Evaluación de la adherencia del tratamiento
- V.14.4 La solicitud de continuación será valorada en la sesión del CLF según las justificaciones clínicas y científicas pertinentes, los lineamientos establecidos por el CCF y el informe semestral sobre beneficio obtenido y, emitirá la resolución.
- a. Si la resolución del CLF es positiva para la continuación del tratamiento crónico con el medicamento no LOM autorizará la compra local del medicamento por un máximo de 6 meses, casos excepcionales avalados por el CCF hasta por 12 meses y, deberá comunicar al prescriptor a través de la Jefatura del Servicio de la Unidad. El prescriptor ya con la autorización, emitirá la receta correspondiente.
 - b. Cuando el CLF no acoge favorablemente la solicitud para la continuación del tratamiento crónico con el medicamento no LOM, deberá comunicar al prescriptor a través de la Jefatura del Servicio la resolución con una justificación razonada y explícita.
- V.14.5 El CLF no podrá autorizar las continuaciones de tratamiento con medicamentos no LOM, sin haber recibido del prescriptor la solicitud de continuación con los informes correspondientes y haber documentado el beneficio derivado del uso de la medicación según V.14.3.

Tramite de continuaciones de tratamiento no lom crónico, no delegadas al CLF.

- V.14.6 El CLF deberá elevar todas aquellas solicitudes que el acuerdo del CCF indique “NO PRORROGABLES” y el médico prescriptor deberá presentar un nuevo formulario de tratamiento para uso crónico de medicamentos no LOM que contenga:
- a. Historia clínica completa.

- b. Beneficio obtenido con el uso del medicamento no LOM según parámetros obtenidos.
- c. Estudios recientes de laboratorio y gabinete pertinentes.
- d. Cuando se dispone de formularios específicos para solicitud de continuación de medicamentos no LOM, se deben adjuntar con la información pre y post tratamiento.

Informes de tratamientos crónicos con medicamentos no LOM

- V.14.7 El CLF emitirá un informe anual dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología con las continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos no LOM autorizadas, con copia a la Dirección Médica y a la Jefatura del Servicio correspondiente, donde especifique la información sobre el medicamento, la prescripción a cada paciente y su evolución (beneficio obtenido). Como complemento, la farmacia emitirá un informe anual con todos los medicamentos no LOM autorizados por el CLF y adquiridos por la unidad.
- V.14.8 Corresponde a la farmacia emitir un informe semestral dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología de los medicamentos no LOM adquiridos para continuaciones de tratamiento crónico, con el nombre, forma y fuerza de cada medicamento, la cantidad y los montos invertidos en la compra.

V.15 Gestión local según acreditación para medicamentos no LOM

- V.15.1 El CCF emite periódicamente un listado de medicamentos no LOM con lineamientos para uso institucional, -indicaciones, especificaciones, esquemas de dosificación y características de prescriptor, para los CLF incluidos en el plan piloto, con el fin de apoyar la resolución local y más expedita de las solicitudes para atender diversas necesidades excepcionales.
- V.15.2 La gestión corresponde al CLF y debe estar en concordancia con la normativa vigente y utiliza los formularios para solicitud de medicamentos no LOM para tratamiento agudo o crónico.
- V.15.3 Para atender la necesidad de un *medicamento no LOM acreditado para tratamiento agudo*, el médico prescriptor deberá presentar su solicitud en el *Formulario para Solicitud de Medicamento No Incluido en la LOM para*

Tratamiento Agudo (Anexo 2), al Coordinador Médico del Comité Local o ante el médico delegado por la Dirección Médica para ese Comité, comprometiéndose a informar el resultado de la intervención farmacoterapéutica. El Coordinador Médico evaluará el caso en concordancia con los lineamientos de la acreditación vigente, para resolver de forma expedita; lo comunicará al médico prescriptor para la respectiva emisión de la receta y a la farmacia para el trámite correspondiente. El Coordinador Médico presentará un informe periódico sobre las solicitudes gestionadas al CLF. El Comité local a intervalos semestrales, remitirá el informe respectivo.

- V.15.4 Para atender la necesidad de un medicamento no LOM acreditado para tratamiento crónico o por un plazo predefinido, el prescriptor presentará la solicitud mediante el *FORMULARIO PARA SOLICITUD DE UN MEDICAMENTO NO LOM PARA TRATAMIENTO CRÓNICO en la CCCS* (Anexo 3) del medicamento no LOM en el formulario respectivo, *en forma legible y preferiblemente en forma digital*, al CLF en la unidad.
- V.15.5 El médico prescriptor **no** debe emitir la receta del medicamento no-LOM solicitado, hasta no disponer de la aprobación del tratamiento.
- V.15.6 El Comité Local, previa verificación de los protocolos y cuestionarios, así como del cumplimiento de los aspectos administrativos vigentes para la adquisición de medicamentos no LOM, valorará en sesión cada solicitud y emitirá una resolución razonada, en concordancia con los lineamientos establecidos por el CCF en la Acreditación.
- V.15.7 El CLF será la instancia responsable de emitir la autorización para la compra local de los medicamentos no LOM acreditados y preparar el respectivo informe consolidado anual.
- V.15.8 Para la *continuación* del tratamiento no LOM acreditado, el prescriptor deberá emitir la solicitud de continuación del tratamiento no LOM a los 5 meses (o 1 mes antes del plazo autorizado), con el informe de la evolución del paciente y el beneficio obtenido con el medicamento no LOM. Este informe acompaña la solicitud de la continuación del tratamiento, ambos deben ser presentados al CLF para su análisis y resolución oportuna, apoyado con el *Informe de Jefatura*, a fin de mantener la continuidad del tratamiento al paciente.
- V.15.9 La farmacia, en coordinación con el CLF, remitirá por vía electrónica al CCF los informes periódicos de la Acreditación: un informe semestral de los casos

autorizados para tratamiento agudo, un informe semestral de los medicamentos no LOM comprados y un informe anual sobre los tratamientos crónicos, según los formados asignados.

V.16 Gestión por resoluciones judiciales.

V.16.1. Inicio de tratamiento con medicamentos ordenados por la sala constitucional y medidas cautelares

- a. La asignación de clave y/o autorización para **INICIO** de un tratamiento ordenado por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo, serán emitidas **únicamente** por el Comité Central de Farmacoterapia a través de la Dirección de Farmacoepidemiología (*por medio de las áreas establecidas*).
- b. Asimismo -en lo tocante a las **medidas cautelares**- decretadas por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo; en caso de que se debiera de brindar un medicamento con fundamento en dicha ordenanza, la instancia competente para el otorgamiento de claves provisionales y/o autorizaciones provisionales es el Comité Central de Farmacoterapia a través de la Dirección de Farmacoepidemiología (*por medio de las áreas establecidas*).

V.16.2. Continuaciones locales de tratamiento con medicamentos ordenados por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo

- a. Los Comités Locales de Farmacoterapia serán los encargados de la asignación de clave de continuación de tratamiento y/o autorización (*como corresponda*) referente a las **continuaciones de tratamiento** con medicamentos ordenados por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo.
- b. Para la gestión oportuna de las **continuaciones de tratamiento** (*de fármacos ordenados en vía judicial*), la farmacia comunicará a la Jefatura del Servicio, con copia al Comité Local de Farmacoterapia, con mínimo dos meses de anticipación, la próxima finalización del tratamiento con el medicamento (s) ordenado vía judicial.
- c. Es responsabilidad del (a) Médico Prescriptor (a) presentar **-con la debida antelación-** la solicitud de continuación de tratamiento al Comité Local de

Farmacoterapia, la cual contendrá: nombre completo del (a) paciente, número de cédula, nombre del medicamento, plazo solicitado (*tiempo por el cual solicita la continuación de tratamiento*), evolución (*beneficio obtenido*), con copia del informe remitido a la Jefatura de Servicio.

- d. El Comité Local de Farmacoterapia -ante la solicitud recibida- **procederá a verificar con el Servicio de farmacia y/o Dirección Médica (si resultare procedente hacerlo) la existencia de una sentencia judicial donde se ordene el suministro del fármaco al (a) paciente**; en caso afirmativo, otorgará la clave de continuación de tratamiento y/o la autorización de uso del fármaco (*como corresponda*). **El plazo máximo de tratamiento por otorgar será de 12 meses.**
- e. El Comité Local de Farmacoterapia informará al (a) prescriptor (a) del otorgamiento de la clave de continuación de tratamiento y/o la autorización de uso del fármaco (*como corresponda*) a efectos de que el (la) profesional en Medicina (*médico prescriptor*) emita la receta correspondiente y copiará lo resuelto al Servicio de Farmacia, a la Dirección Médica de la unidad y a la Sala Constitucional.
- f. El Comité Local de Farmacoterapia emitirá un informe anual con las continuaciones de tratamiento con medicamentos ordenados por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo a la Dirección Médica del Centro Médico, con copia a la Jefatura del Servicio correspondiente y al Área de Farmacoeconomía de la Dirección de Farmacoepidemiología, donde especifique la información sobre el medicamento, la prescripción a cada paciente y su evolución (beneficio obtenido).
- g. Corresponde al Servicio de Farmacia del Centro Médico emitir un informe anual de los medicamentos ordenados por la Sala Constitucional o Tribunal Contencioso Administrativo que fueron adquiridos en ese periodo para **continuaciones de tratamiento**, con el nombre, forma y fuerza de cada medicamento, la cantidad y los montos invertidos en la compra, el cual deberá ser dirigido al Área de Farmacoeconomía-EUM de la Dirección de Farmacoepidemiología con copia a la Dirección Médica del nosocomio.
- h. **El Comité Local de Farmacoterapia no podrá asignar clave de continuación de tratamiento y/o autorizar el medicamento ordenado judicialmente sin haber recibido PREVIAMENTE la solicitud del (la) médico (a) prescriptor (a) donde expresamente se solicite la continuación de tratamiento.**

V.17 Informes periódicos sobre la utilización institucional de medicamentos no LOM

- V.17.1 Toda autorización de medicamentos no LOM para uso agudo o crónico lleva implícito el propósito de beneficiar al paciente, y dado que los medicamentos se adquieren con fondos públicos, en cumplimiento de la legislación sobre control interno y rendición de cuentas, es indispensable documentar el beneficio obtenido y los fondos destinados a la adquisición de medicamentos.
- V.17.2 El prescriptor deberá rendir un informe sobre la evolución de cada paciente bajo tratamiento crónico con medicamentos no LOM. Este instrumento de seguimiento deberá presentarse cada 6 meses a la Jefatura de Servicio, con copia al CLF; alternativamente, al 5° mes si se solicitará una continuación del tratamiento crónico.
- V.17.3 La Jefatura de Servicio analizará la información de los informes emitidos por los prescriptores, consolida los resultados y cada 6 meses rinde un Informe de Jefatura al CLF sobre los resultados obtenidos por los prescriptores con el tratamiento crónico.
- V.17.4 El CLF utilizará el Informe de Jefatura como un insumo para conocer la evolución clínica de los casos, los beneficios obtenidos con los tratamientos y la epidemiología local.
- V.17.5 El CLF, deberá emitir un informe semestral consolidado de los medicamentos no LOM para tratamiento agudo que fueron autorizados por el CLF y adquiridos por la unidad, dirigido al CCF, con la siguiente información:
- número de identificación de cada paciente,
 - nombre del médico prescriptor,
 - nombre del medicamento, dosis, forma, fuerza
 - fecha de inicio del tratamiento no LOM,
 - duración del tratamiento (días),
 - cantidad adquirida,
 - evolución clínica, resolución o beneficio obtenido.

- V.17.6 El CLF, deberá emitir un informe anual consolidado de los medicamentos no LOM para tratamiento crónico que fueron autorizados por el CLF y adquiridos por la unidad, dirigido al CCF, con la siguiente información:
- número de identificación de cada paciente,
 - nombre del médico prescriptor,
 - nombre del medicamento, dosis, forma, fuerza
 - fecha de inicio del tratamiento no LOM,
 - duración del tratamiento con medicamento no LOM,
 - cantidad adquirida,
 - evolución clínica y parámetros objetivos según informe del prescriptor, junto con otros datos que faciliten la información.
- V.17.7 La farmacia enviará un informe semestral de todos los medicamentos que fueron adquiridos para tratamiento no LOM crónico dirigido al AFEC-EUM, con la siguiente información:
- nombre, forma y fuerza de cada medicamento,
 - cantidad comprada
 - costo unitario
 - montos invertidos en la compra de cada medicamento no LOM [No se debe incluir datos sobre los medicamentos LOM no almacenables (Z)].
- V.17.8 El CLF deberá emitir un informe semestral consolidado de los medicamentos no LOM para tratamiento agudo acreditados que fueron autorizados por el CLF y adquiridos por la unidad, dirigido al CCF, con la siguiente información:
- número de identificación de cada paciente,
 - nombre del médico prescriptor,
 - nombre del medicamento, dosis, forma farmacéutica, fuerza
 - fecha de inicio del tratamiento no LOM,
 - duración del tratamiento (días),
 - cantidad autorizada,
 - evolución clínica, resolución o beneficio obtenido.

V.17.9 El CLF deberá emitir un informe **anual** consolidado de los medicamentos no LOM ACREDITADOS para tratamiento **crónico** que fueron autorizados por el CLF y adquiridos por la unidad, dirigido al CCF, con la siguiente información:

- número de identificación de cada paciente,
- nombre del médico prescriptor,
- nombre del medicamento, dosis, forma farmacéutica, fuerza
- fecha de inicio del tratamiento no LOM,
- duración del tratamiento con medicamento no LOM,
- cantidad autorizada,
- evolución clínica y parámetros objetivos según informe del prescriptor, junto con otros datos que faciliten la información.

V.17.10 La farmacia enviará un informe semestral de todos los medicamentos ACREDITADOS que fueron adquiridos para tratamiento no LOM crónico, dirigido al AFEC-EUM, con la siguiente información:

- nombre, forma farmacéutica y fuerza de cada medicamento,
- cantidad comprada
- costo unitario
- montos invertidos en la compra de cada medicamento no LOM [Solo se debe incluir los datos de los medicamentos acreditados]

V.17.11 La omisión de tales informes periódicos motivará la toma las medidas administrativas por no cumplimiento de las normativa institucional.

CAPÍTULO VI

NORMATIVA SOBRE VENTA DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS

- VI.1.1 El artículo 71 de la Ley Constitutiva de la Caja preceptúa –ente otras cosas– que la Institución podrá vender a las entidades del Sector Salud, públicas y privadas, nacionales o extranjeras, y a personas particulares, aquellos medicamentos que no estén disponibles en el mercado farmacéutico nacional, para cubrir la necesidad de tratamiento prescrito por un médico, siempre y cuando no se vean afectadas las existencias para el consumo regular de la Institución.
- VI.1.2 El interesado debe presentar la receta médica original al Área de Farmacoeconomía-EUM.
- VI.1.3 Corresponde al AFEC-EUM confirmar la inexistencia del medicamento en el mercado farmacéutico nacional, verificar la existencia de suficiente producto para abastecer la necesidad institucional; coordinar con la unidad donde podrá ser entregado el medicamento al interesado y definir el valor de la venta, según lo dispuesto por la Junta Directiva (Sesión 8337, Artículo 15).**
- VI.1.4 Si procede, el AFEC-EUM emite *documento de autorización para venta institucional*.
- VI.1.5 Se instruye al interesado para que se presente en la *unidad de cajas* del centro médico indicado para realizar el pago correspondiente; y luego, con el recibo, la receta médica original y la autorización del AFEC-EUM, presentarse a la farmacia para la entrega del medicamento.

CAPÍTULO VII

NORMATIVA INSTITUCIONAL SOBRE DONACIÓN DE MEDICAMENTOS

- VII.1 Todo ofrecimiento de donación de medicamentos se debe presentar por escrito ante la Gerencia Médica y constará como mínimo de: una carta del representante de la

Entidad Donadora, la descripción exacta del (o de los) medicamento(s) a donar, a saber: cantidad, estabilidad, la inscripción en el país y número de registro o carta de comercialización, datos de garantía de calidad del producto, fecha de vencimiento y etiquetado en español.

VII.2 La Dirección de Farmacoepidemiología o el Comité Central de Farmacoterapia emitirá a la Gerencia Médica un pronunciamiento y/o criterio técnico al respecto, si así fuese solicitado, última instancia que define la denegación o aceptación de la misma. De aceptarse la donación, se adjuntará información adicional pertinente al caso y se le informará a la entidad donadora. La formalización de la donación se ajustará a la reglamentación vigente en los diferentes ámbitos (Anexo 9: *Reglamento para la Tramitación de Donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social*, aprobado por Junta Directiva de la CCSS en el artículo 1º de la Sesión 8130 celebrada el 8 de febrero de 2007.

[1] **Medicamentos esenciales:** definido por la OMS como “*los medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de la salud de la mayoría de la población*”.

[2] **Medicamento excepcional:** se refiere a una definición propia de la Política Institucional de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

[3] La **Denominación Común Internacional (DCI)** es el nombre oficial no comercial o genérico de un fármaco (medicamento o droga). Fue establecido por el Comité de Nomenclaturas de la Organización Mundial de la Salud en su resolución WHA3.11 en 1950 y se publicó la primera lista en 1953.

[4] **Buenas Prácticas de Prescripción (BPP):** serie de recomendaciones y normas para asegurar la calidad de la prescripción farmacológica, que incluye un diagnóstico definido, selección del medicamento específico para el paciente, ofrecer la información pertinente y brindar el seguimiento oportuno.

[5] El **Uso Racional de Medicamentos:** procura la utilización de medicamentos para alcanzar el máximo beneficio y el mínimo riesgo para el paciente, tendiente a garantizar la disponibilidad de medicamentos idóneos para atender sus necesidades clínicas, a una dosis que satisfaga sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo y a un bajo costo para ellos y su comunidad.

[6] Las **Buenas Prácticas de Dispensación (BPD)** son un conjunto de normas establecidas para asegurar el uso adecuado de los medicamentos, con el fin de promover la buena salud y calidad de vida de toda la población, garantizando una farmacoterapia óptima y el cumplimiento de la legislación vigente.

[7] **Buenas Prácticas de Administración (BPA):** Definida para la CCSS, como el conjunto de normas y principios que debe cumplir un profesional de salud en la intervención a un paciente mediante un procedimiento seguro de administración de medicamentos por las diferentes vías, con el fin obtener la mejor respuesta terapéutica. De previo debe cumplirse con una adecuada prescripción y dispensación. Incluye la información y educación al paciente, familia y comunidad.

^[8] **Centro Regional de Distribución:** Hospitales de Referencia en una Región específica, a los cuales el ALDI les realizaría el despacho directo de los medicamentos de especialista y para los cuales no disponen de nivel de usuario, o bien, cuota suficiente y que fungirán como Centros Regionales de Distribución.

^[9] **Clasificación VEN:** Es un sistema para determinar prioridades a través del cual los medicamentos son clasificados de acuerdo con su impacto sobre la salud: vitales, esenciales y no esenciales.

^[10] **Uso compasional:** Uso de un medicamento fuera de indicaciones oficiales con el fin de apoyar una opción terapéutica en una situación tipificada como excepcional en el entendido que el análisis actual permite concluir lo siguiente: a) el caso no cuenta con terapia farmacéutica específica o no respondió a la terapéutica convencional o presentó efectos adversos, b) la solicitud se ampara en resultados positivos que aportan las fuentes primarias de información, c) el medicamento solicitado debe estar disponible en el país y registrado en el Ministerio de Salud.

^[11] **Medicamentos “yo también”:** son fármacos con el mismo mecanismo de acción, mismas indicaciones y pero con diferente fórmula.

Listado de grupos terapéuticos

Grupo	Descripción
01	Amebicidas y antihelmínticos
02	Antibióticos
03	Antituberculosos
04	Antifúngicos y antivirales
05	Antisépticos y agentes urinarios
06	Adrenérgicos
07	Agentes cardíacos
08	Antihipertensivos
09	Diuréticos
10	Vasodilatadores coronarios y antianginosos
11	Agentes anticoagulantes, trombolíticos y antiplaquetarios
12	Hemostáticos
13	Antianémicos e hipolipemiantes
14	Antiinflamatorios no esteroideos, antirreumáticos, y agentes mineralizantes
15	Uricosúricos, antigotosos
16	Analgésicos no narcóticos
17	Analgésicos narcóticos y antagonistas
18	Anestésicos generales
19	Anestésicos locales
20	Relajantes musculares
21	Anticolinérgicos/antiespasmódicos
22	Colinérgicos
23	Antiasmáticos y broncodilatadores
24	Antitusígenos, fluidificantes y expectorantes
25	Antihistamínicos, antieméticos, antipruríticos
26	Antiparkinsonianos
27	Antimigraña
28	Anticonvulsivos
29	Antidepresivos y psicoestimulantes
30	Antipsicóticos
31	Sedantes/hipnóticos, ansiolíticos

32	Agentes gastrointestinales, antiácidos y antagonistas del receptor H ₂
33	Antidiarreicos y laxantes
34	Corticosteroides
35	Andrógenos y anabólicos
36	Estrógenos, progestágenos, anovulatorios
37	Oxitócicos y tocolíticos
38	Homonas hipotalámicas, pituitarias y otros agentes
39	Hipoglicemiantes e hiperglicemiantes
40	Hormonas tiroideas y drogas antitiroideas
41	Antineoplásicos y agentes inmunomoduladores
42	Vitaminas
43	Electrolitos y soluciones parenterales
44	Biológicos, vacunas, toxoides y antitoxinas
45	Agentes oftalmológicos
46	Preparaciones dermatológicas
47	Preparaciones ginecológicas
48	Antídotos
49	Antihemorroidales
50	Misceláneos
51	Otorrinolaringología
52	Medios de radiodiagnóstico
53	Medios de diagnóstico
54	Materias primas

Listado alfabético

ABACAVIR 600 mg (COMO SULFATO) CON LAMIVUDINA 300 mg TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)	04-0045	A
ACEITE DE RICINO SINÓNIMO: ACEITE DE CASTOR LÍQUIDO VISCOSO FRASCO CON 60 mL	33-6010	A
ACEITE DE TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA ENVASE CON 480 mL a 950 mL	50-7175	Z
ACEITE MINERAL USO ORAL FRASCO CON 110 mL a 120 mL	33-7360	A
ACEITE MINERAL (SINÓNIMO: ACEITE MINERAL LIVIANO) USO TÓPICO ENVASE CON 500 mL	46-6006	A
ACETAZOLAMIDA 250 mg TABLETAS	09-0020	A
ACETILCISTEÍNA 600 mg. GRANULADO PARA SOLUCIÓN ORAL O ACETILCISTEÍNA 600 mg. TABLETA ESFERVESCENTE	48-7250	Z
ACETILCOLINA CLORURO 20 mg CON MANITOL 56 mg Ó 60 mg Ó CARBACOL 0.01% SOLUCIÓN OFTÁLMICA INTRAOCULAR FRASCO AMPOLLA DE DOBLE CÁMARA 2 mL O FRASCO AMPOLLA 1.5 mL, RESPECTIVAMENTE	45-3360	A
ACICLOVIR 200 mg/ 5 mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 mL A 150 mL	04-6030	A

ACICLOVIR 400 mg TABLETAS O TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM Ó CÁPSULAS	04-0046	A
ACICLOVIR BASE 250 mg (COMO SAL SÓDICA) POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	04-3050	A
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 mg TABLETAS	11-0030	A
ÁCIDO AMINOACÉTICO (GLICINA) 1.5% (15 mg/mL) SOLUCIÓN IRRIGACIÓN VESICAL BOLSA O ENVASE CON 2000 mL O 3000 mL	50-6070	A
ÁCIDO AMINOCAPROICO 25% (250mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20mL Ó AMPOLLA CON 10 mL	12-3040	A
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) 100 mg/mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 30 mL	42-6080	A
ÁCIDO ASCÓRBICO 500 mg O ÁCIDO ASCÓRBICO 250 mg MÁS ASCORBATO DE SODIO 281,25 mg Ó ÁCIDO ASCÓRBICO 260 mg MÁS ASCORBATO DE SODIO 290 mg TABLETAS O TABLETAS MASTICABLES ÓÁCIDO ASCÓRBICO 500 mg. TABLETA ESFERVESCENTE	42-0070	A
ÁCIDO FOLICO 1 mg TABLETAS RANURADAS	13-0080	A
ÁCIDO IOXITALÁMICO (COMO LA SAL HIDROSOLUBLE DE IOXITALAMATO DE MEGLUMINA) AL 55% (550 mg / mL) CON POLIVIDONA AL 14% (140 mg / mL) CONTIENE UN 25% DE YODO. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL	52-4166	Z
ÁCIDO SALICÍLICO AL 5% (50mg/g) UNGÜENTO TUBO con 40 g a 60 g	46-2425	A

ÁCIDO SALICÍLICO DEL 15% al 17% EN COLODIÓN FLEXIBLE. SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 15 mL	46-6120	A
ÁCIDO URSODEOXICÓLICO 150 mg TABLETAS	32-0093	A
ÁCIDO URSODEOXICÓLICO 250 mg O 300 mg CÁPSULAS O TABLETAS CON O SIN RECUBIERTA	32-0095	A
ÁCIDO ZOLEDRÓNICO (ANHIDRO) 4 mg/5 mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA COM 5 mL O ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4 mg (COMO MONOHIDRATO). POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA DE 6 mL O ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4 mg/5 mL (COMO MONOHIDRATO). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL.	14-4397	A
ACITRETINA 25 mg CÁPSULAS	46-0089	Z
ADENOSINA 3 mg/mL. SOLUCÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 2 mL.	07-3075	Z
AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	43-3090	A
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA Ó ENVASE CON 250 mL	50-3085	A
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA O ENVASE CON 500 mL	50-3095	A
ALBENDAZOL 200 mg TABLETA O TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED) O TABLETA MASTICABLE	01-1110	A
ALBÚMINA AGREGADA POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	52-4960	Z

ALBÚMINA HUMANA AL 20%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL O ALBÚMINA HUMANA AL 25%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL.	44-3098	A
ALCOHOL F.E.U. 70° CON COLORANTE ENVASE CON 1 LITRO	50-7999	A
ALCOHOL F.E.U. 70° CON COLORANTE ENVASE CON 5 LITROS	50-8001	A
ALCOHOL F.E.U. 70° SIN COLORANTE ENVASE CON 5 LITROS	50-8003	A
ALCOHOL F.E.U. 95° ENVASE CON 1 LITRO	54-8019	A
ALCOHOL F.E.U. 95° ENVASE CON 3.5 A 4.0 LITROS	54-8020	A
ALCOHOL F.E.U. 95° ENVASE CON 5 LITROS	54-8021	A
ALCOHOL F.E.U. 95° ENVASE CON 100 a 200 LITROS	54-8015	A
ALENDRONATO (COMO SAL MONOSÓDICA TRIHIDRATADA) EQUIVALENTE A 70 mg DE ÁCIDO ALENDRÓNICO TABLETAS	14-0685	A
ALFACALCIDOL 0.25 ug O CALCITRIOL 0.25 ug CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA	42-0100	A
ALFACALCIDOL 1 ug O CALCITRIOL 1 ug CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA	42-0110	A
ALFUZOSINA HIDROCLORURO 10 mg TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA	50-1585	A

ALOPURINOL 100 mg TABLETAS RANURADAS	15-0120	A
ALOPURINOL 300 mg TABLETAS	15-0130	A
ALPROSTADIL 500 ug SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 MI	50-4503	Z
ALUMINIO ACETATO FÓRMULA POLVO PARA SOLUCIÓN SOBRE 2.2 g	46-6180	A
ÁCIDO ACÉTICO 2% EN SOLUCIÓN DE ACETATO DE ALUMINIO (SOLUCIÓN DE BUROW) SOLUCIÓN ÓTICA FRASCO GOTERO CON 60 mL	51-6170	A
ALUMINIO HIDRÓXIDO 200 mg, MAGNESIO HIDRÓXIDO 150 mg A 200 mg CON SIMETICONA 25 mg TABLETAS MASTICABLES	32-0890	A
ALUMINIO HIDRÓXIDO 4.7 a 6.1% P/P y MAGNESIO HIDRÓXIDO 1.4 a 2.2 % P/P, F.E.U. FÓRMULA SUSPENSIÓN ORAL ENVASE CON 225 mL O 500 mL	32-7070	A
ALUMINIO HIDRÓXIDO (SIN MAGNESIO) 200 mg A 300 mg TABLETAS MASTICABLES	32-0140	A
ALUMINIO HIDRÓXIDO 5.5 A 6.7% p/p SIN MAGNESIO SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 mL A 180 mL	32-6190	A
AMFOTERICINA B 50 mg POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	04-3170	A
AMFOTERICINA B LIPOSOMAL 1 mg/mL. SUSPENSIÓN INYECTABLE.	04-3171	A

FRASCO AMPOLLA CON 50 mL

AMIKACINA BASE 100 mg 02-3110 A
(**COMO SULFATO DE AMIKACINA**)
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 2 mL

AMIKACINA BASE 500 mg 02-3120 A
(**COMO SULFATO DE AMIKACINA**)
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 2 mL

AMINOÁCIDOS CON UN EQUIVALENTE DE PROTEÍNAS AL 6%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 500 mL o 43-3126 A
AMINOÁCIDOS CON UN EQUIVALENTE DE PROTEÍNAS AL 10%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 250 mL
FÓRMULA PEDIÁTRICA.

AMINOÁCIDOS AL 10 % 43-3125 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO CON 500 ML

AMINOFILINA HIDRATADA 250 mg. SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 10 mL Ó AMINOFILINA ANHIDRA 250 mg. SOLUCION INYECTABLE. AMPOLLA COM 10 mL. 23-3130 A

AMIODARONA HIDROCLORURO 50 mg/mL 07-3135 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 3 mL

AMIODARONA HIDROCLORURO 200 mg 07-0160 A
TABLETAS

AMITRIPTILINA HIDROCLORURO 10 mg 29-0170 A
TABLETAS RECUBIERTAS

AMLODIPINO 5 mg 10-1220 A
(**COMO BESILATO DE AMLODIPINO**)
TABLETAS O CÁPSULAS

AMOXICILINA BASE 500 mg (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) CÁPSULAS O TABLETAS RECUBIERTAS	02-0185	A
AMOXICILINA BASE 250 mg/5 mL (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL FRASCO PARA 60 mL Ó 100 mL.	02-6205	A
AMPICILINA BASE 500 mg (COMO AMPICILINA SÓDICA) POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE 5 mL A 14 mL	02-3140	A
ALECTINIB 150 mg (COMO HIDROCLORURO DE ALECTINIB 161.3 mg). CÁPSULA DURA	41-0115	A
ANASTROZOL 1 mg o LETROZOL 2.5 mg TABLETA RECUBIERTA	41-0190	A
ANIDULAFUNGINA 100 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 30 mL Ó CASPOFUNGINA 50 mg (COMO ACETATO DE CASPOFUNGINA). POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	04-1015	A
ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA RECUBIERTA O ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA	36-1250	A
ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 50 ug CON NORGESTREL 0.5 mg TABLETAS RECUBIERTAS	36-1260	A
ANTIVENENO OFÍDICO ANTICORAL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	44-4640	A
ANTIVENENO OFÍDICO POLIVALENTE SOLUCIÓN INYECTABLE	44-4650	A

FRASCO AMPOLLA CON 10 mL

APREPITANT 125 mg y APREPITANT 80 mg 25-0570 A
CÁPSULA

ARTEMETER 20 mg Y LUMEFANTRINA 120 mg 01-0195 A
TABLETA

ASPARAGINASA 10.000 U.I. 41-4167 A
POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

ATENOLOL 50 mg 08-0210 A
TABLETAS

ATRACURIO BESILATO 10 mg/mL 20-3195 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 2.5 mL

ATROPINA SULFATO 0.5 mg/mL 21-3200 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

ATROPINA SULFATO 1% (10 mg/mL) 45-6270 A
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO
FRASCO GOTERO CON 5 mL Ó 10 mL

AZATIOPRINA 50 mg. TABLETA RECUBIERTA O AZATIPRINA 41-0220 A
50 mg. TABLETA

AZUL DE METILENO 1 % (10 mg/mL) 53-3210 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

AZUL DE TRIPANO AL 0.06% (0.6 mg/mL) 45-6445 A
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO.
JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL (UNIDOSIS)

BARIO SULFATO 52-6290 A
A UN PORCENTAJE NO MENOR DEL 85% P/P.
POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL Y RECTAL

ENVASE CON 300 g Ó 340 g Ó 25 kg Ó 50 kg

BASILIXIMAB 20 mg. 41-3215 A
POLVO PARA INYECCIÓN. CON O SIN DILUENTE.
FRASCO AMPOLLA DE 6 mL.

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 100 ug/dosis 23-6310 A
PARA INHALACIÓN ORAL
FRASCO CON 200 DOSIS

BECLOMETASONA DIPROPIONATO (COMO MONOHIDRATO) 50-6315 A
50 ug/dosis o BECLOMETASONA DIPROPIONATO ANHIDRA
50 ug/dosis
INHALACIÓN NASAL
FRASCO CON 180 A 200 DOSIS

BEDAQUILINA (COMO FUMARATO DE BEDAQUILINA) 100 mg 02-0200 A
TABLETA

BENCILPENICILINA SÓDICA O POTÁSICA 1.000.000 U.I. 02-4420 A
POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA DE 5 mL A 14mL

BENCILPENICILINA SÓDICA O POTÁSICA 5.000.000 U.I. 02-4430 A
POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA DE 14mL A 20 mL

BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES (COMO 02-4400 A
BENZATINA BENCILPENICILINA)
EN POLVO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA DE 4 mL A 5 mL.

O

BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES (COMO
BENZATINA BENCILPENICILINA) / 2 ML EN
SUSPENSIÓN ACUOSA PARA INYECCIÓN.
INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 2 mL.

O

BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES (COMO
BENZATINA BENCILPENICILINA).
POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA DE 7 mL.
SINÓNIMO DE BENZATINA BENCILPENICILINA: PENICILINA G
BENZATÍNICA.
SINÓNIMO DE BENCILPENICILINA: PENICILINA G.

BENDAMUSTINA CLORHIDRATO 100 mg (COMO BENDAMUSTINA CLORHIDRATO MONOHIDRATO). 41-3217 A
POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSIÓN.

BERACTANT (SURFACTANTE PULMONAR) 25 mg DE FOSFOLÍPIDOS / mL. 50-4655 A

SUSPENDIDOS EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 8 mL O

PALMITATO DE COLFOSCERILO 108 mg, ALCOHOL CETÍLICO 12 mg Y TILOXAPOL 8 mg (SURFACTANTE PULMONAR SINTÉTICO). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA DE 10 mL. CON DILUENTE INCLUIDO: FRASCO AMPOLLA CON 8 mL DE AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SIN PRESERVANTES O

Poractant alfa 80 mg/mL. SUSPENDIDO EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 1,5 mL (120 MG DE PORACTANT) O

PORACTANT ALFA 80 mg/mL. SUSPENDIDO EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 3 mL (240 mg DE PORACTANT) O

SURFACTANTE PULMONAR BOVINO: 54 MG DE FOSFOLÍPIDOS TOTALES COMO POLVO LIOFILIZADO PARA PREPARACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN JERINGA PRELLENADA CON 1,2 mL O

SURFACTANTE PULMONAR BOVINO: 108 mg DE FOSFOLÍPIDOS TOTALES COMO POLVO LIOFILIZADO PARA PREPARACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN JERINGA PRELLENADA CON 2,4 mL

BESILESOMAB 52-4974 Z
KIT (NO CONTIENE SUSTANCIA RADIATIVA)
POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

BETAMETASONA BASE 0.1% (1mg/g) (COMO VALERATO DE BETAMETASONA) 46-2460 A
CREMA
TUBO 15g

BETAMETASONA BASE 0.1% (1mg/g) (COMO VALERATO DE BETAMETASONA) 46-2470 A
UNGÜENTO
TUBO CON 15g

BETANECOL CLORURO 10 mg 22-0240 A

TABLETAS

BETIATIDA POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	52-4962	Z
BEVACIZUMAB 100 mg/4 MI (25 mg/mL) CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN FRASCO AMPOLLA CON 4 mL.	41-0055	A
BEVACIZUMAB 400 mg/16 mL (25 mg/mL) CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSION FRASCO AMPOLLA CON 16 mL	41-0042	A
BICTEGRAVIR 50 mg (COMO BICTEGRAVIR SÓDICO), EMTRICITABINA 200 MG, TENOFOVIR ALAFENAMIDA 25 mg (COMO FUMARATO DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA). TABLETA RECUBIERTA	04-0241	A
BICISATE POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	52-4954	Z
BIPERIDENO HIDROCLORURO 2 mg TABLETAS	26-0245	A
BIPERIDENO LACTATO 5mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL SOLUCIÓN ESTÉRIL DE LACTATO DE BIPERIDENO EN AGUA PARA INYECCIÓN	26-3220	A
BISACODILO 10 mg SUPOSITORIOS 1 g O 2 g	33-2480	A
BLEOMICINA BASE 15 UNIDADES (COMO SULFATO DE BLEOMICINA) POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 mL O AMPOLLA DE 5 mL. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO	41-3230	A

BORTEZOMIB 3.5 mg 41-3237 HRE 2B

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

1. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA (VER LINEAMIENTO GM-CCF-0202-2024, PARA EL TRATAMIENTO DE MIELOMA MÚLTIPLE SINTOMÁTICO, EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES):

1.1. MIELOMA MÚLTIPLE RECIÉN DIAGNOSTICADO EN PACIENTES CANDIDATOS O NO CANDIDATOS A TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA.

1.2. TRATAMIENTO DE MIELOMA MÚLTIPLE RECAÍDA/REFRACTARIO

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

BREA CONCENTRADA 46-6390 A

FÓRMULA TÓPICA CHAMPÚ

ENVASE CON 150 mL A 180 mL

BROMOCRIPTINA BASE 2.5 mg 38-0250 A

(COMO MESILATO DE BROMOCRIPTINA)

TABLETAS

BROMURO DE IPRATROPIO ANHIDRO 250 ug/mL 23-7096 A

(COMO BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATO)

SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN

FRASCO CON 20 mL

BROMURO DE IPRATROPIO ANHIDRO 0,02 mg (20 µg) / DOSIS 23-7095 A

(COMO BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATO 21 µg / DOSIS).

SOLUCIÓN PARA AEROSOL. PARA INHALACIÓN ORAL.

FRASCO PRESURIZADO CON 10 ML (APROXIMADAMENTE 12,9 GRAMOS). CONTIENE 200 DOSIS. CON VÁLVULA DOSIFICADORA.

NO CONTIENE PROPELENTE CLOROFUORCARBONADOS (CFC).

BROMURO DE ROCURONIO 50 mg/5 mL 20-4506 A

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

BUPIVACAÍNA HIDROCLORURO 0.5% 19-3240 A

SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE

FRASCO AMPOLLA CON 10 mL A 20 mL

CABERGOLINA 0,5 mg. TABLETA O CABERGOLINA 0.5 mg. 38-0268 A

TABLETA RECUBIERTA

CALAMINA 8 % (8g/100 mL) FÓRMULA. LOCIÓN FRASCO CON 100 mL A 120 mL	46-6400	A
CALCIO IÓNICO 300 mg O CALCIO IÓNICO 600 mg TABLETAS RECUBIERTAS	43-0280	A
CALCIO GLUCONATO 10% (100mg/mL) INYECTABLE AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	43-3250	A
CAPECITABINA 500 mg TABLETAS RECUBIERTAS	41-0285	A
CARBAMAZEPINA 200 mg TABLETAS	28-0270	A
CARBAMAZEPINA 2% (20mg/mL) SUSPENSIÓN ORAL ENVASE CON 100 mL	28-6410	Z
CARBÓN VEGETAL ACTIVADO POLVO ENVA SE CON 30 g O 60 g O 500 g A 1000 g	54-8100	A
CARBOPLATINO 150 mg. LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO Ó CARBOPLATINO 10 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 15 mL	41-3395	A
CARBOPLATINO 450 mg. LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON O SIN DILUENTE ADJUNTO ÓCARBOPLATINO 10 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 45 mL	41-3390	A
CARVEDILOL 6.25 mg. TABLETA RECUBIERTA O CARVEDILOL 6.25 mg. TABLETA	07-1765	A
CARVEDILOL 12.5 mg TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	07-1780	A

CASPOFUNGINA 70 mg (COMO ACETATO DE CASPOFUNGINA) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	04-3000	A
CEFALEXINA BASE 500 mg (COMO MONOHIDRATO Ó COMO HIDROCLORURO MONOHIDRATO) CÁPSULAS O TABLETAS	02-0290	A
CEFALEXINA BASE 250mg/5mL (COMO CEFALEXINA MONOHIDRATO) POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL FRASCO DE 60 mL	02-6440	A
CEFALOTINA BASE 1g (COMO CEFALOTINA SÓDICA) POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 10 mL A 15 mL, CON O SIN DILUENTE	02-3270	A
CEFOTAXIMA BASE 1 g (COMO CEFOTAXIMA SÓDICA) POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA DE 10mL A 15 mL, CON O SIN DILUENTE	02-3275	A
CEFTAZIDIMA BASE 1g (COMO CEFTAZIDIMA PENTAHIDRATO) MÁS 117 mg a 118 mg DE CARBONATO DE SODIO POLVO PARA INYECCION. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	02-3272	A
CEFTRIAXONA BASE 1 g (COMO CEFTRIAXONA SÓDICA). POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	02-3278	A
CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B-12) 1000 ug/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL Ó FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	13-4860	A
CICLOFOSFAMIDA 50 mg TABLETAS CON Ó SIN RECUBIERTA	41-0300	A
CICLOFOSFAMIDA ANHIDRA 500 mg (COMO CICLOFOSFAMIDA MONOHIDRATO) POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA CON Ó SIN DILUENTE	41-3280	A

CICLOPENTOLATO HIDROCLORURO 1% (10mg/mL) SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL A 10 mL	45-6450	A
CICLOSERINA 250 mg CÁPSULAS O TABLETAS	03-0303	A
CICLOSPORINA 100 mg/mL SOLUCIÓN ORAL CON 100 mg / mL DE CICLOSPORINA A. FRASCO CON 50 mL	41-6455	A
CIMETIDINA BASE 150 mg/mL (COMO CIMETIDINA HIDROCLORURO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL	32-3290	A
CIMETIDINA BASE 200mg/5mL (COMO HIDROCLORURO DE CIMETIDINA. SOLUCIÓN ORAL. FRASCO CN 120 mL o 150 mL Ó RANITIDINA BASE 150 mg/5 mL (COMO RANITIDINA HIDROCLORURO). JARABE. FRASCO CON 120 mL.	32-6457	Z
CIPROFLOXACINO BASE 500 mg (COMO CIPROFLOXACINO CLORHIDRATO MONOHIDRATO) TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)	02-0308	A
CIPROFLOXACINO 0.3% (3 mg/mL) (COMO HIDROCLORURO DE CIPROFLOXACINO) Ó NORFLOXACINO 0.3 % U OFLOXACINO 0.3 % (3 mg/mL) Ó LEVOFLOXACINO 0.3 % Ó LOMEFLOXACINO 0.3 % (3 mg/mL) SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL	45-6456	A
CISPLATINO 10 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA o CISPLATINO 10 mg (1 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL o CISPLATINO 10 mg (0,5 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL o CISPLATINO 50 mg (1 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL o CISPLATINO 1 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.	41-3300	A

FRASCO AMPOLLA CON 50 mL

CITARABINA 100 mg (SINÓNIMO ARA-C). POLVO LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA, CON O SIN DILUENTE ADJUNTO Ó **CITARABINA 100 mg/mL.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL 41-3310 A

CITARABINA 500 mg. POLVO LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 10 mL O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. 41-3315 A

CITRATO DE GALIO (67 Ga) 1 A 3 mCi/mL (37 A 111 MEGABECQUERELES) DE ⁶⁷GALIO/mL. SOLUCIÓN ACUOSA ESTÉRIL. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA DE CON 5 A 15 mL 52-4970 Z

CLARITROMICINA 500 mg 02-0310 A
TABLETA RECUBIERTA

CLARITROMICINA 250mg/5mL. 02-6458 A
GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL O POLVO PARA SUSPENSION ORAL, SABOR AGRADABLE

CLINDAMICINA BASE 600 mg (COMO FOSFATO. SOLUCIÓN INYECTABLE, FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA Ó **CLINDAMICINA BASE 900 mg (COMO FOSFATO)** FRASCO AMPOLLA 02-3320 A

CLOBAZAM 10 mg 31-0485 Z
TABLETAS

CLOFAZIMINA 50 mg 02-0320 Z
GRAGEAS

CLOFAZIMINA 100 mg. TABLETA RECUBIERTA O CLOFAZIMINA 100 mg. CÁPSULA BLANDA 02-0325 A

CLOMIFENO CITRATO 50 mg 38-0330 A
TABLETAS

CLOMIPRAMINA HIDROCLORURO 25 mg 29-0333 Z
TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

CLOMIPRAMINA HIDROCLORURO 75 mg TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED) DE LIBERACIÓN SOSTENIDA	29-0345	A
CLONAZEPAM 2 mg TABLETAS	28-0340	A
CLONAZEPAM 2.5 mg/mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 10 mL	28-6460	A
CLOPIDOGREL 75 mg (COMO BISULFATO DE CLOPIDOGREL) TABLETA RECUBIERTA	11-1775	A
CLORAL HIDRATO 500 mg/5 mL SOLUCION EN FORMA DE JARABE ENVASE CON 100 mL A 120 mL	31-6980	A
CLORAMBUCILO 2 mg TABLETAS RECUBIERTAS	41-0350	A
CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% P/V CON ALCOHOL ISOPROPÍLICO 4% P/V. FÓRMULA. SOLUCIÓN TÓPICA ENVASES POLIETILENO CON 500 mL	46-6510	A
CLORFENAMINA MALEATO 4 mg (SINÓNIMO: CLORFENIRAMINA MALEATO) TABLETAS	25-0370	A
CLORFENAMINA MALEATO 1% (10mg/mL) (SINÓNIMO: CLORFENIRAMINA MALEATO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	25-3340	A
CLORFENIRAMINA MALEATO 2 mg / 5 mL JARABE O SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL A 120 mL O CLORFENIRAMINA MALEATO 2,5 mg / 5 mL JARABE O SOLUCIÓN ORAL ENVASE CON 100 mL A 120 mL O CLORFENIRAMINA MALEATO 2,5 mg / 5 mL JARABE ENVASE CON 120 mL (Sinónimo de clorfenamina maleato: Clorfeniramina maleato)	25-6500	A

COROQUINA BASE 150 mg (EQUIVALENTE A APROXIMADAMENTE 250 mg DE FOSFATO DE COROQUINA) TABLETAS	01-0380	A
CLOPROMAZINA HIDROCLORURO (EQUIVALENTE A 100 mg DE CLOPROMAZINA BASE) TABLETAS RECUBIERTAS	30-0390	A
CLOPROMAZINA 25 mg/mL (COMO HIDROCLORURO DE CLOPROMAZINA) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL	30-3355	A
CLORURO DE POTASIO 2 MOLAR (2 mEq de potasio y 2 mEq de cloruro/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN FRASCO AMPOLLA CON 10 mL O AMPOLLA CON 10mL	43-4450	A
CLOZAPINA 100 mg TABLETA	30-0392	A
CODEÍNA FOSFATO (HEMIHIDRATADA) 30 mg CON PARACETAMOL 500 mg TABLETAS RANURADAS	17-0410	A
COLCHICINA 0.5 mg Ó 0.6 mg TABLETAS	15-0420	A
COLESTIRAMINA (RESINA ANHIDRA) 4g POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL. SOBRES CON 4.5 g A 9 g	13-6550	A
COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR 500 U (SINÓNIMO: ACTIVIDAD DE DESVIACIÓN DEL INHIBIDOR DEL FACTOR VIII) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE, SET Y EQUIPO PARA INFUSIÓN	12-3995	A
COMPLEJO PROTEICO DE NEUROTOXINA (TOXINA BOTULÍNICA TIPO A) DE Clostridium botulinum 100 UNIDADES Ó 200 UNIDADES Ó 500 UNIDADES. FORMA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN PRODUCIDA POR LIOFILIZACIÓN O SECADO AL VACÍO. FRASCO AMPOLLA. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO	20-4657	A
CONCENTRADO DE COMPLEJO DE PROTROMBINA HUMANA (EXPRESADO COMO 500 A 600 UI DE FACTOR IX).	12-3820	A

CONCENTRADO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA

O

COMPLEJO DE PROTROMBINA HUMANA (EXPRESADO COMO 500 UI DE FACTOR IX). POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA

CORIOGONADOTROPINA ALFA 250 ug/0.5 mL (EQUIVALENTE A 6500 UI). DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL o

CORIOGONADOTROPINA ALFA 250 ug/0.5 mL (EQUIVALENTE A 6500 UI). DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE. SOLUCIÓN INYECTABLE. PLUMA PRECARGADA EN INYECTOR CON 0.5 mL

CREMA DE ROSAS 46-2500 A
FÓRMULA CREMA
TUBO CON 40 g A 60 g

CROTAMITON 10% (100mg/mL) 46-6570 A
LOCIÓN. USO TÓPICO.
FRASCO CON 60 mL

DACARBAZINA 200 mg 41-3375 A
POLVO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA DE 20mL CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO.

DACTINOMICINA 0.5 mg 41-3380 Z
EN POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

DANAZOL 200 mg 35-0440 A
CÁPSULAS

DAPSONA 100 mg 02-0450 A
TABLETAS

DARATUMUMAB 100 mg/5 mL (20 mg/mL) 41-3381 A
CONCENTRAD PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

DARUNAVIR 600 mg (COMO ETANOATO DE DARUNAVIR) 04-0495 A
TABLETAS RECUBIETAS

DARUNAVIR 800 mg (COMO ETANOLATO DE DARUNAVIR) Y COBICISTAT 150 mg 04-0497 A
COMPRIMIDO RECUBIERTO

DASATINIB 70 mg COMPRIMIDO RECUBIERTO	41-0451	Z
DASATINIB 100 mg TABLETA RECUBIERTA	41-0452	A
DEFERASIROX 500 mg TABLETAS DISPERSABLES	48-0455	A
DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO DE TUBERCULINA (MANTOUX) (PPD) 5 TU/0.1 mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA CON 1 mL O 1.5 mL	53-8320	A
DESMOPRESINA 60 ug (COMO ACETATO DE DESMOPRESINA) TABLETA SUBLINGUAL	38-0465	A
DEXAMETASONA 0.5 mg TABLETAS	34-0460	A
DEXAMETASONA FOSFATO AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA) CON NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO SULFATO DE NEOMICINA). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 ML O BETAMETASONA BASE AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO FOSFATO SÓDICO DE BETAMETASONA) CON NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 ML O MOXIFLOXACINO AL 0,5 % (5 MG / ML) (COMO CLORHIDRATO DE MOXIFLOXACINO) CON FOSFATO DE DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO FOSFATO DISÓDICO DE DEXAMETASONA). SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML O TOBRAMICINA AL 0,3 % (3 MG / ML) CON DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML). SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML O DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) Y NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO SULFATO DE NEOMICINA) Y SULFATO DE POLIMIXINA B 6000 UI. SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML	45-6610	A

DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/mL (COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	34-3420	A
DEXTRAN 40 AL 10% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA O ENVASE CON 500 mL	43-3430	A
DEXTRAN 70 AL 6% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA O ENVASE CON 500 mL	43-3440	A
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg TABLETAS	24-0470	A
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/ 5 mL JARABE FRASCO CON 110 mL A 120 mL	24-6640	A
DEXTROSA 5% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 50 mL	43-3450	A
DEXTROSA 5% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 100 mL	43-3460	A
DEXTROSA 5% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 250 mL	43-3470	A
DEXTROSA 5% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 500 mL	43-3480	A
DEXTROSA 5%. SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTES BOLSA LIBRE DE PVC Ó ENVASE DE VIDRIO CON 250 mL. CON EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN	43-3505	A

DEXTROSA 5% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 1000 mL	43-3490	A
DEXTROSA 10% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 250 mL	43-3500	A
DEXTROSA 10% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 1000 mL	43-3510	A
DEXTROSA AL 40 % (75 g DE DEXTROSA ANHIDRA/187,5 mL). SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 187,5 mL O DEXTROSA AL 40 % (37,5 g DE DEXTROSA ANHIDRA/93,75 mL). SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 93,75 mL	50-6650	A
DEXTROSA 50% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 50 mL	43-3530	A
DEXTROSA 50% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 1000 mL	43-3540	A
DEXTROSA 5% Y SODIO CLORURO 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 500 mL	43-3560	A
DEXTROSA 5% Y SODIO CLORURO 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 1000 mL	43-3570	A
DEXTROSA 5%, SODIO CLORURO 0.3%, POTASIO CLORURO 0.149 % SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA CON 250 mL	43-3578	A
DEXTROSA 5%, SODIO CLORURO 0.3%, POTASIO CLORURO 0.149%	43-3580	A

SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

DEXTROSA 1%, SODIO CLORURO 0.5%, POTASIO CLORURO 0.1% Y SODIO ACETATO 0.65% 43-3579 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 2 LITROS

DEXTROSA 2%, SODIO CLORURO 0.35%, POTASIO CLORURO 0.15% Y SODIO ACETATO 0.4082% 43-3590 A
(CONOCIDA COMO SOLUCIÓN PIZARRO O SOLUCIÓN 90)
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

DIATRIZOATO DE MEGLUMINA 66% (660mg/mL) y DIATRIZOATO DE SODIO 10% (100mg/mL) 52-6660 Z
SOLUCIÓN ORAL
ENVASE CON 30 mL

DIAZEPAM 5 mg 31-0480 A
TABLETAS RANURADAS

DIAZEPAM 10 mg 31-3630 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 2 ML

DIAZOXIDO 50 mg 39-0490 A
CÁPSULAS

DICLOFENACO SÓDICO 75 mg 14-3650 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 3 mL

DICLOFENACO SÓDICO 0.1% 45-6670 Z
SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL
FRASCO GOTERO CON 5 mL

DIENOGEST 2 mg 36-0515 Z
COMPRIMIDO RECUBIERTO

DIFENHIDRAMINA HIDROCLORURO 50 mg 25-0525 A
TABLETAS Ó CÁPSULAS

DIFENHIDRAMINA HIDROCLORURO 12.5 mg/ 5 mL 25-6680 A
JARABE
FRASCO CON 100 mL A 120 mL

DIGOXINA 0.25 mg TABLETA	07-0550	A
DIGOXINA 0.25 mg (250 ug) /mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL O 2 mL	07-3685	A
DIGOXINA 0.005 % (0.05mg/mL) ELIXIR FRASCO GOTERO CON 60 mL	07-6710	A
DIGOXINA 0.075% (0.75mg/mL) ELIXIR. SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 10 mL	07-6720	A
DIMENHIDRINATO 25 mg SUPOSITORIO 1 g	25-2520	A
DIMENHIDRINATO 50 mg TABLETAS	25-0560	A
DIMENHIDRINATO 100 mg SUPOSITORIO 2 g	25-2530	A
DIMENHIDRINATO 5% (50mg/mL) INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 mL	25-3690	A
DINOPROSTONA 2mg/2.5ml (3gramos) GEL VAGINAL. JERINGA PRECARGADA PARA APLICACIÓN VAGINAL Ó DINOPROSTONA 10 mg. SISTEMA DE LIBERACIÓN VAGINAL EN UN SOBRE DE ALUMINIO /POLIETILENO	37-2540	A
DOXORUBICINA CLORHIDRATO 2 mg/mL (50 mg/25 mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 25 mL.	41-3385	A
DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 MG (12,5 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 20 mL O DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 MG (25 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 10 mL O	06-3715	A

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 MG. EN POLVO
LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. CONCENTRADO PARA
INFUSIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA

O

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 MG (50 mg/mL).
SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN.
AMPOLLA CON 5 mL

O

DOBUTAMINA (COMO CLORHIDRATO) 250 MG (12.5 mg/mL).
SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN .
FRASCO AMPOLLA CON 20 mL.

DOCETAXEL ANHIDRO 20 mg/mL (COMO DOCETAXEL **41-4155** **A**
TRIHIDRATADO)
SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 1 mL

DOCETAXEL ANHIDRO 80 mg/4mL (COMO DOCETAXEL **41-4160** **A**
TRIHIDRATADO)
SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 4 mL

DOXORUBICINA CLORHIDRATO 2 mg/mL (50 mg/25 **41-3385** **HRE** **2A**
mL).
SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 25 mL.
PRESCRIPCIÓN POR HEMATOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE:
1. LINFOMA HODGKIN.
2. LINFOMA NO HODGKIN.
3. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

DOLUTEGRAVIR 50 mg (COMO DOLUTEGRAVIR SÓDICO) **04-0500** **A**
TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

DOLUTEGRAVIR 50 mg (COMO DOLUTEGRAVIR SÓDICO), **04-0505** **A**
LAMIVUDINA 300 mg, TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO
300 MG (EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg).
TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

DOPAMINA HIDROCLORURO 200 mg (40mg/mL) **06-3720** **A**
CONCENTRADO PARA INFUSIÓN INYECTABLE
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

DORZOLAMIDA AL 2 % (20 mg/mL) (COMO HIDROCLORURO DE DORZOLAMIDA). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 mL **O BRINZOLAMIDA AL 1 % (10 mg/mL).** SUSPENSIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 mL 45-6395 A

DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO HYCLATO DE DOXICICLINA) CÁPSULAS O TABLETAS O DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO DOXICICLINA MONOHIDRATO) CÁPSULAS 02-1640 A

DROPERIDOL 2.5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL 18-3725 A

EFAVIRENZ 600 mg TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) 04-0580 A

EFAVIRENZ 600 mg, EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg (EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg) TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) 04-0585 A

ELVITEGRAVIR 150 mg, COBICISTAT 150 mg, EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR ALAFENAMIDA 10 mg. TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) 04-0595 A

ELECTROLITOS ORALES, FÓRMULA (SINÓNIMO: SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL) POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL SOBRES CON 6.7 g 43-6760 A

ELEMENTOS TRAZA: FÓRMULA ADULTOS. (SINÓNIMO DE ELEMENTOS TRAZA: OLIGOELEMENTOS) SOLUCIÓN INYECTABLE 43-4360 A

ELEMENTOS TRAZA. INYECTABLE. FÓRMULA PEDIÁTRICA. (SINÓNIMO DE ELEMENTOS TRAZA: OLIGOELEMENTOS) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA 43-4361 A

EMULSIÓN DE LIPIDOS AL 20%. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 250 mL O EMULSIÓN DE LÍPIDOS AL 20%. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 500 mL	43-3740	A
ENALAPRIL MALEATO 5 mg TABLETAS	07-0610	A
ENALAPRIL MALEATO 20 mg TABLETAS	08-0267	A
ENOXAPARINA SÓDICA 40mg (4000 U.I.) /0.4mL SOLUCIÓN INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CON 0.4 mL	11-4085	A
ENOXAPARINA SÓDICA 80 mg (8.000 UI) / 0.8 mL SOLUCIÓN INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CON 0.8 mL	11-4095	A
EPINEFRINA BASE 1mg/mL (1:1000) (COMO EPINEFRINA HIDROCLORURO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL.	06-3750	A
HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 50 mg POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO DE 25 mL a 37 mL O HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 2 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE SIN PRESERVANTE FRASCO AMPOLLA DE POLIPROPILENO CON 25 mL O HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 2 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE SIN PRESERVANTE FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO TIPO I CON 25 mL	41-4950	A
EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg TABLETA RECUBIERTA. ENVASE	04-0600	A
EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000 UI/0.5 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL (DOSIS ÚNICA) O	13-3755	A

EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000 UI/1 mL.
 SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL
 (DOSIS ÚNICA) O
EPOETINA BETA (de origen ADN recombinante) 2000 UI / 0.3
mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3
 mL (DOSIS ÚNICA).
 SINÓNIMO DE EPOETINA ALFA: ERITROPOYETINA ALFA Y DE EPOETINA BETA:
 ERITROPOYETINA BETA

EPOETINA ALFA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.4 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA
 PRELLENADA CON 0.4 mL. DOSIS ÚNICA Ó
EPOETINA BETA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA
 PRELLENADA CON 0.3 mL. DOSIS ÚNICA

ERGOTAMINA TARTRATO 2 mg Ó ERGOTAMINA TARTRATO 1mg MÁS CAFEÍNA 100 mg 27-0620 A
 TABLETAS

ERLOTINIB 150 mg (COMO ERLOTINIB HIDROCLORURO) O GEFITINIB 250 mg. 41-1810 A
 TABLETAS RECUBIERTAS

ERTAPENEM BASE 1g (COMO ERTAPENEM SÓDICO) 02-3770 A
 POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO
 AMPOLLA.

ESPIRAMICINA 500 mg EQUIVALENTE A 1.500.000 U.I. 02-0640 A
 TABLETAS RECUBIERTAS O CÁPSULAS

ESPIRONOLACTONA 100 mg 09-0650 A
 TABLETAS

ESPONJA DE GELATINA ABSORBIBLE 12-6860 A
 TAMAÑO 100: 8 cm X 12.5 cm
 SOBRE

ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS YODADOS AL 38% P/P DEL ACEITE DE ADORMIDERA (AMAPOLA). 50-3765 Z
 SOLUCIÓN ACEITOSA INYECTABLE
 AMPOLLA CON 10 mL

ESTRADIOL VALERATO 10 mg/mL 36-3780 A
 SOLUCIÓN INYECTABLE
 AMPOLLA CON 1 MI

**ESTRADIOL VALERATO 2mg y ESTRADIOL VALERATO 2mg
CON NORGESTREL 0.5mg** 36-0200 A
TABLETAS RECUBIERTAS. CICLO CON 21 TABLETAS

ESTREPTOQUINASA 1.500.000 U.I. 11-3792 A
POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE

**ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.625 mg. TABLETA
RECUBIERTA O ESTRADIOL MICRONIZADO 1 mg. TABLETA
RECUBIERTA** 36-0660 A

**ESTROGENOS CONJUGADOS F.E.U. 0.625 mg/g Ó
ESTRÓGENOS ESTERIFICADOS F.E.U. 0.625 mg/g Ó
DIENESTROL 0.01% (0.1 mg/g) Ó ESTRADIOL 0.01% (0.1 mg/g)
Ó ESTRÓGENOS A CONJUGADOS SINTÉTICOS 0.625 mg/g.** 47-2550 A
CREMA VAGINAL
TUBO CON 40 g A 45 g

ETAMBUTOL HIDROCLORURO 400 mg 03-0670 A
TABLETAS RECUBIERTAS

ETIONAMIDA 250 mg 03-0690 A
TABLETAS

ETONOGESTREL MICRONIZADO 68 mg 36-6730 A
IMPLANTE SUB-DÉRMICO. UNIDOSIS

ETOPÓSIDO 20 mg/mL 41-3795 A
(SINÓNIMO VP-16 Ó VP-213)
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

EXEMESTANO 25 mg 41-0360 A
TABLETA RECUBIERTA

FACTOR VIIa (rFVIIa) RECOMBINANTE 2 mg (100 KUI). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. PARA DOSIS ÚNICA. CON DILUENTE ADJUNTO. EN AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA PARA DOSIS ÚNICA Ó	12-3985	A
FACTOR VIIa (rFVIIa) RECOMBINANTE 2 mg (100 KUI). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. PARA DOSIS ÚNICA. CON DILUENTE ADJUNTO. EN JERINGA PRELLENADA PARA DOSIS ÚNICA		
FACTOR VIII (OCHO) (FACTOR ANTIHEMOFÍLICO HUMANO) 250 A 300 UNIDADES Y FACTOR DE VON WILLEBRAND (HUMANO) 100 UI A 300 UI	12-3990	A
POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE Y EQUIPO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 MI		
FACTOR VIII (OCHO) (FACTOR ANTIHEMOFÍLICO HUMANO) 500 A 600 U.I.	12-4000	A
POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE Y EQUIPO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL Ó 20 mL.		
FACTOR IX HUMANO DE COAGULACIÓN. 500 UI. POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN FRASCO AMPOLLA CON 5 MI. CON EQUIPO PARA INYECCIÓN Ó	12-3835	A
FACTOR IX HUMANO DE COAGULACIÓN. 600 UI. POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. CON EQUIPO PARA INYECCIÓN		
FAMOTIDINA 40 mg	32-0695	A
TABLETAS Ó TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM		
FENAZOPIRIDINA HIDROCLORURO 100 mg	16-0700	A
TABLETAS RECUBIERTAS		
FENILEFRINA HIDROCLORURO 10% (100mg/mL)	45-6830	A
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL O 10 mL O 15 mL		
FENILEFRINA HIDROCLORURO 1%(10mg/ml)	06-3810	A
SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA CON 1mL		

FENITOÍNA (DIFENILHIDANTOINA SÓDICA) 50 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 5 mL	28-3680	A
FENITOÍNA (DIFENILHIDANTOINA BASE) 2.5% (125 mg/5mL) SUSPENSIÓN FRASCO 100 mL Ó 120 mL	28-6690	A
FENITOÍNA SÓDICA 100 mg (DIFENILHIDANTOINA SÓDICA) de ACCIÓN PROLONGADA. CÁPSULAS	28-0540	A
FENOBARBITAL 25 mg TABLETAS RANURADAS	28-0720	A
FENOBARBITAL 100 mg TABLETAS RANURADAS	28-0730	A
FENOBARBITAL SÓDICO 50 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	28-3830	A
FENOFIBRATO 250 mg CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA	13-1025	A
FENTANILO BASE 0.05 mg / mL (COMO CITRATO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL	17-3860	A
FEXOFENADINA HIDROCLORURO 120 mg (FILM COATED) TABLETAS RECUBIERTAS Ó EPINASTINA HIDROCLORURO 20 mg TABLETAS Ó CETIRIZINA HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) Ó DES Loratadina 5mg TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) Ó LORATADINA 10 mg TABLETAS.	25-1614	A
FILGRASTIM 300 ug/mL (30 x 10⁶UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 1 mL Ó FILGRASTIM 300 ug/mL (30 x 10⁶UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CON 1 mL Ó FILGRASTIM 300 ug/0.5 mL (30 x 10⁶UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL	41-3825	A
FINGOLIMOD 0.5 mg (COMO HIDROCLORURO DE FINGOLIMOD) CÁPSULA	41-0108	A

FITOMENADIONA 10 mg/mL INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	12-3880	A
FITOMENADIONA 1 mg/0.5 Ó 1 mg/1mL Ó FITOMENADIONA 2mg/0.2 mL. INYECTABLE AMPOLLA	12-3870	A
FLUCONAZOL 2mg/mL EN SOLUCIÓN INYECTABLE ISO-OSMÓTICA DILUIDA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%. FRASCO AMPOLLA CON 100 mL	04-3885	A
FLUCONAZOL 200 mg CÁPSULAS O TABLETAS	04-0760	A
FLUDROCORTISONA ACETATO 0.1 mg TABLETAS	34-0770	Z
FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 1 mL	30-3890	A
FLUMAZENIL 0.1 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL	48-3895	Z
FLUORESCEINA SÓDICA 2% (20mg/mL) SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 15 mL Ó FLUORESCEÍNA SÓDICA 1 mg. CINTAS ESTÉRILES PARA USO OFTÁLMICO.	53-6840	A
FLUORESCEINA SÓDICA 25 % (250 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 2 mL Ó FRASCO AMPOLLA CON 2 mL Ó FLUORESCEÍNA SÓDICA AL 10% (100 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL Ó FRASCO AMPOLLA CON 5 mL	53-3910	Z
FLUOROMETOLONA 0.1% (1mg/mL) ó FLUOROMETOLONA ACETATO 0.1 % (1mg/mL) SUSPENSIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO FRASCO-GOTERO CON 5 mL	45-7010	A
FLUOROURACILO 500 mg SOLUCIÓN INYECTABLE	41-3920	A

AMPOLLAS CON 10 mL (50 mg/mL) O 20 mL (25 mg/mL) O
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL (50 mg/mL) O CON 20 mL (25
mg/mL)

FLUOROURACILO 5 % (50mg/g) 46-2555 Z
CREMA
TUBO CON 20 g ó 25 g ó 40 g.

FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO. 50-7088 A
GEL
ENVASE CON 450 mL A 500 mL

FLUOXETINA (COMO HIDROCLORURO) 20mg 29-0765 A
CÁPSULAS

FLUTAMIDA 250mg 41-0775 A
TABLETAS

FLUTICASONA PROPIONATO 250 ug/dosis 23-7015 A
SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN ORAL.
FRASCO PRESURIZADO CON 60 DOSIS

FOLINATO (COMO SAL CÁLCICA) 15 mg 50-0085 A
TABLETAS

FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 12ug/DOSIS. POLVO 23-7525 A
PARA INHALACIÓN ORAL CONTENIDO EN CÁPSULA PARA
AEROSOL. DISPOSITIVO INHALADOR AEROLIZADO. PARA 30
DOSIS O FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 12 ug/DOSIS.
POLVO PARA INHALACIÓN ORAL CONTENIDO EN CÁPSULA
PARA AEROSOL. DISPOSITIVO INHALADOR AEROLIZADO.
PARA 60 DOSIS O FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO
12ug/DOSIS. POLVO PARA INHALACIÓN ORAL. ENVASE
TURBOINHALADOR CON 60 DOSIS.

FÓRMULA ENTERAL CON NUTRIENTES COMPLEJOS 50-6862 Z
EXENTA DE PROTEINAS Y LIBRE DE AMINOÁCIDOS
APORTE CALÓRICO: 88-90% DE CARBOHIDRATOS, 10-12% DE
GRASA. VITAMINAS Y MINERALES
POLVO PARA DILUCIÓN
LATA CON 400 g A 456 g

FÓRMULA ENTERAL CON NUTRIENTES COMPLEJOS, 50-7187 Z
EXENTA DE PROTEINAS Y LIBRE DE AMINOÁCIDOS
APORTE CALÓRICO 45-60% DE CARBOHIDRATOS, 40-55% GRASA.
VITAMINAS Y MINERALES

POLVO PARA DILUCIÓN
LATA CON 400 g - 456 g

**FÓRMULA ENTERAL DE NUTRIENTES COMPLEJOS CON 50-7530 A
PROTEINA DE SOYA**

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: 10-12% DE PROTEÍNAS,
44-49% DE GRASA, 40-44% DE CARBOHIDRATOS, VITAMINAS Y
MINERALES.

POLVO PARA DILUCIÓN

ENVASE CON 400 g A 500 g Ó ENVASE CON 800 g A 1.000 g.
CONTIENE PONDERACIÓN.

**FÓRMULA ENTERAL DE NUTRIENTES COMPLEJOS 50-6900 Z
(INTACTOS, POLIMÉRICOS) PARA USO EN NIÑOS**

PREMATUROS . EN POLVO PARA DILUCIÓN.

ENVASE CON 400 g

**FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS DE CADENA 50-7235 Z
RAMIFICADA**

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: 39-46 % DE
CARBOHIDRATOS, 10-14% DE PROTEÍNAS, 42-48% DE GRASA, ,
VITAMINAS Y MINERALES

POLVO PARA DILUCIÓN

LATA DE 400 g – 456 g

**FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS DE CADENA 50-6861 Z
RAMIFICADA**

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: 55.6%-58% DE
CARBOHIDRATOS, 20%-24% DE PROTEÍNAS Y 19%-20.7% DE
GRASA. VITAMINAS Y MINERALES.

POLVO PARA DILUCIÓN

LATA CON 400 g – 456 g

FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE FENILALANINA 50-6845 Z

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: PROTEINA 11-14 %, GRASA
44-48% CARBOHIDRATOS 40-45% con VITAMINAS Y MINERALES

POLVO PARA DISOLUCIÓN

LATA CON 400 g – 456 g

FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE FENILALANINA 50-6863 Z

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: PROTEINA 21-33%, GRASA
18-20% CARBOHIDRATOS 57- 67% con VITAMINAS Y MINERALES.

POLVO PARA DILUCIÓN

LATA DE 400 g – 456 g

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA 50-6855 A

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A LOS CARBOHIDRATOS 50-6856 Z

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES HEPATÓPATAS 50-6857 Z

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES NEFRÓPATAS CRÓNICOS 50-6858 Z

FÓRMULA ENTERAL MODIFICADA DE AMINOÁCIDOS PARA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS CON ACIDEMIA PROPIÓNICA Ó METILMALÓNICA MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD. 50-6864 Z
PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO POR CADA 100 g DE POLVO:
40%-45% DE CARBOHIDRATO, 10-14% DE PROTEÍNA, 44%-48% DE GRASA, VITAMINAS, MINERALES Y OLIGOELEMENTOS.
POLVO PARA DILUCIÓN
ENVASE CON 400 g – 455 g

FÓRMULA ENTERAL MODIFICADA DE AMINOÁCIDOS PARA ALIMENTACIÓN DE PERSONAS CON ACIDEMIA PROPIÓNICA Ó METILMALÓNICA MAYORES DE 3 AÑOS DE EDAD. 50-6866 Z
PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO POR CADA 100 g DE POLVO:
55%-66% DE CARBOHIDRATO, 20-32% DE PROTEÍNA, 0%-20% DE GRASA, VITAMINAS, MINERALES Y OLIGOELEMENTOS.
POLVO PARA DILUCIÓN
ENVASE CON 400 g – 500 g

FÓRMULA MODIFICADA PARA ALIMENTACION DE LACTANTES 50-7240 Z

POLVO
LATA CON 400 g A 1000 g

FÓRMULA ENTERAL SEMIELEMENTAL CON NUTRIENTES 50-6850 A
HIDROLIZADOS PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE
MALABSORCIÓN INTESTINAL.
POLVO PARA DILUCIÓN
ENVASE CON 357 g

FÓRMULA NUTRICIONAL ELEMENTAL HIPOALERGÉNICA A 50-6865 A
BASE DE AMINOÁCIDOS
POLVO PARA DILUCIÓN
ENVASE CON 400 g

FORTIFICANTE DE LECHE MATERNA. 50-6859 Z
POLVO
SOBRE CON 0.90 g DE POLVO PARA DILUCIÓN EN LECHE
MATERNA

FOSFATOS DE POTASIO 43-3930 A
CONCENTRADO PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN.
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 15 MI

FOSFATOS NEUTROS 43-0780 Z
SACHETS 1 g O 1.2 g

FULVESTRANT 250 mg 41-3935 A
SOLUCIÓN INYECTABLE.
JERINGA PRELLENADA CON 5 mL (DOSIS ÚNICA)

FUROSEMIDA 5 mg 09-0785 Z
TABLETAS

FUROSEMIDA 20 mg (10 mg/mL) 09-3940 A
INYECTABLE
AMPOLLA CON 2 MI

FUROSEMIDA 40 mg 09-0790 A
TABLETAS

FUSIDATO SÓDICO 2% (20 mg/g). 46-2660 A
UNGÜENTO TÓPICO
TUBO CON 15 g

ÁCIDO GADOTÉRICO 279.32 mg/mL (0.5 mmol/mL) COMO COMPLEJO DE DOTA Y GADOLINIO EN FORMA DE GADOTERATO DE MEGLUMINA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA CON 15 mL O GADOBUTROL 604.72 mg/mL (EQUIVALENTE A 1.0 mmol DE GADOBUTROL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 7.5 mL 52-4905 A

GABAPENTINA 300 mg CÁPSULAS 28-0791 A

GANCICLOVIR BASE 500 mg (COMO GANCICLOVIR SÓDICO). POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA 04-4000 A

GEMCITABINA BASE 200 MG (COMO HIDROCLORURO) PARA INYECCIÓN. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO. 41-4952 A

GEMCITABINA BASE 1 g (COMO HIDROCLORURO DE GEMCITABINA). POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA 41-4951 A

GEMFIBROZIL 600 mg TABLETAS RECUBIERTAS 13-0795 A

GENTAMICINA 0.3% (3 mg/mL) (COMO GENTAMICINA SULFATO) SOLUCIÓN OFTÁLMICA. FRASCO GOTERO CON 5 mL 45-7100 A

GENTAMICINA BASE 40 mg/mL (COMO SULFATO DE GENTAMICINA) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 2 mL 02-3970 A

GLIBENCLAMIDA 5mg (NO MICRONIZADA) TABLETA RANURADA	39-0800	A
GLICLAZIDA 80 mg TABLETA	39-0805	A
GLICEROL (GLICERINA) DE 1 g A 1.5 g SUPOSITORIO	33-2560	A
GLICEROL (GLICERINA) DE 2 g A 2.6 g SUPOSITORIO	33-2570	A
GONADORELINA 100 ug (HIDROCLORURO O ACETATO) POLVO Ó SOLUCIÓN. INYECTABLE AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA	53-4210	Z
GONADOTROFINA CORIÓNICA 1000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 mL Ó GONADOTROFINA CORIÓNICA 10.000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. AMPOLLA DE 1 mL Ó GONADOTROFINA CORIÓNICA 5.000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL Ó 2 mL.	38-4045	Z
GOSERELINA 3.6 mg (COMO ACETATO DE GOSERELINA) IMPLANTE ESTÉRIL DE DEPÓSITO DE LIBERACION DE ACCIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN JERINGA PRELLENADA. DOSIS ÚNICA	38-4365	A
GOTAS ÓTICAS PARA SUAVIZAR CERÚMEN FÓRMULA. SOLUCIÓN ÓTICA FRASCO GOTERO 30 mL	51-6910	A
GRÁNULOS EFERVESCENTES PARA USO ORAL. FÓRMULA. ENVASE O AMPOLLA CON 3 g O 3.5 g	52-6920	A
GRISEOFULVINA 125 mg/ 5 MI SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 MI	04-6930	A

HALOPERIDOL 0.2% (2mg/MI) SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 15 MI	30-6940	A
HALOPERIDOL 5 mg TABLETA	30-0830	A
HALOPERIDOL 5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	30-4060	A
HEPARINA SÓDICA 1.000 U.I EN 1MI SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 MI Ó 10 MI	11-4070	A
HEPARINA SÓDICA 5.000 U.I / 1mL INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL	11-4080	A
HIALURONATO DE SODIO 10 mg/MI (1.0%). SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL. JERINGA PRELLENADA CON 0.40 mL ó 0.55 mL ó 0.85 mL DE SOLUCIÓN O HIALURONATO DE SODIO 12 mg/mL (1.2%). SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL. JERINGA PRELLENADA CON 0.50 mL Ó 0.80 mL DE SOLUCIÓN.	45-4103	A
HIALURONATO DE SODIO 30 mg/mL MÁS CONDROITÍN SULFATO DE SODIO 40 mg/mL SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL Ó 0.75 mL DE SOLUCIÓN, ACOMPAÑADA DE CÁNULA ESTÉRIL DESCARTABLE	45-7204	A
HIALURONIDASA 150 U.I. F.E.U. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA DE 1 mL. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO	45-4105	A
HIDRALAZINA HIDROCLORURO 20 mg SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL Ó POLVO LIOFILIZADO. AMPOLLA CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO	08-4090	A
HIDRALAZINA HIDROCLORURO 50 mg TABLETAS	08-0840	A
HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TABLETAS RANURADAS	08-0850	A

HIDROCORTISONA 0.5% (0.5 g/100 mL) LOCIÓN TÓPICA ENVASE CON 15 mL	46-7050	A
HIDROCORTISONA 5 mg TABLETAS	34-0859	A
HIDROCORTISONA 20 mg TABLETAS	34-0860	A
HIDROCORTISONA BASE 0.25% (2.5mg/g) Ó HIDROCORTISONA BASE 0.25% (2.5mg/g) (COMO ACETATO DE HIDROCORTISONA). CREMA TÓPICA TUBO DE 15 g	46-2610	A
HIDROCORTISONA BASE 1% (10 mg/g). CREMA TÓPICA. TUBO COM 15 mL O HIDROCORTISONA BASE 1% (10 mg/g) (COMO ACETATO DE HIDROCORTISONA). CREMA TÓPICA. TUBO COM 15 g)	46-2620	A
HIDROCORTISONA BASE 100 mg (COMO SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA). POLVO PARA INYECCIÓN. NO CONTIENE PRESERVANTES. FRASCO AMPOLLA DE 2 mL A 8 mL CON O SIN DILUENTE ADJUNTO.	34-4100	A
HIDROXICARBAMIDA 500 mg CÁPSULA	41-0865	A
HIDROXICLOROQUINA BASE 310 mg EQUIVALENTE A 400 mg DE SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA) TABLETAS RECUBIERTAS	01-0880	A
HIDRÓXIDO FERRICO POLIMALTOSATO (50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/mL. SOLUCIÓN ORAL Ó COMPLEJO DE HIERRO POLISACÁRIDO (50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/mL. ELÍXIR FRASCO GOTERO CON 30 mL	13-7080	A
HIDROXIZINA HIDROCLORURO 10 mg/5 mL. JARABE. FRASCO CON 180 mL Ó 200 mL ó HIDROXIZINA PAMOATO 10 mg/ 5 mL** (**CORRESPONDE AL CLORHIDRATO DE	25-7060	A

HIDROXIZINA). SUSPENSIÓN ORAL. FRASCO CON 180 mL Ó
200 mL
(SINÓNIMO: HIDROXIZINA BICLORHIDRATO)

HIDROXIZINA HIDROCLORURO 25 mg Ó HIDROXIZINA 25-0875 A
PAMOATO 25 mg
(SINÓNIMO: HIDROXIZINA BICLORHIDRATO)
TABLETA CON Ó SIN RANURA, CON Ó SIN RECUBRIMIENTO

HIERRO (DEXTRANO O POLIMALTOSADO) EQUIVALENTE A 13-4110 A
50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/ mL
INYECTABLE. NO CONTIENE PRESERVANTES
FRASCO AMPOLLA CON 2 mL Ó AMPOLLA CON 2 mL.

HIERRO FUMARATO 200 mg 13-0910 A
TABLETAS

BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10 mg 21-0920 A
(SINÓNIMO: BROMURO DE HIOSCINA DE N-BUTIL O BROMURO DE
BUTILESCOPOLAMINA)
TABLETAS RECUBIERTAS

HIOSCINA BUTILBROMURO DE 20 mg 21-4120 A
(SINÓNIMO: BROMURO DE HIOSCINA DE N-BUTIL O BROMURO DE
BUTILESCOPOLAMINA)
SOLUCIÓN INYECTABLE.
AMPOLLA CON 1 mL

HIPROMELOSA AL 0,5% (5 mg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL 45-7200 A
PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE (CLORURO DE
BENZALCONIO), FRASCO GOTERO CON 10 mL o 15 mL, O
HIPROMELOSA AL 0,3% (3 mg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL
PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO GOTERO CON 10 mL o 15 mL,
O
CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA AL 0,5% (5 mg / mL).
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO
GOTERO CON 15 mL O 30 mL.

HIPROMELOSA 2906 al 2.5% (25 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL 45-7202 A
PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE (CLORURO DE
BENZALCONIO AL 0.01%). FRASCO GOTERO CON 15 mL O
HIPROMELOSA 0.3% (3 mg/g). GEL ESTÉRIL PARA USO
OFTÁLMICO. TUBO CON 10 g O

**POLIETILENGLICOL 400 AL 0.4% (4.0 mg/mL) Y
 PROPILENGLICOL AL 0.3% (3.0 mg/mL). SOLUCIÓN
 OFTÁLMICA. FRASCO GOTERO CON 15 MI O
 ÁCIDO POLIACRÍLICO 0.2% (2 mg/g). GEL OFTÁLMICO
 ESTÉRIL. TUBO OFTÁLMICO CON 10 g.**

*SINÓNIMO DE HIPROMELOSA: HIDROXIPROPILMETILCELULOSA
 SINÓNIMO DE ÁCIDO POLIACRÍLICO: CARBOMER 940.*

IBUPROFENO 100 mg/ 5 mL 16-7085 A
 SUSPENSIÓN ORAL
 FRASCO CON 50 mL o 60 mL

IBUPROFENO 400 mg 14-0930 A
 TABLETAS RECUBIERTAS

IDARUBICINA HIDROCLORURO 5 mg 41-4121 A
 INYECTABLE. POLVO LIOFILIZADO.
 FRASCO AMPOLLA

IFOSFAMIDA 1 g O 2 g 41-4123 A
 POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN CON Ó SIN DILUENTE
 FRASCO AMPOLLA

IMATINIB 400 mg (COMO MESILATO) 41-0935 A
 TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

IMIPRAMINA HIDROCLORURO 10 mg 29-0940 A
 TABLETAS RECUBIERTAS

IMIPRAMINA HIDROCLORURO 25 mg 29-0950 A
 TABLETAS RECUBIERTAS

INDOMETACINA 25 mg 14-0960 A
 CÁPSULAS

INDOMETACINA 100 mg 14-2640 A
 SUPOSITORIOS

INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B (HUMANA) 200 U./mL 44-4033 A
 SOLUCIÓN INYECTABLE
 FRASCO AMPOLLA CON 1 mL A 5 mL

INMUNOGLOBULINA I.V. 2,5 g (50 mg/mL) (DE PROTEÍNA) 44-4035 A
 INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA CON 50 mL O

INMUNOGLOBULINA I.V. 5,0 G (50 MG/ML) (DE PROTEÍNA).
 INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA CON 100 mL O

INMUNOGLOBULINA IV 2,5 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE.
 POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O

INMUNOGLOBULINA IV 3,0 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE.
 POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O

INMUNOGLOBULINA IV 6,0 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE.
 POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O

INMUNOGLOBULINA IV 2,5 g (DE PROTEÍNA) / 25 mL.
 INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA CON 25 mL O

INMUNOGLOBULINA IV 5,0 g (DE PROTEÍNA) / 50 mL.
 INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV.
 FRASCO AMPOLLA CON 50 mL

INMUNOGLOBULINA LINFOCÍTICA (GLOBULINA ANTITIMOCÍTICA EQUINA) 50 mg/mL 41-4036 Z
 SOLUCIÓN INYECTABLE
 AMPOLLA CON 5 mL

INMUNOGLOBULINA DE CONEJO ANTITIMOCITOS HUMANOS 25 mg 41-4037 Z
 POLVO PARA SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN
 FRASCO AMPOLLA

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de PROTEÍNA 44-3980 A
 SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA
 CON 1 Ó 2 mL O

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de PROTEÍNA.
 SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. JERINGA
 PRELLENADA CON 1 mL O

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de PROTEÍNA.
 POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO
 AMPOLLA, CON DILUENTE ADJUNTO

INMUNOGLOBULINA TETANICA (HUMANA) 250 U.I. 44-4030 A
 SOLUCIÓN INYECTABLE.
 FRASCO AMPOLLA CON 1 A 5mL Ó JERINGA PRELLENADA
 CON 1 mL.

INMUNOGLOBULINA –VARICELA ZOSTER (HUMANA) 125 U.I./mL 44-4034 A
 SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

INSULINA GLARGINA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) DE ACCIÓN PROLONGADA EQUIVALENTE A 100 U/ mL DE INSULINA HUMANA. 39-4151 A

SOLUCIÓN INYECTABLE
DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO PLUMA PRELLENADA NO RECARGABLE CON 3 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE. PARA DOSIS MÚLTIPLES.

INSULINA GLARGINA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) DE ACCIÓN PROLONGADA EQUIVALENTE A 100 U/mL DE INSULINA HUMANA. 39-4153 A

SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL

INSULINA HUMANA CRISTALINA BIOSINTÉTICA 100 U.I./ mL 39-4150 A

SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

INSULINA HUMANA ISOFANA BIOSINTÉTICA DE ACCIÓN INTERMEDIA 100 U.I/ ML 39-4145 A

SUSPENSIÓN ESTÉRIL.
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

INSULINA LISPRO (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 100 U/mL 39-4152 A

SOLUCIÓN INYECTABLE
DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO PLUMA PRELLENADA NO RECARGABLE CON 3 mL. PARA DOSIS MÚLTIPLES.

INTERFERÓN ALFA-2b RECOMBINANTE 10.000.000 U.I. 41-4132 Z

POLVO LIOFILIZADO O SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 30 ug (6 millones de UI)/0.5 mL 41-4130 A

SOLUCIÓN INYECTABLE
JERINGA PRELLENADA DE 1 mL

INTERFERÓN BETA-1b DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 0,25 MG (8 MILLONES DE UI) / mL). 41-4134 A

CON POLVO LIOFILIZADO.
EXCIPIENTES (ALBÚMINA Y MANITOL). FRASCO AMPOLLA
JERINGA PRECARGADA CON DILUYENTE PARA USO PARENTERAL CONTIENE SOLUCIÓN AL 0,54 % DE CLORURO SÓDICO 1,2 mL

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 22 41-4135 Z
ug (6 millones U.I) / 0.5 mL
SOLUCIÓN INYECTABLE
JERINGA PRELLENADA DE 1 mL

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 44 41-4136 Z
ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.
JERINGA PRELLENADA DE 1 mL. O

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 44
ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.
JERINGA PRELLENADA DE 1 mL. O

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE, 44
ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.
CARTUCHO DE VIDRIO PRELLENADO CON 1.5 mL DE
SOLUCIÓN INYECTABLE PARA SER INSERTADO EN UN AUTO-
INYECTOR. PARA DOSIS MÚLTIPLE (TRES DOSIS).

IOHEXOL AL 64.7% (CONTIENE 300mg/mL DE YODO UNIDO 52-4163 A
ORGÁNICAMENTE /mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA CON 50 mL O

IOPAMIDOL al 61% (CONTIENE 300mg DE YODO UNIDO
ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA CON 50 mL O

IOVERSOL AL 68% (CONTIENE 320mg/mL DE YODO UNIDO
ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA CON 50 mL O

IOHEXOL AL 64.7%. (CONTIENE 300 mg DE YODO UNIDO
ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCION INYECTABLE. FRASCO
CON 50 mL.

IOBENGUANO (¹³¹I) 5 mL DE SOLUCIÓN ESTÉRIL. 52-4976 Z
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 15 mL QUE CONTIENE 5
mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE CON 46.25 MBq (1.25 mCi)
(9.25 MBq/mL [0.25 mCi/mL]) a 55.5 MBq (1.5 mCi) (11.1
MBq/mL (0.31 mCi/mL)) (CORRESPONDIENTE A
RADIOACTIVIDAD CALIBRADA EN LA FECHA Y HORA DE
CALIBRACIÓN.)
PRESENTACIÓN MONODOSIS. SUSTANCIA RADIATIVA

IRBESARTAN 150 mg. TABLETA RECUBIERTA O 08-1103 A
IRBESARTÁN 150 MG. TABLETA

IRINOTECAN HIDROCLORURO 20 mg/mL (COMO SAL 41-4845 A
TRIHIDRATADA)
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

ISONIAZIDA 300 mg TABLETAS	03-0990	A
ISONIAZIDA 100 mg TABLETA DISPERSABLE	03-0995	A
ISOSORBIDE DINITRATO 20 mg TABLETAS RANURADAS	10-1000	A
ISOTRETINOÍNA 10 mg CÁPSULA	42-1004	A
ITRACONAZOL 100 mg CÁPSULAS	04-1005	A
IVERMECTINA 6mg TABLETAS	01-1008	A
JALEA O GEL LUBRICANTE TUBOS DE 120 g A 142.5 g	50-2655	A
KETAMINA BASE 1% (10mg/mL) (COMO HIDROCLORURO DE KETAMINA) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20 MI	18-4165	A
KETOCONAZOL 200 mg TABLETAS	04-1010	A
LACTULOSA 3.3 g/5 mL . SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL O CON 200 mL O LACTULOSA 10 g/15 mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL O CON 200 mL O LACTULOSA 66.7 g/100 mL (LACTULOSA 3.335 g/5 mL). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 150 mL O LACTULOSA 10 g. EN POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL. SOBRE CON 10 g DE LACTULOSA O LACTULOSA 10 g / 15 mL (LACTULOSA 66.7 g/ 100 mL). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 200 mL O LACTULOSA 667 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 250 mL	33-7135	A
LAMIVUDINA 10 mg/mL.	04-7125	A

SOLUCIÓN ORAL
FRASCO DE POLIETILENO CON 240 MI

LAMIVUDINA 150 mg 04-1045 A
TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM

LAMOTRIGINA 25 mg. TABLETA DISPERSABLE O 28-1020 A
LAMOTRIGINA 25 MG. TABLETA MASTICABLE Y
DISPERSABLE

LAMOTRIGINA 100 mg. TABLETA DISPERSABLE O 28-1014 A
LAMOTRIGINA 100 MG. TABLETA MASTICABLE Y
DISPERSABLE.

LATANOPROST AL 0,005% (50 µg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL 45-4169 A
PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 2,5 mL O
LATANOPROST AL 0,005% (50 µg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL
PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 3 mL o
LATANOPROST 50 µg / mL. SOLUCIÓN OFTÁLMICA. FRASCO
GOTERO CON 2. 5 mL

LAXANTE PARA ENEMA. FÓRMULA 33-7220 A
TUBO DE PLÁSTICO CON 5 mL

L-CARNITINA 30%. 50-7130 Z
SOLUCIÓN ORAL.
FRASCO CON 10 mL Ó 60 mL Ó 100 mL

LEFLUNOMIDA 20 mg 14-1016 A
TABLETA RECUBIERTA

LEUCOVORINA 50 mg. (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). 50-3070 A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA
O
LEUCOVORINA 50 mg / 4 mL (COMO LEUCOVORINA
CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA CON 4 mL

O
LEUCOVORINA 50 mg / 5 mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

O
LEUCOVORINA 50 mg / 5 mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL

O
LEUCOVORINA 10 mg / mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL
SINÓNIMO LEUCOVORINA: ÁCIDO FOLÍNICO
SINÓNIMO FOLINATO CÁLCICO: LEUCOVORINA CÁLCICA (C₂₀H₂₁CaN₇O₇),
CORRESPONDE A LA SAL CÁLCICA DEL ÁCIDO FOLÍNICO

ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 MG. PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE DE LIBERACIÓN EXTENDIDA. MICROESFERAS LIOFILIZADAS ESTÉRILES EN FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE ADJUNTO EN AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA O ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 MG. PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE DE LIBERACIÓN EXTENDIDA. MICROESFERAS LIOFILIZADAS ESTÉRILES EN JERINGA PRELLENADA DE DOBLE CÁMARA O ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 MG. POLVO LIOFILIZADO CONTIENE MICROESFERAS PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON 1,5 ML DE DILUENTE EN AMPOLLA. 38-4238 Z

SINÓNIMO: ACETATO DE LEUPROLIDA

ACETATO DE LEUPRORELINA 11,25 MG DE DEPÓSITO. POLVO LIOFILIZADO EN FORMA DE MICROESFERAS LIOFILIZADAS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON DOS CÁMARAS 38-4335 A

O
ACETATO DE LEUPRORELINA 11,25 MG DE DEPÓSITO. POLVO LIOFILIZADO EN FORMA DE MICROESFERAS LIOFILIZADAS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON DISOLVENTE ADJUNTO

O
GOSERELINA 10,8 MG (COMO ACETATO DE GOSERELINA). IMPLANTE ESTÉRIL DE DEPÓSITO DE ACCIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN.
JERINGA PRELLENADA. DOSIS ÚNICA

SINÓNIMO: ACETATO DE LEUPRORELINA O ACETATO DE LEUPROLIDA.

LEVOBUPIVACAÍNA BASE 0.5% (5 mg/mL) (COMO 19-3241 A
HIDROCLORURO)
SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE
AMPOLLA CON 10 mL.

LEVODOPA 100mg y CARBIDOPA ANHIDRA 25 mg(COMO 26-1050 A
CARBIDOPA MONOHIDRATO)
TABLETA

LEVODOPA 200 mg y CARBIDOPA ANHIDRA 50 mg (COMO 26-1055 A
CARBIDOPA MONOHIDRATO).
TABLETAS DE LIBERACIÓN SOSTENIDA

LEVOFLOXACINO 5mg/mL (COMO LEVOFLOXACINO 02-4168 A
HEMIDRATO)
SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE
BOLSA O FRASCO AMOLLA CON 100 mL

LEVOFLOXACINO BASE 500 MG (COMO LEVOFLOXACINO 02-0650 Z
HEMIHIDATO)
TABLETA RECUBIERTA

LEVOMEPRMAZINA BASE 25mg (COMO MALEATO DE 30-1060 A
LEVOMEPRMAZINA)
TABLETAS

LEVONORGESTREL 1.5 mg 36-1245 A
TABLETA

LEVOTIROXINA SÓDICA 0.025 mg 40-1070 Z
TABLETA

LEVOTIROXINA SÓDICA 0.10 mg 40-1080 A
TABLETA

LIDOCAÍNA 10% (100mg/mL) 19-7140 A
SOLUCIÓN TÓPICA EN AEROSOL

FRASCO CON 50 mL A 115 mL

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/g) 19-2650 A
JALEA
TUBO CON 30 g

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) 19-4185 A
SIN PRESERVANTE
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL Ó FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) 19-4190 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 20 mL CON PRESERVANTE

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% p/p (20 mg/g) Y CLORHEXIDINA DIHIDROCLORURO 0.05% p/p (0.5 mg/g). 19-2651 A
GEL HIDROSOLUBLE ESTÉRIL. DOSIS ÚNICA PARA INSTILACIÓN DE 10 mL EN URETRA. ENVASE CON 12.5 g DE GEL HIDROSOLUBLE Ó
LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% p/p (20 mg/g) Y CLORHEXIDINA GLUCONATO 0.05% p/p (0.5 mg/g).
GEL HIDROSOLUBLE ESTÉRIL. DOSIS ÚNICA PARA INSTILACIÓN EN URETRA. JERINGA PRELLENADA CON 11 mL DE GEL HIDROSOLUBLE.

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) CON EPINEFRINA AL 1: 80.000 Ó CON EPINEFRINA AL 1:100.000 O LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2,46%(24,6mg/ml) CON EPINEFRINA AL 1: 80.000 Ó CON EPINEFRINA al 1:100.000 19-4170 A
INYECTABLE
CARTUCHO VIDRIO CON 1.8 mL. CON O SIN PRESERVANTE

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20 mg/mL) CON EPINEFRINA 1:200.000 Ó 1:100.000. 19-4175 A
SOLUCIÓN INYECTABLE.
CON PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL O
LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2% (20 mg/mL) CON EPINEFRINA 1:200.000 (COMO BITARTRATO DE EPINEFRINA).
SOLUCION INYECTABLE. CON PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL.

LINEZOLID 600 MG. TABLETA RECUBIERTA	02-0700	A
LINEZOLID 600 mg / 300 mL (2 mg / mL). SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. BOLSA DE POLIOLEFINA CON 300 ML.	02-4200	A
LIOTIRONINA SÓDICA 75 ug TABLETAS O CÁPSULAS	40-1085	Z
LITIO CARBONATO 300 mg TABLETAS	30-1090	A
LOPERAMIDA HIDROCLORURO 2 mg CÁPSULAS O TABLETAS RECUBIERTAS	33-1095	A
LOPINAVIR 80mg/mL CON RITONAVIR 20mg/mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO CON 160 mL	04-6780	Z
LORATADINA 5 mg/5 MI. JARABE. ENVASE CON 60 mL o LORATADINA 5 mg/5 mL. JARABE. ENVASE CON 100 mL	25-7145	A
LORAZEPAM 2 mg TABLETAS	31-1100	A
LOVASTATINA 20 mg TABLETAS	13-1105	A
MAGNESIO HIDRÓXIDO F.E.U 7.0% A 8.5% FÓRMULA. SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 A 180 mL	33-7180	A
MAGNESIO SULFATO AL 20 % (200mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 10 mL	43-4220	A
MANITOL 20% (200mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 250 mL Ó MANITOL 25% (250mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 50 mL.	09-4230	A

MEBROFENINA POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	52-4961	Z
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 mg TABLETAS RANURADAS	36-1120	A
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 mg SUSPENSIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 1 mL A 3 mL O AMPOLLA CON 1 mL Ó JERINGA PRELLENADA CON 1 mL	36-4250	A
MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 85 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE (Sb⁺⁵) O MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 81 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE (Sb⁺⁵) O ESTIBOGLUCONATO SÓDICO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 100 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE) (Sb⁺⁵). SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL	01-3180	A
MELFALÁN 2 mg TABLETAS RECUBIERTAS	41-1130	A
MELFALÁN 50 mg (COMO HIDROCLORURO) POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE ADJUNTO	41-3400	A
MENOTROPINAS (75 UI DE ACTIVIDAD DE HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y 75 UI DE ACTIVIDAD DE HORMONA LUTEINIZANTE) POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE .INYECTABLE AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA	38-4050	A
MEPIVACAÍNA HIDROCLORURO 3% (30mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE, SIN VASOCONSTRUCTOR CARTUCHO VIDRIO CON 1.8 mL	19-4172	A
MERCAPTOPURINA 50 mg TABLETAS	41-1140	A

MEROPENEM ANHIDRO 500 mg (COMO TRIHIDRATO DE MEROPENEM) CON 100mg Ó 104 mg DE CARBONATO DE SODIO ANHIDRO.	02-4124	A
POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA		
MESNA 100 mg/mL	50-4265	A
SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 4 mL		
MESALAZINA 500 MG TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (O SOSTENIDA O EXTENDIDA)	32-1182	A
<i>(SINÓNIMO: MESALAMINA)</i>		
MESALAZINA 1 GRAMO	32-7212	A
SUPOSITORIO <i>(SINÓNIMO: MESALAMINA)</i>		
METADONA HIDROCLORURO 5mg	17-1155	A
TABLETA		
METADONA HIDROCLORURO 10 mg	17-4268	A
SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL O 2 mL		
METAMIZOL SÓDICO 500 mg/mL Ó METAMIZOL MAGNÉSICO 400 mg/mL	16-3655	A
[SINÓNIMO: DIPIRONA] SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL		
METFORMINA HIDROCLORURO 500 mg	39-0900	A
TABLETA CON O SIN RECUBIERTA (FILM COATED)		
METOXALENO 10 mg CÁPSULA O METOXALENO 10 mg TABLETA.	46-2750	Z
METILDOPA 250 mg	08-1030	A
TABLETAS RECUBIERTAS		
METILDOPA 500 mg	08-1040	A
TABLETAS RECUBIERTAS		

METILERGOMETRINA MALEATO 0.2 mg INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	37-4280	A
METILFENIDATO HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS	17-1160	A
METILPREDNISOLONA BASE 500 mg (COMO SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA) POLVO PARA INYECCIÓN CON DILUENTE, CON PRESERVANTE FRASCO AMPOLLA DE 8 A 14 MI	34-4290	A
METOCLOPRAMIDA BASE 10 mg (COMO HIDROCLORURO DE METOCLOPRAMIDA) TABLETAS	32-1180	A
METOCLOPRAMIDA HIDROCLORURO 10 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL	32-4300	A
METOTREXATO 2.5mg (COMO METOTREXATO BASE) Ó METOTREXATO (SÓDICO) 2.5 mg TABLETAS	41-0150	A
METOTREXATO BASE 50mg (COMO METOTREXATO SÓDICO) SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE FRASCO AMPOLLA CON 2 mL Ó 5 mL	41-3100	A
METOTREXATO 1000 mg/10 mL (100 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.	41-4305	A
METRONIDAZOL 500 mg TABLETAS	01-1192	A
METRONIDAZOL 500 mg SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN BOLSA PVC Ó POLIETILENO ATÓXICO CON 100 mL (5 mg/mL) Ó FRASCO AMPOLLA VIDRIO Ó POLIETILENO ATÓXICO o POLIPROPILENO CON 100 mL (5 mg/mL)	02-4313	A

METRONIDAZOL BASE 125 mg/ 5 mL (COMO METRONIDAZOL BENZOILO) SUSPENSIÓN ORAL ENVASE CON 120 mL	01-7210	A
METRONIDAZOL BASE 0.75% (7.5 mg/g) GEL TUBO CON 30 g	46-2665	Z
MICOFENOLATO DE MOFETILO 250 mg CÁPSULA	41-0043	A
MIDAZOLAM 5 mg/mL BASE (COMO HIDROCLORURO DE MIDAZOLAM) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 3 mL	31-4315	A
MIDAZOLAM 15 mg TABLETAS CON FILM	31-1150	Z
MITOMICINA 5 mg. POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA O MITOMICINA 20 mg. POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	41-4310	A
MONTELUKAST 4 mg (COMO MONTELUKAST SÓDICO) TABLETA MASTICABLE	23-1046	Z
MONTELUKAST 5 mg (COMO MONTELUKAST SÓDICO) TABLETAS MASTICABLES	23-1044	A
MONTELUKAST 10 mg (COMO MONTELUKAST SÓDICO) TABLETA RECUBIERTA	23-1043	A
MORFINA SULFATO 20 mg ACCIÓN INMEDIATA TABLETAS	17-1194	A
MORFINA SULFATO 20 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 20 ML O FRASCO CON GOTERO INCORPORADO CON 20 mL O MORFINA SULFATO 2 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL	17-7215	A

MORFINA SULFATO 30 mg ACCIÓN PROLONGADA.
TABLETAS O CÁPSULAS

17-1191 A

MORFINA SULFATO PENTAHIDRATO 15 mg O	17-4320	A
MORFINA SULFATO ANHIDRA 15 mg O		
MORFINA HIDROCLORURO ANHIDRA 15 mg O		
MORFINA HIDROCLORURO TRIHIDRATO 15 mg O		
MORFINA SULFATO PENTAHIDRATO 10 mg O		
MORFINA SULFATO ANHIDRA 10 mg O		
MORFINA HIDROCLORURO ANHIDRA 10 mg O		
MORFINA HIDROCLORURO TRIHIDRATO 10 mg		
SOLUCIÓN ESTÉRIL EN AGUA PARA INYECCIÓN. AMPOLLA CON 1 ML		
MULTIVITAMINAS I.V.	42-4850	A
FÓRMULA INYECTABLE. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA, CON Ó SIN DILUENTE.		
MULTIVITAMINAS I.V.	42-4851	A
FÓRMULA PEDIÁTRICA		
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE (AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN) EN AMPOLLA		
NALOXONA HIDROCLORURO 0.4 mg/mL	48-4330	A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 1 mL Ó 2 ML		
NEOMICINA BASE 250 mg A 350 mg (COMO SULFATO DE NEOMICINA)	02-1195	A
CÁPSULAS Ó TABLETAS		
NEOSTIGMINA BROMURO 15 mg	22-1200	A
TABLETAS		
NEOSTIGMINA METILSULFATO 0.5 mg/mL	22-4340	A
SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL		
NILOTINIB 150 mg (COMO CLORHIDRATO DE NILOTINIB MONOHIDRATO)	41-0172	A
CÁPSULA		
NILOTINIB 200 mg (COMO CLORHIDRATO DE NILOTINIB MONOHIDRATO)	41-0068	A
CÁPSULA		

NIMODIPINO 30 mg COMPRIMIDOS LAQUEADOS	10-1125	Z
NISTATINA 100.000 U/ mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 30 mL CON GOTERO INCLUIDO	04-7260	A
NITROFURANTOÍNA 25 mg / 5 mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 mL	05-7280	A
NITROFURANTOÍNA (MACROCRISTALES) 50 mg Ó 100 mg CÁPSULAS	05-1230	A
NITROGLICERINA 0.5 mg A 0.6 mg. TABLETAS SUBLINGUALES O NITROGLICERINA 0.4 mg/dosis. SOLUCIÓN LINGUAL EN AEROSOL. FRASCO	10-0810	A
NITROGLICERINA 5 mg/mL. FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 10 mL Ó NITROGLICERINA 1 mg/mL. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL SOLUCIÓN INYECTABLE	10-4345	A
NITROPRUSIATO DE SODIO DIHIDRATO 50 mg. POLVO PARA INYECCIÓN. CON O SIN DILUENTE. NO CONTIENE PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó NITROPRUSIATO DE SODIO DIHIDRATO 50 mg. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 2 mL	08-4580	A
NORCOLESTEROL IODADO (¹³¹I) 37 MBq (1 mCi) a 74 MBq (2 mCi) CON UNA CONCENTRACIÓN DE ACTIVIDAD DE 7,5 MBq/mL (0.20 mCi/mL) a 15 MBq/mL (0.40 mCi/mL) CORRESPONDIENE A LA RADIATIVIDAD EN LA FECHA Y HORA DE CALIBRACIÓN. SUSTANCIA RADIATIVA SOLUCION INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CONTIENE 2.5 mL a 10 mL	52-4977	Z
NOREPINEFRINA BASE 4 mg (COMO NOREPINEFRINA BITARTRATO MONOHIDRATO). SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 4 mL	06-4348	A
OBIDOXIMA CLORURO 250 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL O	48-4350	A

PRALIDOXIMA CLORURO 500 mg Ó **1 gramo**. POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA O **PRALIDOXIMA BASE 200 mg (COMO METILSULFATO)**. POLVO PARA INYECCIÓN CON DILUENTE ADJUNTO

OCRELIZUMAB 30 mg/mL (300 mg(10 mL)). 41-4320 A
CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA.
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.

OCTREÓTIDA 0.1 mg/mL (COMO ACETATO DE OCTREÓTIDA). 32-4370 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

OCTREÓTIDA 20 mg (COMO ACETATO DE OCTREÓTIDA) 32-4375 A
EN FORMA DE MICROESFERAS DE ACCIÓN PROLONGADA
POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA
CON DILUENTE ADJUNTO

OCTREÓTIDA 30 mg (COMO ACETATO DE OCTREÓTIDA) 32-4385 A
EN FORMA DE MICROESFERAS DE ACCIÓN PROLONGADA
POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA.

OCTREÓTIDA MARCADO CON INDIO 111 (111 In); 3 a 5 Mci 52-4971 Z
(111 a 185 MEGABECQUERELES)/mL DE INDIO 111.
LIOFILIZADO. INYECTABLE. KIT (SUSTANCIA RADIATIVA) Ó
EDDA/HYNIC-Tyr3-OCTREÓTIDA MARCADA CON TECNECIO
(99^mTc). INYECTABLE. KIT (NO CONTIENE LA SUSTANCIA
RADIATIVA).

OLANZAPINA 10 mg 30-4000 A
POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

OLOPATADINA (HIDROCLORURO) AL 0.1% 45-7365 A
SOLUCIÓN OFTÁLMICA
FRASCO GOTERO CON 5 mL

OMEPRAZOL 10 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 32-1285 Z
(CONTENIENDO GRÁNULOS CON CUBIERTA ENTÉRICA) Ó
LANSOPRAZOL 15 mg. CÁPSULA DE LIBERACION
RETARDADA (CONTENIENDO GRÁNULOS CON CUBIERTA

ENTÉRICA) O **PANTOPRAZOL 20 mg (COMO PANTOPRAZOL SÓDICO SESQUIHIDRATADO)**. TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA Ó **ESOMEPRAZOL 10 mg (COMO ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO TRIHIDRATADO)**. GRÁNULOS GASTRO-RESISTENTES PARA SUSPENSIÓN ORAL. SOBRE DE ALUMINIO PARA DOSIS ÚNICA.

OMEPRAZOL 20 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 32-1275 A
O

LANSOPRAZOL 30 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA O

PANTOPRAZOL 40 mg TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA.

OMEPRAZOL 40 MG (COMO OMEPRAZOL SÓDICO). EN POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE INCLUIDO. (AMPOLLA CON 10 ML DE DILUENTE) O

ESOMEPRAZOL 40 MG (COMO ESOMEPRAZOL SÓDICO). EN POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA.

OSIMERTINIB 80 mg (COMO MESILATO DE OSIMERTINIB) 41-1276 A
TABLETA RECUBIERTA

OXACILINA BASE 1 g (COMO OXACILINA SÓDICA MONOHIDRATO) 02-3660 A
POLVO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA DE 10 mL Ó 15 mL

OXALIPLATINO 50 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA O 41-4353 A
OXALIPLATINO 50 mg (5 mg/mL). CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL O
OXALIPLATINO 100 mg (5 mg/mL). CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL

OXIBUTININA HIDROCLORURO 5 mg 21-0925 A
TABLETA

OXIDO DE ZINC 46-2670 A
FÓRMULA. CREMA

TUBO CON 45 g Ó 50 g Ó 60 g

OXIDRONATO O MEDRONATO POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	52-4963	Z
OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.025% (0.25mg/mL) Ó TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL 0.05% (0.5mg/mL) SOLUCIÓN NASAL FRASCO GOTERO CON 10 mL A 15mL	51-7320	A
OXIMETOLONA 50 mg TABLETAS	35-1280	A
OXITOCINA DE ORIGEN SINTÉTICO 5 UNIDADES/ mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	37-4390	A
PACLITAXEL 6 mg/mL SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 50 mL	41-4395	A
PALBOCICLIB 75 mg. CÁPSULA	41-1292	A
PALBOCICLIB 100 mg. CÁPSULA	41-1293	A
PALBOCICLIB 125 mg. CÁPSULA	41-1294	A
PANCREALIPASA (4000 UNIDADES F.E.U. Ó 4500 UNIDADES F.E.U Ó 8000 UNIDADES F.E.U. Ó 10000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 9000 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 20000 UNIDADES F.E.U. Ó 40000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 25000 UNIDADES F.E.U. Ó 45000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA; O PANCREATINA (4000 UNIDADES F.E.U. Ó 4500 UNIDADES F.E.U Ó 8000 UNIDADES F.E.U. Ó 10000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 9000 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 20000 UNIDADES F.E.U. Ó 40000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 25000 UNIDADES F.E.U. Ó 45000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA O	32-1290	A

PANCREATINA (10.000 UNIDADES F.EUR. DE ACTIVIDAD LIPASA, 8.000 UNIDADES F.EUR DE ACTIVIDAD AMILASA Y 600 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MINIMICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA O PANCREATINA (10000 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD LIPASA, 8000 UNIDADES F. EUR. Ó 9000 UNIDADES F. EUR DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F. EUR Ó 600 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROGRÁNULOS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA.

PANCREALIPASA (16.000 UNIDADES F.E.U Ó 20.000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 56.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 44.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA Ó PANCREATINA (16.000 UNIDADES F.E.U Ó 20.000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 56.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 44.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA O PANCREATINA 25.000 UNIDADES (300 mg) EN MICROGRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO (MICROESFERAS GASTRORESISTENTES). CÁPSULAS.

PANCURONIO BROMURO 2 mg/mL 20-3245 A
 SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE
 AMPOLLA CON 2 mL

PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 30 mL O PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 15 mL O PARACETAMOL 80 mg/0.8 mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO. FRASCO GOTERO CON 15 mL. 16-6015 A

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 120 mg / 5 mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 60 mL a 120 mL O PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 150 mg/5 mL. JARABE CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 60 mL. 16-6020 A

PARACETAMOL(ACETAMINOFÉN) 300 mg 16-2400 A
 SUPOSITARIO 1 g

PARACETAMOL(ACETAMINOFÉN) 500 mg TABLETAS	16-0010	A
PARACETAMOL 10 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 100 mL	16-4396	A
PARICALCITOL 2 ug. CÁPSULA BLANDA	42-1287	A
PARICALCITOL 5 µg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL O PARICALCITOL 5 µg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL	42-4398	A
PAZOPANIB 200 mg (COMO HIDROCLORURO) TABLETA RECUBIERTA	41-1291	A
PENICILAMINA 250 mg CÁPSULAS	14-1300	A
PENTETATO POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA	52-4964	Z
PERFENAZINA 4 mg TABLETA RECUBIERTA	30-1320	A
PERÓXIDO BENZOILO 5% (50 mg/g) GEL TUBO CON 30 A 60 g	46-2675	A
PERÓXIDO DE HIDRÓGENO 10 VOLÚMENES (3% p/v) SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 1000 mL	46-7350	A
PERTECNECIATO DE SODIO 99mTc. TECNECIO (99mTc): PROVENIENTE DE UN GENERADOR DE 99MOLIBDENO / TECNECIO (99mTc) (SISTEMA CERRADO DE PRODUCCIÓN DE TECNECIO METAESTABLE POR DECAIMIENTO RADIOACTIVO DEL MOLIBDENO) 74GBq (2Ci (CURIES)) A 277.5 GBq (7.5 Ci (CURIES)). INYECTABLE.	52-4967	Z
PERTUZUMAB 420 mg CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA	41-4399	A

FRASCO AMPOLLA CON 14 mL. PARA DOSIS ÚNICA

PRETOMANID 200 mg 02-1300 A
TABLETA

PICOSULFATO DE SODIO 10 mg, ÓXIDO DE MAGNESIO 3,5 g, 33-7355 A
ÁCIDO CÍTRICO ANHIDRO 12 g.
POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL.
SOBRE

PILOCARPINA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) 45-7370 A
SOLUCIÓN OFTÁLMICA
FRASCO GOTERO CON 10 Ó 15 mL

PIMECROLIMUS 1% (10 mg/g) 46-7381 Z
CREMA
TUBO CON 15 g

PIRAZINAMIDA 500 mg 03-1340 A
TABLETAS

PIRIDOXINA HIDROCLORURO (VITAMINA B6) 50 mg 42-4440 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

PIRIDOXINA HIDROCLORURO (VITAMINA B6) 50 mg 42-1350 A
TABLETAS

PIRIMETAMINA 25 mg. 01-1355 A
TABLETAS

PIPERACILINA BASE 4 g (COMO PIPERACILINA SÓDICA) Y 02-4435 A
TAZOBACTAM BASE 0.5 g (COMO TAZOBACTAM SÓDICO)
POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA

PIROFOSFATO 52-4965 Z
POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

PODOFILINA RESINA AL 25% 46-7410 A
SOLUCIÓN TÓPICA
FRASCO CON 5 mL Ó 15 mL

POLICRESULENO 18 mg/g GEL VAGINAL TUBO CON 50 g CON APLICADOR	47-2410	A
POLICRESULENO 90 mg. ÓVULO DE 3g A 3.8 g O POLICRESULENO 90 mg. ÓVULO DE 2 g. ÓVULOS 3 g A 3.8 g	47-2420	A
POLIESTIRENSULFONATO SÓDICO <i>(Sinónimo: Polistireno sulfonato sódico o sulfonato de poliestireno sódico)</i> POLVO PARA SUSPENSIÓN ENVASE CON 400g A 454 g	50-7420	A
POTASIO 2 mmol / LITRO SOLUCIÓN PARA HEMOFILTRACIÓN. BOLSA PLÁSTICA DE DOBLE COMPARTIMENTO. 5 LITROS	50-4455	Z
POTASIO GLUCONATO al 31.2% <i>(20 mEq DE POTASIO /15 mL). NO CONTIENE ALCOHOL</i> SOLUCIÓN ORAL. FRASCO CON 150 mL A 180 mL	43-7440	A
POTASIO YODURO 1 g/mL. FÓRMULA. SOLUCIÓN SATURADA ORAL FRASCO GOTERO Ó FRASCO CON GOTERO CON 30 mL	46-7450	Z
POVIDONE YODO 7.5 % A 10 % SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 1 LITRO	46-7460	A
PREDNISOLONA 1 mg TABLETA	34-1410	A
PREDNISOLONA 5 mg TABLETA	34-1420	A
PREDNISOLONA 25 mg TABLETA	34-1430	A
PREDNISOLONA BASE 15 mg/5mL O PREDNISOLONA BASE 15 mg/5mL (COMO FOSFATO SÓDICO). SOLUCIÓN ORAL. JARABE ENVASE CON 60 mL	34-7465	A

PREDNISOLONA ACETATO 1% (10 mg/mL) SUSPENSIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO CON 5 mL	45-7385	A
PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL (FÓRMULA: CORTICOSTEROIDE MÁS ANESTÉSICO LOCAL, CON Ó SIN ASTRINGENTE) SUPOSITARIOS 1 g A 2 g	49-2440	A
PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL (FÓRMULA: CORTICOSTEROIDE MÁS ANESTÉSICO LOCAL, CON Ó SIN ASTRINGENTE) UNGÜENTO TUBO CON 30 g A 60 g	49-2450	A
PRIMAQUINA BASE 5 mg (APROXIMADAMENTE 8.76mg DE FOSFATO DE PRIMAQUINA) TABLETAS CON O SIN RECUBIERTA	01-1435	A
PRIMAQUINA BASE 15 mg (EQUIVALENTE A APROXIMADAMENTE 26.3 mg DE FOSFATO DE PRIMAQUINA) TABLETAS	01-1440	A
PRIMIDONA 250 mg TABLETAS	28-1450	A
PRIMIDONA 250 mg/5mL SUSPENSIÓN ORAL. CON SABOR AGRADABLE FRASCO CON 120 mL o 150 mL	28-7470	A
PROGESTERONA 100 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	36-4460	Z
PROGESTERONA MICRONIZADA 200 mg CÁPSULA BLANDA	36-4461	A
PROPILTIOURACILO 50 mg TABLETAS	40-1500	A

PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN INYECTABLE.	18-4485	A
JERINGA PRELLENADA CON 20 mL		
o		
PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN		
INYECTABLE.FRASCO AMPOLLA CON 20 mL		
o		
PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN INYECTABLE.		
AMPOLLA CON 20 mL		
PROPRANOLOL HIDROCLORURO 1 mg/mL	07-4490	A
SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE		
AMPOLLA CON 1 mL		
PROPRANOLOL HIDROCLORURO 10 mg	07-1510	A
TABLETAS RECUBIERTAS		
PROPRANOLOL HIDROCLORURO 40 mg	08-1520	A
TABLETAS RECUBIERTAS		
PROTAMINA CLORHIDRATO AL 1% (10 mg / mL).	12-4500	A
INYECTABLE. AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. Ó		
PROTAMINA SULFATO AL 1% (10 mg / mL). INYECTABLE.		
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL.		
PROTIRELINA 200 ug (0.2mg/mL)	53-4710	A
SOLUCIÓN INYECTABLE		
AMPOLLA CON 1 mL		
PSILLIUM HIDROFILICO MUCILOIDE	33-7230	A
POLVO GRANULADO.		
ENVASE CON 200 g		
RALTEGRAVIR 434, 4 mg (COMO RALTEGRAVIR POTÁSICO)	04-0590	A
EQUIVALENTE A 400 mg DE RALTEGRAVIR.		
Tableta recubierta.		
RIBOCICLIB 200 mg (COMO SUCCINATO DE RIBOCICLIB)	41-1551	A
TABLETA RECUBIERTA		
RIBOFLAVINA > 0.1 % p/v (COMO FOSFATO DE	45-7480	Z
RIBOFLAVINA) CON DEXTRANO 500 AL 20% p/v		
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO TÓPICO		
JERINGA PRELLENADA CON 3 mL		

RIFAMPICINA 100 mg/5 mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 60 mL Ó 120 mL	03-7490	A
RIFAMPICINA 300 mg CÁPSULAS	03-1560	A
RIFAMPICINA 150 mg, ISONIAZIDA 75 mg, PIRAZINAMIDA 400 mg Y ETAMBUTOL HIDROCLORURO 275 mg TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)	03-1563	A
RIFAMPICINA 75 mg, ISONIAZIDA 50 mg Y PIRAZINAMIDA 150 mg TABLETA DISPERSABLE	03-1564	A
RIFAMPICINA 75 mg CON ISONIAZIDA 50 mg TABLETA DISPERSABLE	03-1566	A
RIFAMPICINA 150 mg CON ISONIAZIDA 75 mg TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)	03-1567	A
RILUZOL 50 mg TABLETA RECUBIERTA	50-1565	A
RISPERIDONA 1 mg TABLETA O TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)	30-1568	A
RISPERIDONA 1 mg/mL SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 30 mL O CON 60 mL	30-6950	A
RITONAVIR 100 mg TABLETA RECUBIERTA	04-1570	A
RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL (OPCIÓN 1)	41-3235	A

RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL (OPCIÓN 2)	41-9001	A
RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL (OPCIÓN 3)	41-9003	A
RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 50 MI (OPCIÓN 1)	41-3236	A
RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 50 mL (OPCIÓN 2)	41-9002	A
RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 50 MI (OPCIÓN 3)	41-9004	A
ROSUVASTATINA 10 MG (COMO ROSUVASTATINA CÁLCICA) TABLETAS RECUBIERTAS	13-0003	A
SACARINA SÓDICA 12.5 mg/TABLETA O SACARINA SÓDICA 12.5 mg/GOTA TABLETAS Ó SOLUCIÓN ORAL.FRASCO GOTERO CON 25 mL	50-7495	A
SACUBITRILO Y VALSARTÁN 50 MG TABLETA RECUBIERTA	08-1576	A
SACUBITRILO Y VALSARTÁN 100 MG TABLETA RECUBIERTA	08-1577	A
SACUBITRILO Y VALSARTÁN 200 MG TABLETA RECUBIERTA	08-1578	A

SALBUTAMOL 0.1 mg/DOSIS Ó SALBUTAMOL BASE 0.1mg/DOSIS (COMO SALBUTAMOL SULFATO) SUSPENSIÓN MICROCRISTALINA PARA AEROSOL. PARA INHALACIÓN ORAL. ENVASE PRESURIZADO CON 200 A 250 DOSIS	23-7500	A
SALBUTAMOL BASE AL 0.5% (5 MG/ML) (COMO SULFATO DE SALBUTAMOL). SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA NEBULIZACIÓN. FRASCO CON 50 mL	23-7520	A
SALBUTAMOL BASE 4 mg (COMO SULFATO DE SALBUTAMOL) TABLETAS RANURADAS	23-1580	A
SAMARIO (¹⁵³Sm) LEXIDRONAM PENTASÓDICO, 1.3 GBq/mL SUSTANCIA RADIATIVA SOLUCIÓN ACUOSA ESTÉRIL ISOTÓNICA. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 10 A 15 mL	52-4972	Z
SEVELAMER CARBONATO ANHIDRO 800 mg TABLETA RECUBIERTA	50-1582	A
SESTAMIBI POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO-AMPOLLA	52-4966	Z
SEVOFLURANO LÍQUIDO VOLÁTIL PARA INHALACIÓN. ENVASE CON 250 mL	18-4509	A
SILDENAFIL (COMO SILDENAFIL CITRATO) 50 mg TABLETA RECUBIERTA	50-1581	A
SISTEMA ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (D.I.U) DISPOSITIVO	36-6740	A
SISTEMA ANTICONCEPTIVO DE LIBERACIÓN INTRAUTERINA (CONTIENE LEVONORGESTREL 52 mg)	36-6750	A
BICARBONATO DE SODIO AL 8.4 % (84mg/mL) 1 MOLAR	43-4510	A

SOLUCIÓN HIPERTÓNICA ESTÉRIL DE BICARBONATO DE SODIO EN AGUA PARA INYECCIÓN
AMPOLLA CON 10 mL O 20 mL

SODIO CLORURO 4 MOLAR (4mEq de Sodio y 4 mEq de Cloruro /mL). 43-4570 A

SOLUCIÓN HIPERTÓNICA INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 20 mL Ó 30 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4520 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 50 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4530 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 100 mL

SODIO CLORURO 0.9% 43-4540 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 250 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4561 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE.
BOLSA LIBRE DE PVC O ENVASE DE VIDRIO CON 250 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4550 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA. INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4555 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE.
BOLSA LIBRE DE PVC Ó ENVASE DE VIDRIO CON 500 mL.

SODIO CLORURO 0.9% 43-4560 A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA. INYECTABLE.
BOLSA CON 1000 mL

SOFOBUVIR 400 mg Y VELPATASVIR 100 mg 04-1200 A

TABLETA RECUBIERTA

SOLUCIÓN ALCOHÓLICA ANTISÉPTICA PARA HIGIENE DE MANOS. FÓRMULA 46-7430 A

ENVASE PLÁSTICO CON DISPENSADOR CON 350 mL A 500 mL

SOLUCIÓN ANTICOAGULANTE DE CITRATO DE SODIO Y DEXTROSA (USO EN LA AFÉRESIS) 50-7255 Z
BOLSA CON 750 mL

SOLUCIÓN CARDIOPLEJICA: CLORURO DE SODIO 0.643%, CLORURO DE POTASIO 0.1193%, CLORURO DE MAGNESIO 0.3253%, CLORURO DE CALCIO 0.0176% 43-4595 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

SOLUCIÓN DE YODO FUERTE (SOLUCION LUGOL) 40-7750 A
FÓRMULA. SOLUCIÓN ORAL
FRASCO GOTERO CON 30 mL

SOLUCIÓN ELECTROLÍTICA BALANCEADA 43-4590 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

SOLUCIÓN ELECTROLÍTICA BALANCEADA CON GLUCONATO DE SODIO 43-4592 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

SOLUCIÓN EVANS (FÓRMULA) 50-3800 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA DE 20 mL (CON 9 mL DE LA SOLUCIÓN)

SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL: DEXTROSA 1.5% 43-4600 A
SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL
BOLSA CON 2000 mL

SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL: DEXTROSA 4.25% 43-4610 A
SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL
BOLSA CON 2000 mL

SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 45-7550 A
FÓRMULA SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN OFTÁLMICA.
FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO Ó POLIETILENO ATOXICO CON 500 mL Ó BOLSA P.V.C. Ó POLIETILENO ATOXICO CON 500mL

<p>SOMATROPINA RECOMBINANTE (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉTICA) 10 U, 12 U, 13 U, 15U ó 16 UNIDADES. POLVO PARA INYECCIÓN LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA O CARTUCHO DE DOBLE COMPARTIMENTO CON UN MEZCLADOR O CARTUCHO DE DOBLE COMPARTIMENTO CON PLUMA DOSIFICADORA. PARA DOSIS MÚLTIPLES O</p> <p>SOMATROPINA (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉTICA) DE 5 mg/1.5 mL (3.3 mg/mL) (APROX 15 UNIDADES). SOLUCIÓN INYECTABLE. CON DOSIS MÚLTIPLE. CARTUCHO PRELLENADO INSERTO EN UN DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO LAPICERO O</p> <p>SOMATROPINA (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉTICA) DE 6 mg/1.03 mL (5.83 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. PARA DOSIS MÚLTIPLE. CARTUCHO DE VIDRIO PRELLENADO CON 1.03 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE PARA SER INSERTADO EN UN AUTOINYECTOR PARA DOSIFICAR Y ADMINISTRAR LA SOMATROPINA.</p>	38-4065	A
<p>SUBSALICILATO DE BISMUTO 17.5% P/V. SUSPENSIÓN ORAL. ENVASE CON 118 mL o 236 mL.</p>	32-7595	Z
<p>SUCCIMERO POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA</p>	52-4953	Z
<p>SUGAMMADEX 100 MG/ ML (COMO SAL SÓDICA). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 2 mL</p>	48-4651	A
<p>SUXAMETONIO CLORURO 500 mg (SINÓNIMO: CLORURO DE SUCCINILCOLINA) INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 10 mL</p>	20-4630	A
<p>SULFADIAZINA 500 mg TABLETAS</p>	02-1600	A
<p>SULFADIAZINA DE PLATA 1% (10mg/g) CREMA TÓPICA TUBO CON 40 g A 50 g</p>	46-2690	A
<p>SULFADIAZINA DE PLATA 1% (10mg/g) CREMA TÓPICA TUBO CON 120 –130 g.</p>	46-2680	A

SULFASALAZINA 500 mg TABLETAS CON Ó SIN CUBIERTA ENTÉRICA	02-1610	A
SULFURO COLOIDAL POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	52-4956	Z
SULFURO DE RENIO COLOIDAL (NANOCOLOIDE) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA	52-4973	Z
SULFURO DE RENIO (186Re) COLOIDAL. CON 0.5 A 10 mL DE SUSPENSIÓN COLOIDAL ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 15 mL QUE CONTIENE 0.5 A 10 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE CON 148 MBq/mL (4.00 mCi/mL) A 370 MBq/mL (10.00 mCi/mL) (CORRESPONDIENTE A RADIOACTIVIDAD CALIBRADA EN LA FECHA Y HORA DE CALIBRACIÓN). PRESENTACIÓN MULTI-DOSIS. SUSTANCIA RADIATIVA	52-4979	Z
SULINDACO 200 mg TABLETAS	14-1612	A
SULISOBENZONA 10% 100 mg/mL) LOCIÓN . USO TÓPICO ENVASE CON 60 A 75 mL	46-7590	A
SUNITINIB 50 mg (COMO MALATO DE SUNITINIB) CÁPSULA	41-1613	A
TACROLIMUS 0.5 mg (como tacrolimus monihidratado) CÁPSULA	41-1617	A
TACROLIMUS 1 mg (como tacrolimus monihidratado) CÁPSULAS	41-1618	A
TALIDOMIDA 50 mg. CÁPSULAS Ó TALIDOMIDA 100 mg. TABLETAS	41-1619	A
TAMOXIFENO BASE 20 mg (COMO CITRATO DE TAMOXIFENO) TABLETA	41-1615	A

TEMOZOLOMIDA 20 mg CÁPSULA	41-1660	A
TEMOZOLOMIDA 100 mg CÁPSULA	41-1665	A
TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg (EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg) TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)	04-1805	A
TENOFOVIR ALAFENAMIDA 25 mg (EQUIVALENTE A 28 MG DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA FUMARATO) TABLETA RECUBIERTA	04-1815	Z
TENOXICAM 20 mg TABLETAS RECUBIERTAS	14-1645	A
TEOFILINA (ANHIDRA) 50 mg/5mL ELIXIR FRASCO CON 110 mL A 120 mL	23-7600	A
TEOFILINA (ANHIDRA) 150 mg TABLETAS	23-1620	A
TEOFILINA (ANHIDRA) de ACCIÓN PROLONGADA 250 mg A 300 mg TABLETAS RANURADAS	23-1630	A
TESTOSTERONA ENANTATO 250 mg. SOLUCION ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL O TESTOSTERONA 250 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL.	35-4660	A
TETRACAÍNA HIDROCLORURO 0.5% SOLUCIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO CON 10 mL	45-7610	A
TETRACICLINA HIDROCLORURO 1% (10mg/g) u OXITETRACICLINA 0.5% (5mg/g) (COMO HIDROCLORURO DE OXITETRACICLINA) y POLIMIXINA B 10.000 U/g (1mg/g) (COMO SULFATO DE POLIMIXINA B) UNGÜENTO OFTÁLMICO TUBO CON 15 g	45-2692	A

TETRADECIL SULFATO SÓDICO 1% (10mg/mL) Ó 3% (30mg/mL)	50-3760	A
SOLUCIÓN ESCLEROSANTE. INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL		
TETRIZOLINA HIDROCLORURO 0.05% (0.5mg/mL) U	45-7630	A
OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO AL 0.025% (0.25mg/mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL ISOTÓNICA. USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO DE 10 A 15 mL		
TETRIZOLINA HIDROCLORURO 0.1% (1mg/mL) U	51-7620	A
OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.05% (0.5 mg/mL) SOLUCIÓN NASAL. FRASCO GOTERO CON 10 mL A 15 mL		
TIAMINA HIDROCLORURO (VITAMINA B1) 100 mg	42-1650	A
TABLETAS		
TIAMINA HIDROCLORURO (VITAMINA B1) 1 g	42-4670	A
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL		
TIMOLOL BASE 0.5% (5mg/mL) (COMO MALEATO DE TIMOLOL)	45-7660	A
SOLUCIÓN USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 Ó 10 mL		
TINTURA BENJUÍ	51-7670	A
<i>(FÓRMULA QUE CONTIENE BENZOÍNA AL 20% p/v)</i> FRASCO CON 60 mL		
TIOCONAZOL 1% (10 mg/g) O BIFONAZOL 1% (10mg/g) O MICONAZOL NITRATO 2% (20 mg/g)	46-2695	A
CREMA TUBO		
TIOCONAZOL 100 mg Ó MICONAZOL NITRATO 200 mg Ó MICONAZOL NITRATO 400 mg Ó MICONAZOL NITRATO 1200 mg.	47-2697	A
TABLETAS VAGINALES Ó SUPOSITORIOS VAGINALES (EN FORMA DE ÓVULOS)		
TIOPENTAL SÓDICO 500 mg	18-4680	A
POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA DE 10 mL Ó 20 mL Ó 30 mL, CON O SIN DILUENTE. NO CONTIENE PRESERVANTE		

TIOTROPIO (COMO BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO) 2.5 MICROGRAMOS POR PULSACIÓN SOLUCIÓN PARA AEROSOL PARA INHALACIÓN ORAL. ENVASE CON 4.5 mL CON DISPOSITIVO DOSIFICADOR NO RECARGABLE	23-7680	A
TIROFIBÁN BASE 0.25 mg/mL (COMO HIDROCLORURO DE TIROFIBÁN MONOHIDRATO) SOLUCIÓN CONCENTRADA ESTÉRIL PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL	11-4685	A
TIZANIDINA HIDROCLORURO 4 mg TABLETAS	50-1705	A
TOPIRAMATO 25 mg TABLETA RECUBIERTA	28-1701	A
TOPIRAMATO 100 mg TABLETA RECUBIERTA	28-1702	A
TOXOIDE DIFTEROTETÁNICO ADSORBIDO PRESENTACIÓN ADULTOS SUSPENSIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. MULTIDOSIS (10 DOSIS)	44-4800	A
TRAMADOL HIDROCLORURO 50mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 ML	17-4705	A
TRAMADOL HIDROCLORURO 100 mg / mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 10 mL	17-7715	A
TRASTUZUMAB 600 mg/5mL (120 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 6 ML QUE CONTIENE 5 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE. NO CONTIENE PRESERVANTES. (OPCIÓN 1)	41-4653	A

TRASTUZUMAB 440 MG. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. . (OPCIÓN 2)	41-9005	A
TRASTUZUMAB 440 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 3)	41-9006	A
TRASTUZUMAB 440 mg.. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 4)	41-9007	A
TRASTUZUMAB 440 mg. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 5)	41-9008	A
TRASTUZUMAB 440 MG. POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 6)	41-9009	A
TRETINOÍNA 10 mg (SINÓNIMOS: ÁCIDO TRANSRETINOICO O ÁCIDO HOLO TRANSRETINOICO [ATRA]) CÁPSULAS	41-1706	A
TRIAMCINOLONA ACETÓNIDO 10 mg/mL Ó TRIAMCINOLONA DIACETATO DE 25 mg/mL SUSPENSIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 mL	34-4720	A
TRIENTINA 250 mg Ó 300 mg CÁPSULAS	32-1707	A
TRIFLUOPERAZINA BASE 5 mg (COMO HIDROCLORURO DE TRIFLUOPERAZINA) TABLETAS RECUBIERTAS	30-1710	A
TRIMETOPRIMA 160 mg CON SULFAMETOXAZOL 800 mg TABLETAS	02-1730	A
TRIMETOPRIMA 40 mg/5mL CON SULFAMETOXAZOL 200 mg /5mL SUSPENSIÓN ORAL ENVASE CON 100 A 120 mL	02-7720	A
TRIOXISALENO 5 mg TABLETAS	46-1735	A

TROPANO (TRODAT-1)	52-4978	Z
SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA		
TROPICAMIDA 0.5% (5mg/mL) A 0.8% (8mg/mL) MÁS HIDROCLORURO DE FENILEFRINA 5% (50 mg/mL)	45-7723	Z
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE FRASCO GOTERO CON 5 mL		
TROPISETRON BASE 5 mg (COMO HIDROCLORURO DE TROPISETRON). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL Ó GRANISETRON BASE 3 mg (COMO HIDROCLORURO DE GRANISETRON). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 3 mL.	25-4355	A
VACUNA ANTIRRABICA	44-4820	A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON DOSIS ÚNICA, CON DILUENTE ADJUNTO.		
VACUNA COMBINADA DE ANTIPERTUSSIS ACELULAR ADSORBIDO (ANTÍGENO DE PERTUSSIS ACELULAR) Y TOXOIDE DIFTÉRICO Y TETÁNICO	44-4763	A
SUSPENSIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA		
VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE DIFTÉRICO Y TETÁNICO, COMPONENTES DE PERTUSSIS ACELULARES NATURALES Y TOXOIDE DE PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE TIPO 1,2,3 INACTIVADOS.	44-4761	A
SUSPENSIÓN INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA		
VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE DIFTÉRICO Y TETÁNICO, COMPONENTES DE PERTUSSIS ACELULARES NATURALES Y TOXOIDE DE PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE TIPO 1,2,3 INACTIVADOS. SUSPENSIÓN INYECTABLE. JERINGAS PRELLENADAS CON 0.5 mL (DOSIS ÚNICA) Y VACUNA HAEMOPHILUS TIPO b CONJUGADA (Hib). POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSIÓN ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA (DOSIS ÚNICA)	44-4762	A

VACUNA CONTRA ROTAVIRUS HUMANO SUSPENSIÓN ORAL. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS) JERINGA PRELLENADA CON 1.5 mL USO PEDIÁTRICO	44-4805	A
VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO SUSPENSIÓN INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS) JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL O VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO . SUSPENSIÓN INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS). FRASCO AMPOLLA CON 0.5 mL.	44-4835	A
VACUNA DE HEPATITIS B (RECOMBINANTE) 10 ug (DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B) 0.5 mL ó 5 ug (DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B) / 0.5 mL PRESENTACION PEDIÁTRICA INYECTABLE. SUSPENSIÓN. FRASCO AMPOLLA Ó JERINGA PRELLENADA. DOSIS ÚNICA	44-4789	A
VACUNA DE HEPATITIS B (RECOMBINANTE): 10 ug (DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B) / 1mL Ó 20 ug (DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B) / 1mL. PRESENTACION ADULTO SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA Ó JERINGA PRELLENADA. DOSIS UNICA	44-4790	A
VACUNA INFLUENZA SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN JERINGA PRELLENADA 0.5 mL (UNIDOSIS) Ó AMPOLLA 0.5 mL (UNIDOSIS) Ó FRASCO AMPOLLA 0.5 mL (UNIDOSIS) Ó FRASCO AMPOLLA 5 mL (MULTIDOSIS CON 10 DOSIS)	44-4795	A
VACUNA INFLUENZA SOLUCIÓN Ó SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN JERINGA PRELLENADA 0.25 mL (UNIDOSIS) Ó AMPOLLA 0.25 mL (UNIDOSIS) Ó FRASCO AMPOLLA 0.25 mL (UNIDOSIS) Ó FRASCO AMPOLLA 5 mL (MULTIDOSIS CON 20 DOSIS)	44-4797	A
VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13-VALENTE (Proteína Difteria CRM ₁₉₇) SUSPENSIÓN ESTÉRIL INYECTABLE FRASCO AMPOLLA Ó JERINGA PRELLANADA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA	44-4900	A
VACUNA NEUMOCÓCICA POLIVALENTE (ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA 23-VALENTE) PRESENTACIÓN ADULTO	44-4925	A

SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE

VACUNA SARAMPIÓN Y RUBEOLA POLVO LIOFILIZADO, INYECTABLE AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA EN UNI Ó EN MULTIDOSIS.	44-4773	A
VACUNA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA EN UNIDOSIS Ó EN MULTIDOSIS.	44-4780	A
VACUNA TRIPLE ANTI-SARAMPIÓN, RUBEÓLA Y PAROTIDITIS INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS). NO CONTIENE PRESERVANTES	44-4785	A
VACUNA TUBERCULOSIS ATENUADA (BCG, VACUNA DEL BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN) POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA EN MULTIDOSIS	44-4775	A
VACUNA VARICELA POLVO LIOFILIZADO O SOLUCIÓN, INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA	44-4825	A
VALPROATO DE SODIO 200 mg/mL (EQUIVALENTE A APROXIMADAMENTE 174 mg/mL DE ÁCIDO VALPRÓICO). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 40 A 60 ML. CON JERINGA GRADUADA EN DÉCIMAS DE MILILITRO PARA USO ORAL O VALPROATO DE SODIO 288.1 mg/5 mL (EQUIVALENTE A 250 mg/mL DE ÁCIDO VALPROICO). JARABE. ENVASE CON 120 mL. CON MEDIDA DOSIFICADORA TIPO TAPA GRADUADA EN MILILITROS	28-7725	A
VALPROATO SEMISÓDICO (EQUIVALENTE A 250 mg DE ÁCIDO VALPROICO). TABLETA CON CUBIERTA ENTÉRICA	28-0090	A
VALGANCICLOVIR 450 mg (COMO HIDROCLORURO DE VALGANCICLOVIR). TABLETA RECUBIERTA.	04-0800	A
VANCOMICINA (COMO HIDROCLORURO) 500 mg POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE 10 mL	02-4810	A

VARENICLINA BASE 0.5 mg y 1 mg (COMO TARTRATO DE VARENICLINA) TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)	50-1575	A
VENLAFAXINA HIDROCLORURO EQUIVALENTE A 75 mg DE VENLAFAXINA CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	29-1750	A
VERAPAMILO HIDROCLORURO 5 mg SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 2 mL Ó 2.2 mL	07-4830	A
VERAPAMILO HIDROCLORURO 80 mg TABLETA RECUBIERTA	07-1754	A
VIDARABINA MONOHIDRATO 3% (30mg/g) O ACICLOVIR 3% (30mg/g) UNGÜENTO OFTÁLMICO TUBO CON 3 g A 5 g	45-2700	A
VIGABATRINA 500 mg TABLETA RECUBIERTA	28-1755	A
VINBLASTINA SULFATO 10 mg INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 10 mL a 14mL, CON 10 mg DEL POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN Ó VINBLASTINA SULFATO 1 mg/mL, SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	41-4837	A
VINCRISTINA SULFATO 1 mg/mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL Ó VINCRISTINA SULFATO 1 mg. POLVO EN FORMA LIOFILIZADA PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO.	41-4840	A
VITAMINA A (COMO RETINOL O COMO RETINIL PALMITATO O COMO RETINIL ACETATO) 25.000 U.I (7.500 RE). CÁPSULAS O PERLAS	42-1740	A
VITAMINA A 50.000 U.I./mL (15.000 RE/mL) (COMO RETINOL Ó COMO PALMITATO DE RETINOL) SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO 30 mL	42-7730	A

VITAMINA D3 (COLECALCIFEROL) 10.000 U.I. /1 mL SOLUCIÓN ORAL. FRASCO GOTERO CON 30 mL	42-6800	A
VORICONAZOL 200 mg POLVO LIOFILIZADO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA	04-4861	A
VORICONAZOL 200 mg TABLETA RECUBIERTA	04-1756	A
WARFARINA SÓDICA 1 mg TABLETA	11-1758	A
WARFARINA SÓDICA 5 mg TABLETA	11-1760	A
¹³¹YODO(COMO YODURO DE SODIO Na¹³¹ I) 1 MILICURIE (mCi) (37 MEGABECQUERELES) A 200 MILICURIES (mCi) (7400 MEGABECQUERELES) CÁPSULA	52-4968	Z
¹³¹YODO (COMO YODURO DE SODIO Na¹³¹ I) 25 MILICURIES (925 MEGABECQUERELES) A 200 MILICURIES (7400 MEGABECQUERELES) SUSTANCIA RADIACTIVA SOLUCIÓN ORAL ENVASE CON TAPA DE CIERRE	52-4969	Z
ZIDOVUDINA 10mg/ mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20 mL	04-4955	Z
ZIDOVUDINA 50mg/5 mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO CON 240 mL	04-7760	A
ZIDOVUDINA 300 mg TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)	04-1800	A

Medicamentos almacenables (A)

01 AMEBICIDAS Y ANTIHELMINTICOS

	Código	Clave	Usuario
ALBENDAZOL 200 mg TABLETA O TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED) O TABLETA MASTICABLE	01-1110	M	1A
ARTEMETER 20 mg Y LUMEFANTRINA 120 mg TABLETA USO EN CASOS DE MALARIA RESISTENTE A CLOROQUINA CON MOTIVO DE LA ALTA MIGRACIÓN (MEDICAMENTO DONADO POR LA OPS)	01-0195	R	1A
CLOROQUINA BASE 150 mg (EQUIVALENTE A APROXIMADAMENTE 250 mg DE FOSFATO DE CLOROQUINA). TABLETAS	01-0380	M	1A
HIDROXICLOROQUINA BASE 310 mg (EQUIVALENTE A 400 mg DE SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA) TABLETAS RECUBIERTAS	01-0880	M	1A
IVERMECTINA 6 mg TABLETAS	01-1008	M	1A
MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 85 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE (Sb⁺⁵) Ó MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 81 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE (Sb⁺⁵) Ó ESTIBOGLUCONATO SÓDICO 300 mg/mL EQUIVALENTE A 100 mg/mL DE ANTIMONIO PENTAVALENTE) (Sb⁺⁵). SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL	01-3180	HM	1A
METRONIDAZOL 500 mg TABLETAS	01-1192	M	1A
METRONIDAZOL BASE 125mg / 5mL (COMO METRONIDAZOL BENZOILO) SUSPENSIÓN ORAL ENVASE CON 120 mL	01-7210	M	1A
PIRIMETAMINA 25 mg. TABLETAS USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, OFTALMOLOGÍA, NEUROLOGÍA Y GINECO- OBSTETRICIA EN TRATAMIENTO DE TOXOPLASMOSIS.	01-1355	R	2D

PRIMAQUINA BASE 5 mg (EQUIVALENTE 01-1435 M 1A
APROXIMADAMENTE 8.76 mg DE FOSFATO DE
PRIMAQUINA)

TABLETAS CON O SIN RECUBIERTA

PRIMAQUINA BASE 15 mg (EQUIVALENTE A 01-1440 M 1A
APROXIMADAMENTE 26.3 mg DE FOSFATO DE
PRIMAQUINA)

TABLETAS

02 ANTIBIÓTICOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
AMIKACINA BASE 100 mg (COMO SULFATO DE AMIKACINA) <i>SOLUCIÓN INYECTABLE</i> <i>FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 2 mL</i> USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES POR GERMENES RESISTENTES A OTROS ANTIBIÓTICOS, SEGÚN ANTIBIOGRAMA Y ATENDIENDO PROGRAMAS ESPECIALES (TB Y FIBROSIS QUÍSTICA). ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR EN FORMA AMBULATORIA: SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR CCF-4383-09-13	02-3110	HR	2B
AMIKACINA BASE 500mg (COMO SULFATO DE AMIKACINA) <i>SOLUCIÓN INYECTABLE</i> <i>AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA CON 2 mL</i> USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES POR GERMENES RESISTENTES A OTROS ANTIBIÓTICOS SEGÚN ANTIBIOGRAMA Y ATENDIENDO PROGRAMAS ESPECIALES (TB Y FIBROSIS QUÍSTICA). ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR EN FORMA AMBULATORIA: SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR CCF-4383-09-13	02-3120	HR	2B
AMOXICILINA BASE 500 mg (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) <i>CÁPSULAS O TABLETAS RECUBIERTAS</i>	02-0185	M	1A
AMOXICILINA BASE 250 mg / 5 mL (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) <i>POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL</i> <i>FRASCO PARA 60 mL Ó 100 mL</i>	02-6205	M	1A
AMPICILINA BASE 500 mg (COMO AMPICILINA SÓDICA) <i>POLVO PARA INYECCIÓN.</i> <i>FRASCO AMPOLLA DE 5 mL A 14 mL, CON Ó SIN DILUENTE</i>	02-3140	HM	2B
BEDAQUILINA (COMO FUMARATO DE BEDAQUILINA) 100 mg TABLETA USO EXCLUSIVO DE NEUMOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA DOCUMENTADA BAJO PROGRAMA DOTS	02-0200	RE	1 A
BENCILPENICILINA SÓDICA O POTÁSICA 1.000.000 U.I. <i>POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN</i>	02-4420	HM	2B

FRASCO AMPOLLA DE 5 mL A 14mL, CON Ó SIN
DILUENTE ADJUNTO

BENCILPENICILINA SÓDICA O POTÁSICA 02-4430 HM 2B
5.000.000 U.I.
POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA DE 14 mL A 20 mL, CON Ó SIN
DILUENTE ADJUNTO

BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES 02-4400 HR 1A
(COMO BENZATINA BENCILPENICILINA)
EN POLVO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA DE 4 mL A 5 mL.
O
BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES (COMO
BENZATINA BENCILPENICILINA) / 2 ML EN
SUSPENSIÓN ACUOSA PARA INYECCIÓN.
INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 2 mL.
O
BENCILPENICILINA 1.200.000 UNIDADES (COMO
BENZATINA BENCILPENICILINA).
POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA DE 7 mL.

SINÓNIMO DE BENZATINA BENCILPENICILINA:
PENICILINA G BENZATÍNICA.
SINÓNIMO DE BENCILPENICILINA: PENICILINA G.

PREVIA APLICACIÓN DE LA PRUEBA INTRADÉRMICA DE SENSIBILIDAD
A LA PENICILINA SEGÚN PROCEDIMIENTO EMITIDO EN CIRCULAR CCF-
5150-11-15 PARA SER UTILIZADO EN:
-ADULTOS: PROFILAXIS DE FIEBRE REUMÁTICA Y TRATAMIENTO DE
SÍFILIS.
-PEDIATRÍA: FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA E IMPÉTIGO
CONTAGIOSO, EN PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD DE TOMAR
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO POR VÍA ORAL, SÍFILIS CONGÉNITA,
PROFILAXIS SECUNDARIA DE FIEBRE REUMÁTICA.

CEFALEXINA BASE 500 mg (COMO MONOHIDRATO Ó 02-0290 M 1A
COMO HIDROCLORURO MONOHIDRATO)
CÁPSULAS O TABLETAS

CEFALEXINA BASE 250 mg / 5mL (COMO CEFALEXINA 02-6440 M 1A
MONOHIDRATO)
POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
FRASCO DE 60 mL

CEFALOTINA BASE 1 g (COMO CEFALOTINA SÓDICA) 02-3270 HM 2B
POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA DE 10 mL A 15 mL, CON Ó SIN
DILUENTE.

CEFOTAXIMA BASE 1 g (COMO CEFOTAXIMA SÓDICA) 02-3275 HRE 2B
POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA DE 10 mL A 15mL, CON Ó SIN
DILUENTE.

- TODAS LAS ESPECIALIDADES HASTA POR 72 HORAS.
- MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, NEFROLOGÍA HASTA 7 DÍAS.
- CUIDADO INTENSIVO HASTA 14 DÍAS.

PARA LAS SIGUIENTES INDICACIONES ESPECÍFICAS:

- a. TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES A OTROS ANTIBIÓTICOS DE MENOR ESPECTRO:
 - TERAPIA DEFINITIVA CON ANTIBIOGRAMA HASTA POR 5 DÍAS EN INFECCIONES INTRAPERITONEALES Y 7 DÍAS EN OTRAS INDICACIONES.
 - TERAPIA EMPÍRICA HASTA POR 72 HORAS.
- b. TRATAMIENTO EMPÍRICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE HASTA POR 5 DÍAS.
- c. PROFILAXIS ANTIMICROBIANA HASTA POR 72 HORAS EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR VÁRICES ESOFÁGICAS.

INFECTOLOGÍA VALORA DURACIONES MAYORES A LAS ANTERIORES. EN CENTROS DE SALUD DONDE NO SE CUENTE CON ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, DEBEN SER DISCUTIDAS CON INFECTOLOGÍA DE LA RED.

PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGÍAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA). PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA EMPÍRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE CULTIVOS NECESARIOS. NOTA: EN CASO DE NO CONTAR CON ESPECIALISTA PARA INICIO DE TRATAMIENTO PUEDE SER AUTORIZADO POR LA JEFATURA DE GUARDIA HASTA POR 72 HORAS.

CEFTAZIDIMA BASE 1 g (COMO CEFTAZIDIMA 02-3272 HRE 2B
PENTAHIDRATO) MÁS 117 mg a 118 mg DE
CARBONATO DE SODIO

POLVO PARA INYECCION. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA

- TODAS LAS ESPECIALIDADES HASTA POR 72 HORAS.
- MEDICINA INTERNA, HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA Y NEFROLOGÍA HASTA 7 DÍAS.
- CUIDADO INTENSIVO HASTA 14 DÍAS.

PARA LAS SIGUIENTES INDICACIONES ESPECÍFICAS:

- a. TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS EN LAS QUE SE SOSPECHA O CONFIRMA PARTICIPACIÓN POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* O *ACINETOBACTER SPP.*:
 - TERAPIA EMPÍRICA HASTA POR 72 HORAS Y TERAPIA DIRIGIDA HASTA POR 7 DÍAS
- b. TERAPIA EMPÍRICA EN EPISODIOS DE NEUTROPENIA Y FIEBRE EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS HASTA POR 7 DÍAS.

PARA LA PRESCRIPCIÓN COMO TERAPIA EMPÍRICA EL ESPECIALISTA DEBERÁ ANOTAR EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES EL FACTOR DE RIESGO PARA SOSPECHA DE BACILOS GRAM NEGATIVOS NO FERMENTADORES DE LACTOSA (EN CASO DE NO HACERLO LA FARMACIA NO PODRÁ DESPACHAR EL PRODUCTO):

- EXPOSICIÓN PREVIA A AL MENOS 72 HORAS DE TERAPIA ANTIMICROBIANA DE AMPLIO ESPECTRO (PIPERACILINA/TAZOBACTAMA, CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN O FLUOROQUINOLONAS).
- ESTANCIA PROLONGADA EN UNIDAD CON EPIDEMIOLOGÍA LOCAL QUE INCLUYE A ESTOS GÉRMENES.
- PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
- COLONIZACIÓN PREVIA POR ESTOS MICROORGANISMOS.

INFECTOLOGÍA VALORA DURACIONES MAYORES A LAS ANTERIORES. EN CENTROS DE SALUD DONDE NO SE CUENTE CON LOS ESPECIALISTAS ANTES AUTORIZADOS, DEBEN SER DISCUTIDAS CON INFECTOLOGÍA DE LA RED.

PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGÍAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA), PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA EMPÍRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE CULTIVOS NECESARIOS. NOTA: EN CASO DE NO CONTAR CON ESPECIALISTA PARA INICIO DE TRATAMIENTO PUEDE SER AUTORIZADO POR LA JEFATURA DE GUARDIA HASTA POR 72 HORAS.

CEFTRIAJONA BASE 1 g (COMO CEFTRIAJONA SÓDICA) 02-3278 HR 1A

**POLVO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA**

1. TRATAMIENTO DE BLENORRAGIAS.
2. TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN PROFILAXIS DE MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIÓN A RIFAMPICINA, MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERIODO DE LACTANCIA SEGÚN EL SIGUIENTE ESQUEMA:
 - ≥ 28 DÍAS A < 15 AÑOS: 125 mg IM (DOSIS ÚNICA)
 - ≥ 15 AÑOS: 250 mg (DOSIS ÚNICA)
3. ESPECIALISTAS A CARGO DE PROGRAMAS TAPA U HOSPITALES DE DÍA CON LA ANOTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AVALADO PARA LA INDICACIÓN DE TAPA Y NÚMERO DE CULTIVO (NIVEL 2B).
4. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS HUMANA SEGÚN LINEAMIENTO No. . L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 " LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS HUMANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CCSS". PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA INICIOS DE TRATAMIENTO Y LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA O MEDICINA INTERNA.
5. PROFILAXIS DE PERITONITIS BACTERIANA, POSTERIOR A SANGRADO VARICEAL EN EL PACIENTE CIRRÓTICO
6. TRATAMIENTO EMPÍRICO, SIN FACTORES DE RIESGO PARA BACILOS GRAMNEGATIVOS BLEE O DIRIGIDO POR CULTIVO CON PSA DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA DE PACIENTES CON CRITERIO DE ALTA Y EGRESO PARA ADMINISTRACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA O EN UN PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR.

CIPROFLOXACINO BASE 500 mg (COMO CIPROFLOXACINO CLORHIDRATO MONOHIDRATO) 02-0308 RE 2D

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

1. **PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA:**
 - DEBEN TOMARSE DE PREVIO CULTIVOS NECESARIOS (OBLIGATORIO).
 - SE DEBE CONTAR CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE RESISTENCIA LOCAL; EN CASO DE NO DISPONER DE ESTA INFORMACIÓN, REQUIERE APROBACIÓN DE ESPECIALISTA DE INFECTOLOGÍA DE LA RED.
 - TRATAMIENTOS MAYORES A 8 SEMANAS, REQUIEREN VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA.
- a. TRATAMIENTO ORAL DE INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN LOS QUE NO SE CUENTA CON OTRA ALTERNATIVA ORAL (RESISTENCIA A AMPICILINA/AMOXICILINA, CEFAZOLINA/CEFALEXINA, TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL).
- b. TERAPIA DEFINITIVA SEGÚN PSA POR UN MÁXIMO DE 5 DÍAS.
- c. EN ITU NO ESTÁ JUSTIFICADO EL USO EMPÍRICO DEBIDO AL ALTO PORCENTAJE DE RESISTENCIA Y NO SE JUSTIFICA SU USO EN BACTERIURIA ASINTOMÁTICA.
- d. PROSTATITIS O EPIDIDIMITIS POR HASTA 30 DÍAS (NO REQUIERE NÚMERO DE CULTIVO).
- e. TERAPIA EMPÍRICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA POR UN MÁXIMO DE 7 DÍAS (NO REQUIERE NÚMERO DE CULTIVO).
- f. PROFILAXIS PARA PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDOS A BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA SOLAMENTE UNA DOSIS PREVIA AL PROCEDIMIENTO.
- g. USO EN PROCEDIMIENTOS DE UNIDADES DE REPRODUCCIÓN DE BAJA O ALTA COMPLEJIDAD SEGÚN PROTOCOLO HASTA 6 SEMANAS.

EL PRESCRIPTOR DEBERÁ ANOTAR EN OBSERVACIONES EL NÚMERO DE CULTIVO CON EL QUE ESTÁ DEFINIENDO LA PRESCRIPCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LO CONTRARIO LA FARMACIA NO PODRÁ SEGUIR CON EL DESPACHO.

EN EL CASO DE DIAGNÓSTICO DE ITU EL PRESCRIPTOR DEBERÁ APEGARSE A DEFINICIÓN CLÍNICA DE ESTE SÍNDROME.

EN EL CASO DE INFECCIONES POR COCOS GRAM POSITIVOS NO ESTÁ JUSTIFICADO SU USO CUANDO SE CUENTE CON SENSIBILIDAD ADECUADA CON TMP-SMX, SALVO EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN LAS QUE DEBE CONTARSE CON VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA O PEDIATRÍA PARA DETERMINAR LA DURACIÓN Y EN LOS SITIOS DONDE NO SE CUENTE CON ESTAS ESPECIALIDADES DEBE CONTAR CON VALORACIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA DE LA RED.

2. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS HUMANA SEGÚN LINEAMIENTO NO. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 " LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS HUMANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CCSS". PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA INICIOS DE TRATAMIENTO Y LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA O MEDICINA INTERNA.
3. OPCIÓN DE PROFILAXIS TERAPÉUTICA EN MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIÓN PARA EL USO DE RIFAMPICINA Y CEFTRIAXONA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESPECIALISTAS Y MÉDICO GENERAL SEGÚN EL SIGUIENTE ESQUEMA :
 - INFANTES, NIÑOS Y ADOLESCENTES: 20 mg/kg, VÍA ORAL. [DOSIS ÚNICA] (MÁXIMO 500 mg/DOSIS). PRESCRIPCIÓN, REQUIERE TENER PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.
 - ADULTOS: 500 mg, VÍA ORAL (DOSIS ÚNICA).

CLARITROMICINA 500 mg

02-0310 R 1A

TABLETA RECUBIERTA

1. USO EXCLUSIVO TRATAMIENTO DEL *HELICOBACTER PYLORI*, SEGÚN LINEAMIENTO DFE.AMTC-1347-2022.
2. PACIENTES PORTADORES DE NEUMONÍAS ATÍPICAS.
3. TX DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE, PSA POSITIVA.
4. PACIENTE CON REPORTE DE ALERGIA A PENICILINA, OTROS BETALACTÁMICOS O CEFALOSPORINAS
5. ODONTOLOGÍA:
 - PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.
 - PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.

CLARITROMICINA 250mg/5mL.

02-6458 R 1A

GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL O O POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL, SABOR AGRADABLE FRASCO PARA 60 mL

1. USO EXCLUSIVO TRATAMIENTO DEL *HELICOBACTER PYLORI*, SEGÚN LINEAMIENTO DFE.AMTC-1347-2022.
2. PACIENTES PORTADORES DE NEUMONÍAS ATÍPICAS.
3. TX DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE, PSA POSITIVA.
4. PACIENTE CON REPORTE DE ALERGIA A PENICILINA, OTROS BETALACTÁMICOS O CEFALOSPORINAS
5. ODONTOLOGÍA:
 - PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.
 - PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.

CLINDAMICINA BASE 600mg (COMO FOSFATO)

02-3320 HR 2B

FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA Ó CLINDAMICINA BASE 900mg (COMO FOSFATO) FRASCO AMPOLLA. SOLUCIÓN INYECTABLE.

A. USO EXCLUSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES POR GERMENES ANAERÓBICOS.

B. USO EXCLUSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS POR GERMENES AEROBIO SENSIBLES, SEGÚN ANTIBIOGRAMA EN PACIENTE ALÉRGICO A PENICILINA INCLUIDO STAPHYLOCOCCUS AUREUS.

C. TRATAMIENTO DE CORIORETINITIS POR TOXOPLASMA.

PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIOTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGIAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA).

PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA EMPÍRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE LOS CULTIVOS NECESARIOS.

CLOFAZIMINA 100 mg. TABLETA RECUBIERTA O 02-0325 RE 1 A
CLOFAZIMINA 100 mg. CÁPSULA BLANDA

1. USO EXCLUSIVO DE NEUMOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA DOCUMENTADA BAJO PROGRAMA DOTS

2. SOLAMENTE PRESCRIPCIÓN POR INFECTOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE MICOBACTERIAS AMBIENTALES.

DAPSONA 100 mg 02-0450 RE 2C
TABLETAS

USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, HEMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.

DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO HYCLATO DE 02-1640 M 1A
DOXICICLINA) CÁPSULAS Ó TABLETAS Ó
DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO DOXICICLINA
MONOHIDRATO) CÁPSULAS

ERTAPENEM BASE 1g (COMO ERTAPENEM SÓDICO) 02-3770 HRE 2A
POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA.

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR CCF-3644-08-17

ESPIRAMICINA 500 mg EQUIVALENTE A 1.500.000 U.I. 02-0640 E 2D
TABLETAS RECUBIERTAS O CÁPSULAS

USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, OFTALMOLOGIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, GERIATRÍA

GANCICLOVIR base 500 mg (COMO GANCICLOVIR 04-4000 HRE 2B
SÓDICO).

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

RESTRICCIÓN:

- TERAPIA EMPÍRICA HASTA POR 8 DÍAS PRESCRITA POR ESPECIALISTAS DE EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO Y CÉLULAS MADRE, ESPECIALISTA EN LA CLÍNICA DE VIH, CUIDADO CRÍTICO, OFTALMOLOGÍA O INFECTOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO, VIH O INMUNOCOMPROMETIDO EN ESPERA DE CARGA VIRAL PLASMÁTICA O EVIDENCIA PATOLÓGICA/ENDOSCÓPICA/OFTALMOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR CMV.
- ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DIRIGIDO DE ENFERMEDAD POR CMV, CON SEGUIMIENTO DE CARGAS VIRALES HASTA POR 21 DÍAS.
- ESPECIALISTAS DE EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO Y CÉLULAS MADRE HASTA POR 07 DÍAS COMO PARTE DEL PROTOCOLO LOCAL DE TRASPLANTE PREVIAMENTE AVALADO POR EL CCF.
- NEONATOLOGÍA O INFECTOLOGÍA EN INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV SEGÚN PROTOCOLO DE MANEJO DE ESTA CONDICIÓN. DURACIONES MAYORES A LO INDICADO DEBEN SER AVALADAS POR CLF TRAS SER DISCUTIDAS EN SESIÓN DE SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE LA RED.

GENTAMICINA BASE 40 mg/mL (COMO SULFATO DE GENTAMICINA) 02-3970 HR 1 A

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 2 mL

1. USO EXCLUSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS POR GERMENES SENSIBLES A GENTAMICINA, SEGÚN ANTIBIOGRAMA.
2. PACIENTES ATENDIDOS EN PROGRAMAS ESPECIALES: TUBERCULOSIS Y FIBROSIS QUÍSTICA).

PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIOTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGIAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA). PREVIAMENTE AL INICIO DE LA TERAPIA EMPÍRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE LOS CULTIVOS NECESARIOS.

3. ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR EN FORMA AMBULATORIA: SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR CCF-4383-09-13
4. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS HUMANA SEGÚN LINEAMIENTO No. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 " LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS HUMANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CCSS". PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA INICIOS DE TRATAMIENTO Y LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA O MEDICINA INTERNA.

LEVOFLOXACINO 5 mg/mL (COMO LEVOFLOXACINO HEMIHDRATO) 02-4168 HRE 2 A

SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE

BOLSA Ó FRASCO AMPOLLA CON 100 mL

USO EXCLUSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES POR GERMENES RESISTENTES A OTROS ANTIBIOTICOS, SEGÚN ANTIBIOGRAMA: INFECTOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS, NEUMOLOGÍA Y EMERGENCIAS.

PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIOTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGIAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA).
PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA EMPIRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE LOS CULTIVOS NECESARIOS.

LINEZOLID 600 mg.

02-0700 HRE 2B

TABLETA RECUBIERTA

EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA COMO TRASLAPE DE TERAPIA ENDOVENOSA A VÍA ORAL EN INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS:

1. INFECCIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRA CONTRAINDICADO EN FORMA ABSOLUTA EL USO DE LAS OTRAS ALTERNATIVAS LOM ORALES:
 - STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA: SE DEBE CONTAR EN EL EXPEDIENTE CON LA INFORMACIÓN Y REPORTE DE LA CONTRAINDICACIÓN O FALLA TERAPÉUTICA A LAS ALTERNATIVAS LOM DISPONIBLES (DOXICICLINA O TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL). EN CASO DE ALERGIA A SULFAS, DEBE CONSIDERARSE TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN ANTES DE CONSIDERAR LINEZOLID COMO ALTERNATIVA.
2. TERAPIA EMPÍRICA EN INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO BLANDO
 - PARA EL DIAGNÓSTICO DE CELULITIS (TERAPIA EMPÍRICA) EL MÁXIMO DE TRATAMIENTO EMPÍRICO SERÁ DE 7 DÍAS, EN CASO DE REQUERIRSE MAYOR DURACIÓN DEBERÁ SOLICITARSE CLAVE AGUDA A CLF POR UN MÁXIMO DE 2 SEMANAS EN LA QUE SE JUSTIFIQUE POR QUÉ NO ES VIABLE UTILIZAR OTRAS ALTERNATIVAS LOM.
3. INDICACIONES PARA INFECCIONES POR MICOBACTERIAS REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR AMTC O CCF SEGÚN CORRESPONDA.

ES UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DIRIGIDO DE INFECCIONES POR ENTEROCOCOS RESISTENTES A AMPICILINA CUANDO SEA VIABLE UTILIZAR DOXICICLINA O CUANDO SE CUENTE CON CONTRAINDICACIÓN PARA EL USO DE BETALACTÁMICO Y TETRACICLINA (CUYO MOTIVO DEBERÁ ESTAR ANOTADO EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES DE LA RECETA).

SOLICITUDES EN LAS QUE EL PERIODO DE PRESCRIPCIÓN TOTAL (VÍA PARENTERAL Y ORAL) SEA ENTRE 14 DÍAS Y 6 SEMANAS SERÁN RESUELTAS POR EL CLF (REQUIERE LLENAR SOLICITUD DE CLAVE AGUDA), Y PERIODO ENTRE 6-12 SEMANAS DEBERÁN ELEVARSE AL ATMC Y PERIODOS MAYORES A 12 SEMANAS SERÁN VALORADAS POR EL CCF

LINEZOLID 600 mg / 300 mL (2 mg / mL).

02-4200 HRE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA.

BOLSA DE POLIOLEFINA CON 300 mL.

EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA EN:

1. INFECCIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRA CONTRAINDICADO EN FORMA ABSOLUTA EL USO DE VANCOMICINA.
TERAPIA EMPÍRICA POR UN MÁXIMO DE 96 HORAS Y TERAPIA DEFINITIVA POR UN MÁXIMO DE 14 DÍAS.
 - EN CASO DE LESIÓN RENAL: EN OBSERVACIONES DE LA RECETA DEBE ANOTARSE EL VALOR DE LA TFG DEL PACIENTE, ESTA DEBE SER MENOR A 50 ML/MIN/1.73M² PARA JUSTIFICAR EL USO DE ESTE ANTIMICROBIANO. NO SE ACEPTARÁ RIESGO DE NEFROTOXICIDAD PARA TERAPIA EMPÍRICA.
 - EN CASO DE HIPERFILTRACIÓN RENAL (TFG > 120 ML/MIN/1.72M²) QUE DIFICULTE ALCANZAR PARÁMETROS PKPD, DEBE ANOTARSE EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES DE LA RECETA EL VALOR Y LA PETICIÓN DEL SISTEMA DE LABORATORIO QUE DOCUMENTA ESTA TFG ELEVADA. ADEMÁS, EN CASO DE TERAPIA EMPÍRICA

DEBE JUSTIFICARSE EL MOTIVO PARA SOSPECHAR DE SARM PARA UNA TERAPIA MÁXIMA DE 5 DÍAS, Y EN CASO DE TERAPIA DEFINITIVA SE AUTORIZARÁ POR UN MÁXIMO DE 14 DÍAS.

- EN CASO DE REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD CONOCIDA O DE DESCARGA HISTAMINÉRGICA POR GLUCOPÉPTIDO, DEBE DE CONTARSE CON EL REPORTE EN NOTIFACEDRA Y UNA JUSTIFICACIÓN ANOTADA EN EL EXPEDIENTE Y ESPACIO DE OBSERVACIONES DE LA RECETA.
- EN CASO DE FALLA TERAPÉUTICA O DIFICULTAD PARA ALCANZAR NIVELES DE VANCOMICINA DEBE JUSTIFICARSE CON EVIDENCIA MICROBIOLÓGICA, NIVELES DE VANCOMICINA CON RELACIÓN A PARÁMETROS PKPD QUE NO ES POSIBLE ALCANZAR LOS NIVELES TERAPÉUTICOS DESEADOS. EL ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA DEBE DESCRIBIR EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES LAS FECHAS DE PERSISTENCIA DOCUMENTADA DEL PROCESO INFECCIOSO.
- ADEMÁS, EN CASO DE TERAPIA EMPÍRICA DEBE JUSTIFICARSE EL MOTIVO PARA SOSPECHAR SARM PARA UNA TERAPIA MÁXIMA DE 5 DÍAS EN ESPERA DE LOS CULTIVOS O EVIDENCIA MOLECULAR DE PRESENCIA DE SARM, Y EN CASO DE TERAPIA DEFINITIVA SE AUTORIZARÁ POR UN MÁXIMO DE 14 DÍAS.
- PARA EL DIAGNÓSTICO DE CELULITIS EL MÁXIMO DE TRATAMIENTO EMPÍRICO SERÁ DE 7 DÍAS, EN CASO DE REQUERIRSE MAYOR DURACIÓN DEBERÁ SOLICITARSE CLAVE AGUDA A CLF POR UN MÁXIMO DE 2 SEMANAS EN LA QUE SE JUSTIFIQUE POR QUÉ NO ES VIABLE UTILIZAR OTRAS ALTERNATIVAS LOM.

2. BN NECROTIZANTE O PACIENTE CON ENFERMEDAD INVASORA QUE AMERITE TERAPIA DOBLE.

VANCOMICINA ES EL TRATAMIENTO AVALADO A NIVEL INSTITUCIONAL COMO PRIMERA LÍNEA PARA INFECCIONES POR COCOS GRAM POSITIVOS RESISTENTES A PENICILINAS POR LO QUE DENTRO DE LAS INDICACIONES LOM LA JUSTIFICACIÓN DE MEJOR PK EN TEJIDO PULMONAR, OSTEOARTICULAR O BLANDO NO PODRÁ SER UNA JUSTIFICACIÓN PARA EL USO LOM ANTES DEL USO DE VANCOMICINA. ES UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DIRIGIDO DE INFECCIONES POR ENTEROCOCOS RESISTENTES A VANCOMICINA Y AMPICILINA O CUANDO SE CUENTE CON CONTRAINDICACIÓN PARA EL USO DE BETALACTÁMICO (CUYO MOTIVO DEBERÁ ESTAR ANOTADO EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES DE LA RECETA).

SOLICITUDES POR UN PERIODO DE ENTRE 14 DÍAS Y 6 SEMANAS SERÁN RESUELTAS POR EL CLF (REQUIERE COMPLETAR SOLICITUD DE CLAVE AGUDA), Y PERIODO ENTRE 6-12 SEMANAS DEBERÁN ELEVARSE AL AMTC Y PERIODOS MAYORES A 12 SEMANAS SERÁN VALORADAS POR EL CCF.

NO ESTÁ INDICADO SU USO EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR SARM ORIGINADAS EN CATÉTER VENOSO CENTRAL O ENDOCARDITIS QUE NO HAN RESPONDIDO O TIENEN CONTRAINDICACIÓN A VANCOMICINA POR LO QUE DEBE CONSIDERARSE EL USO DE OTRA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA.

MEROPENEM ANHIDRO 500 mg (COMO TRIHIDRATO DE MEROPENEM) CON 100mg Ó 104 mg DE CARBONATO DE SODIO ANHIDRO. 02-4124 HRE 3 A

POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES POLIRRESISTENTES, SEGÚN ANTIBIOGRAMA.

- PARA INICIO DE TERAPIA EMPÍRICA, DEBE AJUSTARSE A LA EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y A LOS PERFILES DE SENSIBILIDAD BACTERIANOS Y A LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS MIENTRAS SE CUENTA CON EL ANTIBIOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (MOLECULARES, SEROLOGÍAS, BIOMARCADORES Y PRESEPSINA).

- PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA EMPÍRICA SE DEBE PROCEDER A LA TOMA DE CULTIVOS NECESARIOS.

METRONIDAZOL 500 mg 02-4313 HE 2B

SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN

BOLSA PVC Ó POLIETILENO ATÓXICO CON 100 mL (5 mg/mL) Ó FRASCO AMPOLLA VIDRIO Ó POLIETILENO ATÓXICO ó POLIPROPILENO CON 100 mL (5 mg/mL)

USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CIRUGÍA, GINECOLOGÍA Y EMERGENCIAS

NEOMICINA BASE 250 mg A 350 mg (COMO SULFATO DE NEOMICINA) 02-1195 HM 2B

CÁPSULAS O TABLETAS

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y ESPECIALISTAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HIGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y GASTROENTEROLOGÍA

OXACILINA BASE 1 g (COMO OXACILINA SÓDICA MONOHIDRATO) 02-3660 HM 2B

POLVO PARA INYECCIÓN

FRASCO AMPOLLA DE 10 mL Ó 15 mL

PRETOMANID 200 MG 02-1300 RE 1A

TABLETA

USO EXCLUSIVO DE NEUMOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA DOCUMENTADA BAJO PROGRAMA DOTS

PIPERACILINA BASE 4 g (COMO PIPERACILINA SÓDICA) Y TAZOBACTAM BASE 0.5 g (COMO TAZOBACTAM SÓDICO) 02-4435 HRE 2A

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

1. TRATAMIENTO DIRIGIDO CONTRA CULTIVO Y PSA EN INFECCIONES POR PSEUDOMONA AERUGINOSA Y ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO CON CIM \leq 4 EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS (5-7 DÍAS), INFECCIÓN DE LA VÍA BILIAR (4-7 DÍAS), PERITONITIS SECUNDARIA (5-7 DÍAS), INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (3-7 DÍAS).
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA
2. TRATAMIENTO EMPÍRICO DEL PRIMER EPISODIO DE NEUTROPENIA Y FIEBRE EN PACIENTES HEMODINÁMICAMENTE ESTABLES EN TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO.
PRESCRIPCIÓN: HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, INFECTOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS (7 DÍAS).
ESPECIALISTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR 72 HORAS, LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO REQUIERE VALORACIÓN POR ALGUNA DE LAS ESPECIALIDADES ACREDITADAS.
3. TRATAMIENTO DEFINITIVO DIRIGIDO CONTRA CULTIVO Y PSA EN EPISODIO DE NEUTROPENIA Y FIEBRE EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SE DOCUMENTE MICROORGANISMO SENSIBLE A ESTE FÁRMACO (CIM \leq 4) COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE CARBAPENEMES.

PRESCRIPCIÓN: INFECTOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CUIDADOS INTENSIVOS (HASTA POR 7 DÍAS).

4. TERAPIA EMPÍRICA HASTA POR 72 HORAS EN ESPERA DE CULTIVO EN INFECCIONES DE VÍA BILIAR, INTRAPERITONEAL O URINARIA; EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE USO TERAPIA CON CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN O FLUOROQUINOLONAS POR AL MENOS 72 HORAS (EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS).
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA.

- EL DIAGNÓSTICO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN DE ESTOS REQUISITOS DEBE QUEDAR CONSIGNADO EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES CUANDO SE REALIZA LA RECETA DE LO CONTRARIO LA FARMACIA NO PODRÁ DESPACHAR EL MEDICAMENTO.
- CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO DEBEN SER VALORADAS Y AUTORIZADAS POR INFECTOLOGÍA.
- EN CENTROS DE SALUD DONDE NO SE CUENTE CON ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA; DEBEN SER DISCUTIDAS CON INFECTOLOGÍA DE LA RED.
- EN CASO DE NO CONTAR CON ESPECIALISTA PARA INICIO DE TRATAMIENTO EN TIEMPO EXTRAORDINARIO, PUEDE SER AUTORIZADO POR LA JEFATURA DE GUARDIA HASTA POR 72 HORAS.

SULFADIAZINA 500 mg 02-1600 RE 2D

TABLETAS

USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, OFTALMOLOGÍA, NEUROLOGÍA Y GINECO-OBSTETRICIA EN TRATAMIENTO DE TOXOPLASMOSIS.

SULFASALAZINA 500 mg 02-1610 E 2C

TABLETAS CON O SIN CUBIERTA ENTÉRICA

USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, REUMATOLOGIA

TRIMETOPRIMA 40 mg/5 mL CON SULFAMETOXAZOL 02-7720 M 1A

200 mg/ 5 mL

SUSPENSIÓN ORAL

ENVASE CON 100 A 120mL

TRIMETOPRIMA 160 mg CON SULFAMETOXAZOL 02-1730 M 1A

800 mg.

TABLETAS

VALGANCICLOVIR 450 mg (COMO HIDROCLORURO 04-0800 RE 2B

DE

VALGANCICLOVIR).

TABLETA RECUBIERTA.

- TERAPIA EMPÍRICA HASTA POR 8 DÍAS PRESCRITA POR ESPECIALISTAS DE EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO Y CÉLULAS MADRE, ESPECIALISTA EN LA CLÍNICA DE VIH, CUIDADO CRÍTICO, OFTALMOLOGÍA O INFECTOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO, VIH O INMUNOCOMPROMETIDO EN ESPERA DE CARGA VIRAL PLASMÁTICA O EVIDENCIA PATOLÓGICA/ENDOSCÓPICA/OFTALMOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR CMV.
- ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA Y MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CLÍNICAS DE VIH PARA EL TRATAMIENTO DIRIGIDO Y PROFILAXIS SECUNDARIA DE ENFERMEDAD POR CMV, CON SEGUIMIENTO DE CARGAS VIRALES HASTA POR 180 DÍAS.

- ESPECIALISTAS DE EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO Y CÉLULAS MADRE, HASTA POR 180 DÍAS COMO PARTE DEL PROTOCOLO LOCAL DE TRASPLANTE PREVIAMENTE AVALADO POR EL CCF.

DURACIONES MAYORES A LOS 6 MESES DEBEN SER AVALADAS POR CLF TRAS SER DISCUTIDAS EN SESIÓN DE SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE LA RED.

VANCOMICINA (COMO HIDROCLORURO) 500 mg 02-4810 HRE 2B
POLVO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA DE 10 mL CON Ó SIN DILUENTE
INCLUIDO

- ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS HASTA POR 72 HORAS PARA:
 - TERAPIA EMPÍRICA DE INFECCIONES EN LAS QUE SE SOSPECHA PARTICIPACIÓN DE COCOS GRAM POSITIVOS RESISTENTES A BETALACTÁMICOS.
 - TERAPIA EMPÍRICA EN PACIENTE CON NEUTROPENIA Y FIEBRE CON INESTABILIDAD CLÍNICA O CON SOSPECHA DE INFECCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAVASCULAR
 - PARA EXTENDER ESTOS TRATAMIENTOS HASTA POR 7 DÍAS DEBE SER PRESCRITO POR MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, NEFROLOGÍA O INFECTOLOGÍA.
 - PARA EXTENDER ESTOS TRATAMIENTOS HASTA 14 DÍAS DEBE SER PRESCRITO POR ESPECIALISTA EN CUIDADO INTENSIVO O INFECTOLOGÍA
- ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS HASTA POR 5 DÍAS PARA:
 - TERAPIA EMPÍRICA EN MENINGITIS BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA QUE SE SOSPECHA S. PNEUMONIAE CON RESISTENCIA A BETALACTÁMICOS.
 - TERAPIA EMPÍRICA PARA CELULITIS.
 - PARA EXTENDER ESTOS TRATAMIENTOS HASTA POR 7 DÍAS DEBE SER PRESCRITO POR MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, NEFROLOGÍA O INFECTOLOGÍA.
- ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS PARA EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE INFECCIONES BACTERIANAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A LA METILICINA:
 - BACTERIEMIA HASTA POR 18 DÍAS.
 - INFECCIONES EN EL SNC HASTA POR 21 DÍAS.
 - OTRAS INDICACIONES HASTA POR 7 DÍAS.
 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA HASTA POR 28 DÍAS.
- ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS POR 7 DÍAS PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO POR:
 - ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTE A AMPICILINA
- PACIENTE QUE REQUIERE ANTIMICROBIANOS Y EN QUIEN SE ENCUENTRA ADECUADAMENTE DOCUMENTADO EN EL EXPEDIENTE ALERGIA A OTROS GRUPOS DE ANTIMICROBIANOS QUE JUSTIFIQUE EL USO DE TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA COCOS GRAM POSITIVOS. ESTE APARTADO INCLUYE EVENTOS DE PROFILAXIS ANTIMICROBIANA.
- PROFILAXIS ANTIMICROBIANA PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON TAMIZAJE POSITIVO POR SARM O EN AQUELLOS QUE YA TUVIERON UNA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR POR EL MISMO.
- LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL (HOSPITALIZADO O AMBULATORIO) EN EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE HASTA POR 14 DÍAS.
- INFECTOLOGÍA:
 - TRATAMIENTOS MAYORES A 14 DÍAS (SALVO LAS CONSIDERACIONES PUNTUALES AQUÍ DESCRITAS).
 - INFECCIONES CRÓNICAS EN SALONES UCI O NO UCI.
 - EN AQUELLOS CENTROS EN LOS QUE NO SE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD, DEBERÁ SER COMENTADO CON INFECTOLOGÍA DE SU RED.

CUALQUIERA DE LAS RESTRICCIONES ANTERIORES DEBERÁ SER ANOTADA EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES DE LA RECETA DE LO CONTRARIO LA FARMACIA NO PODRÁ PROCEDER CON EL DESPACHO.

ADEMÁS, DEBE CONSTAR LA VALORACIÓN MÉDICA DEL ESPECIALISTA
O SUBESPECIALISTA EN EL EDUS.

03 ANTITUBERCULOSOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
CICLOSERINA 250 mg CÁPSULAS Ó TABLETAS USO EXCLUSIVO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS POLIDROGA/RESISTENTE CONFIRMADO POR P.S.A. TRATAMIENTO EN HOSPITAL DEFINIDO, BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010).	03-0303	R	3 A
ETAMBUTOL HIDROCLORURO 400 mg TABLETAS RECUBIERTAS BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010).	03-0670	R	1A
ETIONAMIDA 250 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS POLIDROGA/RESISTENTE CONFIRMADO POR P.S.A. TRATAMIENTO EN HOSPITAL DEFINIDO, BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010).	03-0690	R	3 A
ISONIAZIDA 300 mg TABLETAS BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010).	03-0990	R	1A
ISONIAZIDA 100 mg TABLETA DISPERSABLE USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS	03-0995	R	1A
PIRAZINAMIDA 500 mg TABLETAS BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010).	03-1340	R	1A
RIFAMPICINA 100 mg/5 mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 60 mL Ó 120 mL 1. USO EXCLUSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN Y TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010). 2. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS HUMANA SEGÚN LINEAMIENTO No. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 " LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS HUMANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CCSS". PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA INICIOS DE TRATAMIENTO Y LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA O MEDICINA INTERNA. 3. PRIMERA LÍNEA EN PROFILAXIS DE MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS O HAEMOPHILUS INFUENZAE, SEGÚN EL SIGUIENTE ESQUEMA: - NIÑOS < 1 MES: 5 mg /KG/DOSIS, VIA ORAL CADA 12 HORAS POR DOS DÍAS. PRESRIPCIÓN ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA.	03-7490	R	1A

- ≥ 1 MES, NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS: 10 mg/KG/DOSIS (MÁXIMO 600 mg) VÍA ORAL, CADA 12 HORAS POR DOS DÍAS.

NOTA: PARA OTRAS INDICACIONES SE REQUIERE EL CRITERIO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE, APROVECHANDO LOS MEDIOS TECNOLÓGICOS DISPONIBLES.

RIFAMPICINA 300 mg

03-1560 R 1A

CÁPSULAS

1. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE HANSEN Y TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS (CIRCULAR CCF-1880-07-2010). PARA OTRAS INDICACIONES SE REQUIERE EL CRITERIO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE, APROVECHANDO LOS MEDIOS TECNOLÓGICOS DISPONIBLES.
2. ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA: ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI COMO TERCERA LÍNEA (PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA) O CUARTA LÍNEA DE TRATAMIENTO SEGÚN LINEAMIENTO GM-CCF-E-0940-2022 POR UN PERÍODO DE 14 DÍAS, NO PRORROGABLES (PARA ESTE TRATAMIENTO NO SE REQUERIRÁ ADMINISTRACIÓN ESTRICTAMENTE SUPERVISADA).
3. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS HUMANA SEGÚN LINEAMIENTO No. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 "LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS HUMANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CCSS". PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PARA INICIOS DE TRATAMIENTO Y LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA O MEDICINA INTERNA.
4. PRIMERA LÍNEA EN PROFILAXIS DE MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS O HAEMOPHILUS INFLUENZAE SEGÚN EL SIGUIENTE ESQUEMA:
 - NIÑOS < 1 MES: 5 mg/KG/DOSIS, VÍA ORAL, CADA 12 HORAS POR DOS DÍAS. PRESCRIPCIÓN ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA.
 - ≥ 1 MES, NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS: 10 mg/KG/DOSIS (MÁXIMO 600 MG) VÍA ORAL, CADA 12 HORAS, POR DOS DÍAS.

NOTA: PARA OTRAS INDICACIONES SE REQUIERE EL CRITERIO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA, QUE DEBE ESTAR DEBIDAMENTE CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE, APROVECHANDO LOS MEDIOS TECNOLÓGICOS DISPONIBLES.

RIFAMPICINA 150 mg, ISONIAZIDA 75 mg,

03-1563 R 1A

PIRAZINAMIDA 400 mg Y ETAMBUTOL

HIDROCLORURO 275 mg

TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS

RIFAMPICINA 75 mg, ISONIAZIDA 50 mg Y

03-1564 R 1A

PIRAZINAMIDA 150 mg

TABLETA DISPERSABLE

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS

RIFAMPICINA 75 mg CON ISONIAZIDA 50 mg

03-1566 R 1A

TABLETA DISPERSABLE

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS BAJO PROGRAMA DOTS

RIFAMPICINA 150 mg CON ISONIAZIDA 75 mg

03-1567 R 1A

TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS BAJO
PROGRAMA DOTS

04 ANTIFÚNGICOS Y ANTIVIRALES

FÁRMACOS ANTIFÚNGICOS

	Código	Clave	Usuario
AMFOTERICINA B 50 mg POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA. USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, DERMATOLOGÍA, CIRUGIA, PEDIATRÍA, HEMATOLOGIA Y ONCOLOGÍA MÉDICA	04-3170	HE	2 A
AMFOTERICINA B LIPOSOMAL 1 mg/mL. SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL 1. PRESCRIPCIÓN POR INFECTOLOGÍA: DIAGNÓSTICO DE MENINGOENCEFALITIS POR <i>CRYPTOCOCCUS</i> <i>SP</i> , HISTOPLASMOSIS DISEMINADA PROGRESIVA, INFECCIONES POR MUCORALES, EN PACIENTES CON UNA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR MENOR A 30 mL/min Y CON INMUNOSUPRESIÓN PROFUNDA POR: MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES EN EL CONTEXTO DE PATOLOGÍA AUTOINMUNE, TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO O CÉLULA MADRE HEMATOPOYÉTICAS, INFECCIÓN POR VIH, MIELOSUPRESIÓN POSQUIMIOTERAPIA. NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN, EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.	04-3171	HRE	2A
ANIDULAFUNGINA 100 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 30 mL O. CASPOFUNGINA 50 mg (COMO ACETATO DE CASPOFUNGINA). POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA EN PACIENTES CON CANDIDEMIAS: TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS INVASIVA SISTÉMICA, EXCEPTO LA DE ORIGEN URINARIO, CON CONTRAINDICACIÓN (ALERGIA, INSUFICIENCIA RENAL, HIPOKALEMIA SEVERA O REFRACTARIA U OTRA TOXICIDAD ORGÁNICA), FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA DEMOSTRADA AL USO DE AMFOTERICINA B O FLUCONAZOL INTRAVENOSO	04-1015	HRE	2A
CASPOFUNGINA 70 mg (COMO ACETATO DE CASPOFUNGINA) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA EN PACIENTES CON CANDIDEMIAS: TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS INVASIVA SISTÉMICA, EXCEPTO LA DE ORIGEN URINARIO, CON CONTRAINDICACIÓN (ALERGIA, INSUFICIENCIA RENAL, HIPOKALEMIA SEVERA O REFRACTARIA U OTRA TOXICIDAD ORGÁNICA), FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA DEMOSTRADA AL USO DE AMFOTERICINA B O FLUCONAZOL INTRAVENOSO	04-3000	HRE	2 A
FLUCONAZOL 2 mg/mL EN SOLUCIÓN INYECTABLE ISO-OSMÓTICA DILUIDA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9% FRASCO AMPOLLA CON 100 mL	04-3885	HRE	2B

1. ESPECIALISTAS A CARGO DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS, ESPECIALISTAS Y SUB-ESPECIALISTAS EN MEDICINA Y PEDIATRÍA, POR UN MÁXIMO DE 72 HORAS, PARA:
 - TERAPIA EMPÍRICA CUANDO HAYA SOSPECHA DE INFECCIONES FÚNGICAS SISTÉMICAS.
2. ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA INTENSIVA, PEDIATRÍA E INFECTOLOGÍA PARA:
 - TRATAMIENTO DEFINITIVO DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS POR LEVADURAS, HASTA POR 14 DÍAS.
 - TRATAMIENTO EMPÍRICO CUANDO HAY SOSPECHA DE FUNGEMIA POR *CANDIDA ALBICANS* O ESPECIES SENSIBLES, HASTA POR 5 DÍAS EN ESPERA DE PSA.
3. TRATAMIENTOS MAYORES A 14 DÍAS SOLAMENTE POR INFECTOLOGÍA, EN CENTROS QUE NO CUENTEN CON ESTA ESPECIALIDAD DEBEN SER DISCUTIDAS CON INFECTOLOGÍA DE LA RED.

FLUCONAZOL 200 mg

04-0760 RE 2D

CÁPSULAS O TABLETAS

1. TODOS LOS ESPECIALISTAS DEL ÁREA MÉDICA O QUIRÚRGICA QUE ATIENDEN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS O DE UNIDADES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO:
 - a. TRATAMIENTO DE MICOSIS MUCOCUTÁNEAS SISTÉMICAS EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS O DE TRASPLANTE.
 - b. PROFILAXIS EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS O DE TRASPLANTE.
2. ESPECIALISTAS EN ÁREAS MÉDICAS, GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIÁTRICAS:
 - a. TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS INTRADUCTAL DEL PEZÓN QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO TÓPICO EN MADRES QUE ESTÁN DANDO LACTANCIA.
 - b. TRATAMIENTO DE CANDIDIOSIS ESOFÁGICA DOCUMENTADA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA HASTA POR 14 DÍAS.
3. ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:
 - a. TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TERCERA RECURRENCIA DE CANDIDIOSIS VAGINAL SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR DFE-AMTC-1777-2023.

GRISEOFULVINA 125 mg / 5 mL

04-6930 M 1A

SUSPENSIÓN ORAL

FRASCO CON 120 mL

ITRACONAZOL 100 mg

04-1005 RE 2C

CÁPSULAS

1. USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, REUMATOLOGIA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA PACIENTES:
 - a. HISTOPLASMOSIS, ASPERGILOSIS (INTOLERANCIA O REFRACTARIOS A AMFOTERICINA), CROMOMICOSIS, BLASTOMICOSIS, COCCIDIOMICOSIS.
 - b. ONICOMICOSIS CON CULTIVO POSITIVO

KETOCONAZOL 200 mg

04-1010 RE 2C

TABLETAS

USO EXCLUSIVO EN INFECTOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, ENDOCRINOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y CLÍNICAS DE ATENCIÓN DE VIH, EN PACIENTES CON MICOSIS SISTÉMICAS TALES COMO BLASTOMICOSIS, COCCIDIOMICOSIS, HISTOPLASMOSIS, CROMOMICOSIS Y PARACOCCIDIOMICOSIS.

NISTATINA 100.000 U / mL

04-7260 M 1A

SUSPENSIÓN ORAL

FRASCO CON 30 mL CON GOTERO INCLUIDO

VORICONAZOL 200 mg

04-4861 HRE 2A

**POLVO LIOFILIZADO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
FRASCO AMPOLLA**

PRESCRIPCIÓN POR INFECTOLOGÍA:

1. ASPERGILOSIS INVASIVA SISTÉMICA, PULMONAR O EXTRAPULMONAR. *CONFIRMADO O SOSPECHA*.
2. TRATAMIENTO (AGENTE ALTERNATIVO) DE LA CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN, FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA DOCUMENTADA A LA AMFOTERICINA B Y AL FLUCONAZOL.
3. INFECCIONES DE *FUSARIUM SPP*.
4. PROFILAXIS CONTRA INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS (AGENTE ALTERNATIVO) TRASPLANTES ALOGÉNICOS DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS.
5. TRATAMIENTO (AGENTE ALTERNATIVO) DE INFECCIONES GRAVES POR *CANDIDA SPP* U OTRAS MICOSIS SISTÉMICAS CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN, FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA DOCUMENTADA AL FLUCONAZOL, A LAS EQUINOCANDINAS Y A LA AMFOTERICINA B.

VORICONAZOL 200 mg

04-1756 RE 2A

TABLETA RECUBIERTA

PRESCRIPCIÓN POR INFECTOLOGÍA:

1. ASPERGILOSIS INVASIVA SISTÉMICA, PULMONAR O EXTRAPULMONAR.
2. TRATAMIENTO (AGENTE ALTERNATIVO) DE LA CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN, FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA DOCUMENTADA A LA AMFOTERICINA B Y AL FLUCONAZOL.
3. INFECCIONES DE *FUSARIUM SPP*.
4. PROFILAXIS CONTRA INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS (AGENTE ALTERNATIVO) TRASPLANTES ALOGÉNICOS DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS.
5. TRATAMIENTO (AGENTE ALTERNATIVO) DE INFECCIONES GRAVES POR *CANDIDA SPP* U OTRAS MICOSIS SISTÉMICAS CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN, FALLO TERAPÉUTICO O RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA DOCUMENTADA AL FLUCONAZOL, A LAS EQUINOCANDINAS Y A LA AMFOTERICINA B.
6. MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON INFECCIONES FÚNGICAS CON RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA DOCUMENTADA A EQUINOCANDINAS Y OTROS AZOLES (FLUCONAZOL, ITRACONAZOL).

FÁRMACOS ANTIVIRALES**ABACAVIR 600 mg (COMO SULFATO) CON 04-0045 R 2A****LAMIVUDINA 300 mg.****TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)**

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

ACICLOVIR 200 mg/5mL

04-6030 RE 3A

SUSPENSIÓN ORAL**FRASCO CON 120 mL A 150 mL**

USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y PEDIATRÍA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SEVERAS CAUSADAS POR VIRUS VARICELA-ZOSTER EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS.

ACICLOVIR 400 mg 04-0046 R 1 A

TABLETAS Ó TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM Ó CÁPSULAS.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SEVERAS CAUSADAS POR VIRUS DE VARICELA-ZOSTER COMO HERPES ZOSTER Y PRIMER EPISODIO DE HERPES GENITAL GRAVE, POR UN MÁXIMO DE 7 DÍAS. EL INICIO DE TRATAMIENTO DEBE SER ANTES DE TRANSCURRIDAS 72 HORAS DE INICIADO LOS SÍNTOMAS. PARA PACIENTES CON HERPES GENITAL RECURRENTE (MÁS DE 6 EPISODIOS EN UN AÑO) U OTRA CONDICIÓN QUE REQUIERA TRATAMIENTO POR UN PERIODO MAYOR DE 7 DÍAS, QUEDA RESTRINGIDO PARA: MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, GINECOLOGÍA, **DERMATOLOGÍA**, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

SE AMPLÍA SU USO POR MÁS DE SIETE DÍAS, A LA ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGÍA, PARA PACIENTES CON TMO

ACICLOVIR BASE 250 mg (COMO SAL SÓDICA) 04-3050 HRE 2 A

POLVO LIOFILIZADO, INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA, CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO

USO EXCLUSIVO INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, PEDIATRÍA, OFTALMOLOGIA MEDICINA INTERNA, NEUROLOGÍA, Y GERIATRÍA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SEVERAS CAUSADAS POR VIRUS VARICELA-ZOSTER EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS.

BICTEGRAVIR 50 mg (COMO BICTEGRA VIR SÓDICO), 04-0241 R 2 A

EMTRICITABINA 200 mg, TENOFOVIR ALAFENAMIDA 25 mg (COMO FUMARATO DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA).

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN PACIENTES CON FALLA RENAL, OSTEOPOROSIS O EFECTOS SECUNDARIOS A OTROS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES, PREVIA APROBACIÓN POR CASO INDIVIDUAL DE LA COMISIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA DE VIH EXISTENCIA: ALMACENABLE

DARUNAVIR 600 mg (como etanoato de darunavir) 04-0495 R 2 A

TABLETAS RECUBIETAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN PACIENTES CON FALLA O EFECTOS SECUNDARIOS A OTROS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES, PREVIA APROBACIÓN POR CASO INDIVIDUAL DE LA COMISIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA DE VIH.

DARUNAVIR 800 mg (COMO ETANOLATO DE 04-0497 RE 2 A

DARUNAVIR) Y COBICISTAT 150 mg.

COMPRIMIDO RECUBIERTO

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLINICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH, EN PACIENTES CON FALLA TERAPÉUTICA A UNA LÍNEA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, PREVIA APROBACIÓN EN LA CLÍNICA DE VIH CORRESPONDIENTE. PARA INICIOS DE TRATAMIENTO SE DEBE ANOTAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES DE LA RECETA ELECTRÓNICA EL CRITERIO DE FALLA TERAPÉUTICA Y EL NÚMERO DE SESIÓN EN LA QUE SE DIO LA APROBACIÓN.

DOLUTEGRAVIR 50 mg (COMO DOLUTEGRAVIR SÓDICO) 04-0500 R 2A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH PARA USO EN CASOS DE RESISTENCIA Y EN PACIENTES QUE NO PUEDAN USAR OTRAS ALTERNATIVAS POR CONTRAINDICACIÓN O EFECTOS ADVERSOS A OTROS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES.

EFAVIRENZ 600mg 04-0580 R 3A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH, EN PACIENTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROTOCOLO (COMO TRATAMIENTO INICIAL SEGÚN RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN LOCAL DE VIH) Ó CRITERIOS DEFINIDOS DE RESISTENCIA POSTERIOR A UTILIZAR EL ESQUEMA TRIASOCIADO INICIAL.

EFAVIRENZ 600 mg, EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg (EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg) 04-0585 R 2A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

ELVITEGRAVIR 150 mg, COBICISTAT 150 mg, EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR ALAFENAMIDA 10 mg. 04-0595 R 2A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN PACIENTES CON FALLA O EFECTOS SECUNDARIOS A OTROS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES, PREVIA APROBACIÓN POR CASO INDIVIDUAL DE LA COMISIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA DE VIH.

EMTRICITABINA 200 mg Y TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg 04-0600 R 1A

TABLETA RECUBIERTA. ENVASE

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN LAS ÁREAS DE SALUD AUTORIZADAS PARA SER UTILIZADO COMO TERAPIA PREEXPOSICIÓN (PREP) EN PACIENTES CON 18 AÑOS O MÁS Y ALTO RIESGO DE CONTRAER LA INFECCIÓN POR EL VIH, QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN ESTABLECIDOS EN LA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN POR VIH EN LA POBLACIÓN EXPUESTA A MAYOR RIESGO POR LA INFECCIÓN DEL VIH. CÓDIGO MIT.GM.DDSS. AAIP.060223. VERSIÓN 02. 2023.

LAMIVUDINA 10 mg/mL. 04-7125 R 3A
(CONTIENE SUCROSA AL 20% [P/V]. NO CONTIENE ALCOHOL) HNN
SOLUCIÓN ORAL

FRASCO DE POLIETILENO CON 240 mL
USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE
LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

LAMIVUDINA 150 mg 04-1045 R 2B
TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE
LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.
GASTROENTEROLOGÍA, EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B

RALTEGRAVIR 434, 4 mg (COMO RALTEGRAVIR POTÁSICO) EQUIVALENTE A 400 mg DE RALTEGRAVIR. 04-0590 R 2A

TABLETA RECUBIERTA.
USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE
LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH PARA:
1-USO PRIORITARIO EN MUJERES CON VIH DURANTE EL EMBARAZO Y
DESDE EL MOMENTO QUE LA MUJER DECIDA INTENTAR LA
CONCEPCIÓN.
2-PACIENTES COINFECTADOS VIH-TUBERCULOSIS DURANTE EL
PERIODO DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

DOLUTEGRAVIR 50 mg (COMO DOLUTEGRAVIR SÓDICO) 04-0500 R 2A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)
USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y
MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH
PARA USO EN CASOS DE RESISTENCIA Y EN PACIENTES QUE
NO PUEDEN USAR OTRAS ALTERNATIVAS POR
CONTRAINDICACIÓN O EFECTOS ADVERSOS A OTROS
FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES.

DOLUTEGRAVIR 50 mg (COMO DOLUTEGRAVIR SÓDICO), LAMIVUDINA 300 mg, TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 MG (EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg). 04-0505 R 2A

TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)
1- USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE
LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.
2- PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES POST EXPOSICIÓN POR
VIOLACIÓN EN LAS PRIMERAS 72 HORAS SEGÚN EL PROTOCOLO
INTERINSTITUCIONAL VIGENTE

RITONAVIR 100 mg 04-1570 R 3 A

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH, COMO TRATAMIENTO DE RESCATE.

SOFOSBUVIR 400 mg Y VELPATASVIR 100 mg 04-1200 RE 3 A

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C SEGÚN EL SIGUIENTE LINEAMIENTO, TOMANDO COMO BASE CONDICIÓN CLÍNICA Y GENOTIPO:

1. TRATAMIENTO POR 12 SEMANAS:

- a. SIN CIRROSIS (GENOTIPO: 1-6 O 1-4 +HIV).
- b. CON CIRROSIS COMPENSADA (GENOTIPO: 1,2,4,5,6 O 3 SIN Y93H O 1-4 + HIV)
- c. CON CIRROSIS DESCOMPENSADA + RIBAVIRINA (GENOTIPO 1 – 6).

2. TRATAMIENTO POR 24 SEMANAS:

- a. CON CIRROSIS DESCOMPENSADA (GENOTIPO: 1 – 6).
- b. CON CIRROSIS DESCOMPENSADA PRETRATADOS CON SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR (GENOTIPO 1 – 6)

TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 mg 04-1805 R 2 B

(EQUIVALENTE A TENOFOVIR DISOPROXIL 245 mg)

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

[ENTRE LOS EXCIPIENTES CONTIENE LACTOSA (EN FORMA MONOHIDRATO)]

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

GASTROENTEROLOGÍA, EN EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS B, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

ZIDOVUDINA 50 mg /5mL. 04-7760 R 3 A

HNN

SOLUCIÓN ORAL

FRASCO CON 240 mL

USO EXCLUSIVO HNN PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

ZIDOVUDINA 300 mg 04-1800 R 3 A

TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH, Y EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL (MADRE PORTADORA DE INFECCIÓN POR VIH, A HIJO).

05 ANTISEPTICOS Y AGENTES URINARIOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
NITROFURANTOINA 25 mg / 5 mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 120 mL	05-7280	M	1A
NITROFURANTOÍNA (MACROCRISTALES) 50 mg Ó 100 mg CÁPSULAS	05-1230	M	1A

06 ADRENERGICOS

Código Clave Usuario

EPINEFRINA BASE 1 mg/mL (1:1000) (COMO 06-3750 HM 1A

EPINEFRINA HIDROCLORURO)

SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE

AMPOLLA CON 1 mL

SE AUTORIZA EL DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN ALERGOLOGÍA PARA USO EXCLUSIVO EN EL MANEJO DE EMERGENCIA DE ANAFILAXIA CON REPOSICIÓN POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDE DOCUMENTADO EN EXPEDIENTE QUE EL PACIENTE Y/O PERSONA A CARGO:

- a. FUE CAPACITADO PREVIAMENTE PARA RECONOCER LOS SÍNTOMAS DE ANAFILAXIA.
- b. RECIBIÓ INFORMACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN, ALMACENAJE, REVISIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO Y JERINGA DESPUÉS DE UTILIZADO Y, SOBRE LA REPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.
- c. CUENTA CON ENTRENAMIENTO PREVIO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.
- d. SE INSTRUYÓ PARA QUE DESPUÉS DE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA ANAFILAXIA, DEBE DIRIGIRSE INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO.

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 mg (12,5 06-3715 HR 2B

mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON

20 mL

O

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 mg (25

mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON

10 mL

O

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 mg. EN

POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

O

DOBUTAMINA (COMO HIDROCLORURO) 250 mg (50

mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. AMPOLLA CON 5 mL

O

DOBUTAMINA (COMO CLORHIDRATO) 250 mg (12.5

mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN . FRASCO AMPOLLA CON 20 mL.

USO EXCLUSIVO EN PACIENTES CON GASTO CARDIACO DISMINUIDO Y PRESION DE CUÑA PULMONAR ELEVADA; ADICIONALMENTE SE APOYA SU USO POR PARTE DE ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA COMO APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LUGARES QUE CUENTAN CON

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO ADECUADO.

DOPAMINA HIDROCLORURO 200 mg (40 mg/mL) 06-3720 HE 2C

CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. INYECTABLE

AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERENCIÓLOGOS (SERVICIO DE EMERGENCIAS), MEDICINA INTERNA, ANESTESIOLOGÍA

FENILEFRINA HIDROCLORURO 1%(10mg/mL)

06-3810 HE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA CON 1mL

USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX Y UNIDADES DE HEMODINAMIA

NOREPINEFRINA BASE 4 mg (COMO NOREPINEFRINA BITARTRATO MONOHIDRATO).

06-4348 HRE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 4 mL

EXCLUSIVO EN PACIENTES CON SHOCK SEGÚN PROTOCOLO POR PARTE DE ESPECIALISTAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (INTENSIVISTAS O ESPECIALISTA A CARGO DEL SERVICIO), SERVICIOS DE EMERGENCIAS (EMERENCIÓLOGO O ESPECIALISTA A CARGO DEL SERVICIO), MEDICINA INTERNA, ANESTESIOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y ESPECIALISTAS MEDICO QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR

07 AGENTES CARDIACOS

	Código	Clave	Usuario
AMIODARONA HIDROCLORURO 50 mg/mL SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE, CONCENTRADO PARA INFUSIÓN. AMPOLLA CON 3 mL TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS SEVERAS. ATENCIÓN DE PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR) CON RITMOS DESFIBRIALES: FIBRILACIÓN VENTRICULAR, TAQUICARDIA VENTRICULAR SIN PULSO.	07-3135	HR	2C
AMIODARONA HIDROCLORURO 200 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS SEVERAS SIN RESPUESTA A OTROS ANTIARRITMICOS COMO QUINIDINA Y PROPRANOLOL.	07-0160	R	2C
CARVEDILOL 6.25 mg. TABLETA RECUBIERTA O CARVEDILOL 6.25 mg. TABLETA USO EXCLUSIVO MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA, GERIATRÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CLASE II- III (SEGÚN NYHA) O CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN MENOR O IGUAL A 40% CON: <ul style="list-style-type: none">• DISFUNCIÓN VENTRICULAR SISTÓLICA, SECUNDARIA A ISQUEMIA MIOCÁRDICA, VALVULOPATÍA O MIOCARDIOPATÍA.• DAÑO CARDIACO ESTRUCTURAL EVIDENTE.• TRATAMIENTO AGREGADO A ENALAPRIL (O IRBESARTÁN), DIGOXINA Y UN DIURÉTICO; O CON LA DEBIDA JUSTIFICACIÓN EXPRESA DE CONTRAINDICACIÓN A ALGUNO DE ESTOS FÁRMACOS. LOS RESULTADOS DE ECOCARDIOGRAMA, ELECTROCARDIOGRAMA Y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DEBEN QUEDAR DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE. NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.	07-1765	RE	2B
CARVEDILOL 12.5 mg TABLETA O TABLETA RECUBIERTA USO EXCLUSIVO MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA, GERIATRÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CLASE II- III (SEGÚN NYHA) O CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN MENOR O IGUAL A 40% CON: <ul style="list-style-type: none">• DISFUNCIÓN VENTRICULAR SISTÓLICA, SECUNDARIA A ISQUEMIA MIOCÁRDICA, VALVULOPATÍA O MIOCARDIOPATÍA.• DAÑO CARDIACO ESTRUCTURAL EVIDENTE.• TRATAMIENTO AGREGADO A ENALAPRIL (O IRBESARTÁN), DIGOXINA Y UN DIURÉTICO; O CON LA DEBIDA JUSTIFICACIÓN EXPRESA DE CONTRAINDICACIÓN A ALGUNO DE ESTOS FÁRMACOS.	07-1780	RE	2B

LOS RESULTADOS DE ECOCARDIOGRAMA, ELECTROCARDIOGRAMA Y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DEBEN QUEDAR DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

DIGOXINA 0.25 mg (250 ug)/mL 07-3685 HM 2C
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL O 2 mL

DIGOXINA 0.005 % (0.05 mg/mL) 07-6710 E 2C
ELIXIR
FRASCO GOTERO CON 60 mL
USO EXCLUSIVO CARDIOLOGÍA, PEDIATRÍA

DIGOXINA 0.25 mg 07-0550 M 1A
TABLETA

DIGOXINA 0.075% (0.75 mg/mL) 07-6720 M 1A
ELIXIR. SOLUCIÓN ORAL.
FRASCO GOTERO CON 10 mL

ENALAPRIL MALEATO 5 mg 07-0610 R 1A
TABLETAS
USO EXCLUSIVO INICIO DE TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

PROPRANOLOL HIDROCLORURO 10 mg 07-1510 M 1A
TABLETAS RECUBIERTAS

PROPRANOLOL HIDROCLORURO 1 mg/mL 07-4490 HRE 2C
SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL
USO EXCLUSIVO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, UNIDAD CORONARIA ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA Y EMERGENCIÓLOGOS (SERVICIOS DE EMERGENCIAS) INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS SEVERAS SIN RESPUESTA A OTROS ANTIARRÍTMICOS

VERAPAMILO HIDROCLORURO 5 mg 07-4830 HR 2C
SOLUCIÓN INYECTABLE.
AMPOLLA CON 2mL O 2.2 mL
TRATAMIENTO DE ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES

VERAPAMILO HIDROCLORURO 80 mg

07-1754 E 2C

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO CARDIOLOGÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA,
GERIATRÍA, ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA,

08 ANTIHIPERTENSIVOS

	Código	Clave	Usuario
ATENOLOL 50 mg TABLETAS	08-0210	M	1A
ENALAPRIL MALEATO 20 mg TABLETAS	08-0267	M	1A
HIDRALAZINA HIDROCLORURO 50 mg TABLETAS	08-0840	M	1A
HIDRALAZINA HIDROCLORURO 20 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL Ó POLVO LIOFILIZADO. AMPOLLA CON O SIN DILUENTE ADJUNTO	08-4090	HM	2B
HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TABLETAS RANURADAS	08-0850	M	1A
IRBESARTAN 150 mg. TABLETA RECUBIERTA O IRBESARTÁN 150 MG. TABLETA. USO EN PACIENTES CON REACCIONES ADVERSAS O FALLA TERAPEUTICA AL USO DEL ENALAPRIL. SEGÚN LINEAMIENTOS EN CIRCULAR DFE-AMTC- 2805-2020 -DDSS / PSA-0344-2020	08-1103	R	1A
METILDOPA 250 mg TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)	08-1030	M	1A
METILDOPA 500 mg TABLETAS RECUBIERTAS	08-1040	M	1A
NITROPRUSIATO DE SODIO DIHIDRATO 50 mg . POLVO PARA INYECCIÓN. CON O SIN DILUENTE. NO CONTIENE PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA DE 5 mL O NITROPRUSIATO DE SODIO DIHIDRATO 50 mg. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 2 mL USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA Y EMERGENCIÓLOGOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS	08-4580	HE	2B

PROPRANOLOL HIDROCLORURO 40 mg
TABLETAS RECUBIERTAS

08-1520 M 1A

SACUBITRILLO Y VALSARTÁN 50 MG
TABLETA RECUBIERTA

08-1576 RE 2B

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICOS EN CLÍNICAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRÓNICA QUE CUMPLA CON TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. PACIENTES CON SÍNTOMAS ACTUALES (ESTADIO C DE LA CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN) Y UNA CLASE FUNCIONAL NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) II, III, O IV.
2. FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE 35% O MENOS.
3. NIVELES DE NT-PROBNP MAYORES DE 600 PG/ML.
4. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 95 mmHg.
5. ACLARAMIENTO ENDÓGENO DE CREATININA >30 mL/min.
6. POTASIO < 5.2 mEq/L.
7. PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE ADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON DOSIS OPTIMAS DE ENALAPRIL, BETA BLOQUEADORES Y ESPIRONOLACTONA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA POR EL PACIENTE.
8. EN CASO DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA, DESCARTAR QUE LA MISMA FUESE POR TRANSGRESIÓN DIETÉTICA O INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO Y LA JUSTIFICACIÓN EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO

SACUBITRILLO Y VALSARTÁN 100 MG
TABLETA RECUBIERTA

08-1577 RE 2B

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICOS EN CLÍNICAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRÓNICA QUE CUMPLA CON TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. PACIENTES CON SÍNTOMAS ACTUALES (ESTADIO C DE LA CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN) Y UNA CLASE FUNCIONAL NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) II, III, O IV.
2. FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE 35% O MENOS.
3. NIVELES DE NT-PROBNP MAYORES DE 600 PG/ML.
4. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 95 mmHg.
5. ACLARAMIENTO ENDÓGENO DE CREATININA >30 mL/min.
6. POTASIO < 5.2 mEq/L.
7. PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE ADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON DOSIS OPTIMAS DE ENALAPRIL, BETA BLOQUEADORES Y ESPIRONOLACTONA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA POR EL PACIENTE.
8. EN CASO DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA, DESCARTAR QUE LA MISMA FUESE POR TRANSGRESIÓN DIETÉTICA O INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO Y LA JUSTIFICACIÓN EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO

SACUBITRILLO Y VALSARTÁN 200 MG

08-1578 RE 2B

TABLETA RECUBIERTA

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICOS EN CLÍNICAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRÓNICA QUE CUMPLA CON TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. PACIENTES CON SÍNTOMAS ACTUALES (ESTADIO C DE LA CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN) Y UNA CLASE FUNCIONAL NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) II, III, O IV.
2. FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE 35% O MENOS.
3. NIVELES DE NT-PROBNP MAYORES DE 600 PG/ML.
4. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA \geq 95 mmHg.
5. ACLARAMIENTO ENDÓGENO DE CREATININA $>$ 30 mL/min.
6. POTASIO $<$ 5,2 mEq/L.
7. PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE ADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON DOSIS OPTIMAS DE ENALAPRIL, BETA BLOQUEADORES Y ESPIRONOLACTONA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA POR EL PACIENTE.
8. EN CASO DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA, DESCARTAR QUE LA MISMA FUESE POR TRANSGRESIÓN DIETÉTICA O INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO Y LA JUSTIFICACIÓN EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO

09 DIURÉTICOS

	Código	Clave	Usuario
ACETAZOLAMIDA 250 mg TABLETAS	09-0020	M	1A
ESPIRONOLACTONA 100 mg TABLETAS	09-0650	M	1A
FUROSEMIDA 40 mg TABLETAS	09-0790	M	1A
FUROSEMIDA 20 mg (10 mg/mL) INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS	09-3940	HM	1A
MANITOL 20% (200mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 250 mL Ó MANITOL 25% (250mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 50 mL.	09-4230	HM	2B

10 VASODILADORES CORONARIOS Y ANTI-ANGINOSOS

	Código	Clave	Usuario
AMLODIPINO 5 mg (COMO BESILATO DE AMLODIPINO) TABLETAS Ó CÁPSULAS	10-1220	M	1A
ISOSORBIDE DINITRATO 20 mg TABLETAS RANURADAS	10-1000	M	1A
NITROGLICERINA 0.5 mg A 0.6 mg, TABLETAS SUBLINGUALES Ó NITROGLICERINA 0.4 mg/DOSIS, SOLUCIÓN LINGUAL EN AEROSOL, FRASCO 11.2 g (11.2 mL).	10-0810	M	1A
NITROGLICERINA 5 mg/mL. FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 10 mL Ó NITROGLICERINA 1 mg/mL. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL SOLUCIÓN INYECTABLE. USO EXCLUSIVO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR, UNIDAD CORONARIA, ANESTESIOLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, NEFROLOGÍA Y EMERGENCIÓLOGOS (SERVICIOS DE EMERGENCIAS) EN TRATAMIENTO DE ANGINA DE PECHO REFRACTARIA A OTROS TRATAMIENTOS, INSUFICIENCIA CARDIACA ASOCIADA A INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN.	10-4345	HRE	2C

11 AGENTES ANTICOAGULANTES, TROMBOLÍTICOS Y ANTIPLAQUETARIOS

Código Clave Usuario

AGENTES ANTICOAGULANTES

**ENOXAPARINA SÓDICA 40 mg (4000 U.I.)/0.4 mL,
SOLUCIÓN INYECTABLE** **11-4085 R 2B**

JERINGA PRELLENADA CON 0.4 mL

SEGÚN PROTOCOLO DE USO INSTITUCIONAL DE ENOXAPARINA A DOSIS BAJA O PROFILÁCTICA CCF-0126-01-16.

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL EN LAS INDICACIONES AVALADAS EN LA CIRCULAR CCF-0126-01-16, EN CASO DE EGRESO HOSPITALARIO ANTES DE COMPLETAR EL TIEMPO MÁXIMO AUTORIZADO.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

**ENOXAPARINA SÓDICA 80 mg (8.000 UI)/0.8 mL)
SOLUCIÓN INYECTABLE** **11-4095 R 2B**

JERINGA PRELLENADA CON 0.8 mL

SEGÚN PROTOCOLO DE USO INSTITUCIONAL ENOXAPARINA PARA ANTICOAGULACIÓN PLENA CCF-4677-10-17.

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL PARA ANTICOAGULACIÓN PLENA EN LOS CASOS PREVISTOS EN LA CIRCULAR CCF-4677-10-17

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

HEPARINA SÓDICA 1.000 U.I. / 1mL **11-4070 HE 2B**
SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA

HEPARINA SÓDICA 5.000 U.I. / 1mL **11-4080 HM 2C**
INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA:

-PROFILAXIS DE TROMBOSIS EN PACIENTES EN POSTOPERATORIO RECIENTE DE CIRUGÍA ONCOGINECOLÓGICA, CIRUGÍA ORTOPÉDICA O FRACTURAS, QUE CONLLEVAN INMOVILIZACIÓN TEMPORAL; ASÍ COMO EN CONDICIONES MÓRBIDAS QUE IMPLICAN ENCAMAMIENTO PROLONGADO, MÁXIMO 30 DÍAS.

-PROFILAXIS DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON FACTORES DE RIESGO DE TROMBOSIS, HASTA 9 MESES.

WARFARINA SÓDICA 1 mg**11-1758 M 1 A****TABLETA**

SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE EDUCAR AL PACIENTE EN LOS RIESGOS DEL MEDICAMENTO, INCLUYENDO INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y ALIMENTICIAS RELACIONADAS CON EL USO DE LA WARFARINA.

LA UNIDAD DEBE DISPONER DE LABORATORIO CLÍNICO QUE REALICE LAS DETERMINACIONES DE INR, TP, TPT Y LOS RESULTADOS QUE ESTÁN DISPONIBLES EN UN PERIODO DE TIEMPO MÁXIMO DE 24 HORAS.

WARFARINA SÓDICA 5 mg**11-1760 M 1 A****TABLETA**

SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE EDUCAR AL PACIENTE EN LOS RIESGOS DEL MEDICAMENTO, INCLUYENDO INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y ALIMENTICIAS RELACIONADAS CON EL USO DE LA WARFARINA.

LA UNIDAD DEBE DISPONER DE LABORATORIO CLÍNICO QUE REALICE LAS DETERMINACIONES DE INR, TP, TPT Y LOS RESULTADOS QUE ESTÁN DISPONIBLES EN UN PERIODO DE TIEMPO MÁXIMO DE 24 HORAS.

AGENTES TROMBOLÍTICOS**ESTREPTOQUINASA 1.500.000 U.I.****11-3792 HR 1 A****POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE****FRASCO AMPOLLA CON Ó SIN DILUENTE**

INDICACIONES PARA USO DE ESTREPTOQUINASA SEGÚN PROTOCOLOS CCF-5280-11-13 Y CCF-6021-12-13

TIROFIBÁN BASE 0.25 mg/mL (COMO 11-4685 HRE 2 A**HIDROCLORURO DE TIROFIBÁN MONOHIDRATO)**
SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INFUSIÓN
INTRAVENOSA.**FRASCO AMPOLLA CON 50 mL**

USO EXCLUSIVO DE CARDIOLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

EMERGENCIÓLOGOS (SERVICIOS DE EMERGENCIAS) Y MÉDICOS INTERNISTAS (SERVICIOS DE EMERGENCIAS) CUANDO EL PACIENTE SE PROGRAMA PARA STENT DESDE EMERGENCIAS.

AGENTES ANTIPLAQUETARIOS**ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 mg****11-0030 M 1A****TABLETAS**

**CLOPIDOGREL 75 mg (COMO BISULFATO DE 11-1775 RE 2C
CLOPIDOGREL)**

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO CARDIOLOGÍA, CIRUGÍA DE TORAX, MEDICINA INTERNA, NEUROLOGÍA, GERIATRÍA, TERAPIA INTENSIVA (MÉDICA), MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y PARA STENT NO CORONARIOS: VASCULAR PERIFÉRICO, CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, NEUROCIRUGÍA, SEGÚN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS EN PROTOCOLO **CCF-3746-08-17**.

No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.

12 HEMOSTÁTICOS

	Código	Clave	Usuario
ÁCIDO AMINOCAPROICO 25% (250 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20mL O AMPOLLA CON 10mL USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, OBSTETRICIA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UROLOGIA, ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, ANESTESIA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA	12-3040	HE	2C
COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR 500 U (SINÓNIMO: ACTIVIDAD DE DESVIACIÓN DEL INHIBIDOR DEL FACTOR VIII) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA, CON DILUENTE, SET Y EQUIPO PARA INFUSIÓN. USO EXCLUSIVO CENTRO NACIONAL DE HEMOFILIA (HMEX) PARA PACIENTES CON INHIBIDORES DE FACTOR VIII Y IX. SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL	12-3995	R	3A HMEX
ESPONJA DE GELATINA ABSORBIBLE TAMAÑO 100: 8 cm x 12.5 cm SOBRE USO EXCLUSIVO CIRUGÍA	12-6860	HE	2B
FACTOR VIIa (rFVIIa) RECOMBINANTE 2 mg (100 KUI). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. PARA DOSIS ÚNICA. CON DILUENTE ADJUNTO. EN AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA PARA DOSIS ÚNICA Ó FACTOR VIIa (rFVIIa) RECOMBINANTE 2 mg (100 KUI). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. PARA DOSIS ÚNICA. CON DILUENTE ADJUNTO. EN JERINGA PRELLENADA PARA DOSIS ÚNICA USO EXCLUSIVO CENTRO NACIONAL DE HEMOFILIA PARA PACIENTES CON INHIBIDORES DE FACTOR VIII y IX NO SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL	12-3985	HR	3 A

FACTOR VIII (OCHO) (FACTOR ANTIHEMOFÍLICO HUMANO) 250 A 300 UNIDADES Y FACTOR DE VON WILLEBRAND (HUMANO) 100 UI A 300 UI 12-3990 E 2 A
POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL CON DILUENTE Y EQUIPO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 mL
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGIA
SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

FACTOR VIII (OCHO) (FACTOR ANTIHEMOFÍLICO (HUMANO) 500 A 600 U.I. 12-4000 E 2 A
POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE Y EQUIPO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL Ó 20 mL.
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGIA
SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

CONCENTRADO DE COMPLEJO DE PROTROMBINA HUMANA (EXPRESADO COMO 500 A 600 UI DE FACTOR IX). CONCENTRADO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA 12-3820 HE 2B
O
COMPLEJO DE PROTROMBINA HUMANA (EXPRESADO COMO 500 UI DE FACTOR IX). POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA
1. ESPECIALISTAS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS PARA REVERTIR LOS EFECTOS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON SANGRADOS QUE COMPROMETA LA VIDA DEL PACIENTE, COMO OPCIÓN ALTERNATIVA AL PLASMA FRESCO CONGELADO EN LOS CASOS EN QUE LA DISPONIBILIDAD DE ESE RECURSO SEA LIMITADA Y CUANDO ESTÉ CONTRAINDICADA LA ADMINISTRACIÓN DE GRANDES CANTIDADES DE VOLUMEN ENDOVENOSO.
2. HEMATOLOGÍA (SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL).

FACTOR IX HUMANO DE COAGULACIÓN. 500 UI. POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN FRASCO AMPOLLA CON 5 MI. CON EQUIPO PARA INYECCIÓN Ó 12-3835 E 2 A
FACTOR IX HUMANO DE COAGULACIÓN. 600 UI. POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. CON EQUIPO PARA INYECCIÓN
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGIA
SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

FITOMENADIONA 1 mg / 0.5 o 1 mL O 12-3870 HM 2B
FITOMENADIONA 2 mg / 0.2 mL
INYECTABLE
AMPOLLA

FITOMENADIONA 10 mg/mL 12-3880 HM 1A
INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

PROTAMINA CLORHIDRATO AL 1% (10 mg / mL). 12-4500 HM 2B
INYECTABLE. AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA CON 5
mL. O
PROTAMINA SULFATO AL 1% (10 mg / mL).
INYECTABLE. AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5
ML.

13 ANTIANÉMICOS E HIPOLIPEMIANTE

Código Clave Usuario

ANTIANÉMICOS

ÁCIDO FOLICO 1 mg 13-0080 M 1A
TABLETAS RANURADAS

CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B-12) 1000 ug / mL 13-4860 HR 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL Ó FRASCO AMPOLLA CON 10 mL
USO RESTRINGIDO PARA EL MANEJO DE LOS ESTADOS DE DEFICIENCIA COMPROBADA DE VITAMINA B-12

EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000 UI/0.5 mL. 13-3755 R 3A
SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL (DOSIS ÚNICA) Ó
EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000 UI/1 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL (DOSIS ÚNICA) Ó
EPOETINA BETA (de origen ADN recombinante) 2000 UI / 0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3 mL (DOSIS ÚNICA).
SINÓNIMO DE EPOETINA ALFA ES ERITROPOYETINA ALFA Y DE EPOETINA BETA ES ERITROPOYETINA BETA
1. USO EXCLUSIVO NEFROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO.
2. TRATAMIENTO DE ANEMIA POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO (REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO GM-CCF-E-0585-2022 PARA SU RESOLUCIÓN POR EL CLF)
SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

EPOETINA ALFA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.4 mL. 13-3757 R 3A
SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.4 mL. DOSIS ÚNICA Ó
EPOETINA BETA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3 mL. DOSIS ÚNICA
SINÓNIMO DE EPOETINA ALFA ES ERITROPOYETINA ALFA Y DE EPOETINA BETA ES ERITROPOYETINA BETA
1. USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN NEFROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO: CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES DE USO VIGENTES PARA ESTE MEDICAMENTO.
2. TRATAMIENTO DE ANEMIA POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO (REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO GM-CCF-E-0585-2022 PARA SU RESOLUCIÓN POR EL CLF)

SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000 13-3755 R 3 A

UI/0.5 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL (DOSIS ÚNICA) Ó

EPOETINA ALFA (de origen ADN recombinante) 2000
UI/1 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL (DOSIS ÚNICA) Ó

EPOETINA BETA (de origen ADN recombinante) 2000
UI / 0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3 mL (DOSIS ÚNICA).

SINÓNIMO DE EPOETINA ALFA ES ERITROPOYETINA ALFA Y DE EPOETINA BETA ES ERITROPOYETINA BETA

USO EXCLUSIVO NEFROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

EPOETINA ALFA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.4 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.4 mL. DOSIS ÚNICA Ó

EPOETINA BETA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3 mL. DOSIS ÚNICA

EPOETINA BETA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 4000 UNIDADES/0.3 mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.3 mL. DOSIS ÚNICA

SINÓNIMO DE EPOETINA ALFA ES ERITROPOYETINA ALFA Y DE EPOETINA BETA ES ERITROPOYETINA BETA

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN NEFROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO; CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES DE USO VIGENTES PARA ESTE MEDICAMENTO SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

HIDRÓXIDO FÉRICO POLIMALTOSATO (50 mg de 13-7080 M 1A

HIERRO ELEMENTAL/mL),SOLUCIÓN ORAL Ó

COMPLEJO DE HIERRO POLISACÁRIDO (50 mg de hierro elemental/mL), ELIXIR (CONTIENE SORBITOL Y NO MÁS DEL 10% DE ALCOHOL, NO CONTIENE COLORANTES, CONTIENE PRESERVANTES)

FRASCO GOTERO CON 30 mL

HIERRO DEXTRANO: SOLUCIÓN COLOIDAL ESTÉRIL 13-4110 HRE 2D

DE HIDRÓXIDO FÉRICO EN UN COMPLEJO CON DEXTRANO HIDROLIZADO PARCIALMENTE DE BAJO PESO MOLECULAR EN AGUA PARA INYECCIÓN. CONTIENE UN EQUIVALENTE A 50 mg DE HIERRO ELEMENTAL / mL. NO CONTIENE PRESERVANTES O

HIERRO POLIMALTOSADO: SOLUCIÓN INYECTABLE DE HIDRÓXIDO FÉRICO EN UN COMPLEJO POLIMALTOSADO EQUIVALENTE A 50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/mL. NO CONTIENE PRESERVANTES.

FRASCO AMPOLLA CON 2 mL Ó AMPOLLA CON 2 mL

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ANEMIA FERROPORIVA QUE CUMPLAN CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- TRASTORNOS DE LA ABSORCIÓN.
- CUANDO LA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO ORAL NO PUEDE USARSE (EJ. DEBIDO A INTOLERANCIA O PÉRDIDA DEMOSTRADA DEL EFECTO).
- NO PRESENTA CONTRAINDICACIÓN AL USO DE HIERRO DEXTRANO O HIERRO POLIMALTOSADO.

NOTA: VERIFICAR LA INFORMACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA DE SU UNIDAD, DEL PRODUCTO DISPONIBLE, VÍAS DE ADMINISTRACIÓN, PREPARACIÓN DE LA PRUEBA Y, VELOCIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE ESTA, DOSIS TERAPÉUTICA; Y DOSIS MÁXIMAS DIARIAS.

HIERRO FUMARATO 200 mg 13-0910 M 1A
TABLETAS

HIPOLIPEMIANTES.

COLESTIRAMINA RESINA ANHIDRA 4g 13-6550 M 1A
POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
SOBRES CON 4.5 A 9 g
DISPONIBLE EN CENTROS DONDE SE PUEDA REALIZAR PERFIL LIPÍDICO.

FENOFIBRATO 250 mg 13-1025 RE 1-A
CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA
PRESCRIPCIÓN POR MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA, CLÍNICA DE HIV/SIDA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, GERIATRÍA PARA MANEJO DE HIPERTRIGLICERIDEMIA:
1. HIPERTRIGLICERIDEMIA (MAYOR A 500 MG/DL), CONTRAINDICACIÓN AL USO DE GEMFIBROZIL (POR FALLA TERAPÉUTICA O REACCIÓN ADVERSA DOCUMENTADA [REPORTAR AL CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA - MINISTERIO DE SALUD])
2. MANEJO DE DISLIPIDEMIA MIXTA CON HIPERTRIGLICERIDEMIA MAYOR A 500 MG/DL CON TERAPIA CONCOMITANTE ESTATINA MÁS FIBRATO.
3. HIPERLIPIDEMIA TIPO IIA Y IV (CON TRIGLICÉRIDOS MAYOR A 300 MG/DL).
SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO SEGÚN ESTE LINEAMIENTO.

GEMFIBROZIL 600 mg 13-0795 M 1A
TABLETAS RECUBIERTAS
DISPONIBLE EN CENTROS DONDE SE PUEDA REALIZAR PERFIL LIPÍDICO

LOVASTATINA 20 mg**13-1105 M 1A****TABLETAS**

DISPONIBLE EN CENTROS DONDE SE PUEDA REALIZAR PERFIL LIPÍDICO.

ROSUVASTATINA 10 MG (COMO ROSUVASTATINA CÁLCICA)**13-0003 RE 1A****TABLETAS RECUBIERTAS**

PRESCRIPCIÓN POR MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, VASCULAR PERIFÉRICO, NEUROLOGÍA Y MÉDICOS DE CLÍNICAS VIH, SEGÚN LINEAMIENTOS GM-CCF-3949-2021, PARA MANEJO DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA PURA O DISLIPIDEMIA MIXTA:

1. PREVENCIÓN PRIMARIA:

- a. TERAPIA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD:
 - i. PACIENTES CON INTOLERANCIA O REACCIONES ADVERSAS DOCUMENTADAS A LOVASTATINA LOM (REQUIERE REPORTE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA O FALLA TERAPÉUTICA ENVIADA AL CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA (MINISTERIO DE SALUD).
- b. TERAPIA DE ALTA INTENSIDAD:
 - i. PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR CON LDL-C > 115 MG/DL.
 - ii. PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO Y ALTO CON LDL-C > 100 MG/DL.
 - iii. PERSONAS CON LDL-C \geq 190 MG/DL, POR DEFINICIÓN SON DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, POR LO QUE NO ES NECESARIO HACER EL CÁLCULO DE RIESGO.
 - iv. PERSONAS CON ALTO RIESGO (MAYOR O IGUAL A 20 %) PARA EVENTOS CARDIOVASCULARES, SEGÚN CALCULADOR DE RIESGO DE OMS, VIGENTE EN LA INSTITUCIÓN "TABLA DE PREDICCIÓN DE RIESGO AMR B DE LA OMS/ISH"

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

- a. PACIENTES CON ANTECEDENTE DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES.

3. OTROS:

- a. PACIENTES VIH POSITIVOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTIRRETROVIRALES QUE CONTIENEN:
 - i. COBICISTAT.
 - ii. LOPINAVIR O RITONAVIR (NO SE DEBE EXCEDER DOSIS DE ROSUVASTATINA DE 10 MG/DÍA).

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO SEGÚN LINEAMIENTO VIGENTE.

14 ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, ANTIRREUMÁTICOS Y AGENTES MINERALIZANTES

ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

	Código	Clave	Usuario
<p>DICLOFENACO SÓDICO 75 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 3 mL</p> <p>1. TRATAMIENTO CON AINE PARENTERAL PARA MANEJO DE PACIENTES > 14 AÑOS Y ADULTOS CON PROCESOS INFLAMATORIOS SEGÚN LINEAMIENTOS GM-CCF-E-0465-2022, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINES LOM PARA USO ORAL (COMO, POR EJEMPLO: POR ESPERA DEL DESPACHO DE PRESCRIPCIÓN POR PARTE DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL TRATAMIENTO CON AINE ORAL LOM). TIEMPO DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES: 1 DOSIS (DOSIS ÚNICA: DICLOFENACO 75 MG IM). MEDICINA PALIATIVA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA REUMATOLOGÍA: MÁXIMO 72 HORAS. <p>SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL PARA CUBRIR UN TRATAMIENTO DE TRES DÍAS (MÁXIMO SEIS DOSIS), SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR: LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, REUMATOLOGÍA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (INCLUYE ATENCIÓN DOMICILIAR) DEBIDAMENTE ACREDITADAS</p> <p>2. ODONTOLOGÍA GENERAL: (1 DOSIS STAT) PACIENTES MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN POSTERIOR A UN ROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO DE VÍA ORAL.</p>	14-3650	HR	1A
<p>IBUPROFENO 400 mg TABLETAS RECUBIERTAS</p>	14-0930	M	1A
<p>INDOMETACINA 25 mg CÁPSULAS</p> <p>USO EXCLUSIVO EN REUMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA, GERIATRÍA, ORTOPEDIA, FISIATRÍA, NEUROLOGÍA, NEUROCIURGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, CARDIOLOGÍA</p>	14-0960	E	2C
<p>INDOMETACINA 100 mg SUPOSITORIOS</p>	14-2640	M	1A
<p>PENICILAMINA 250 mg CÁPSULAS</p>	14-1300	E	2C

USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, INMUNOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, REUMATOLOGÍA, NEUROLOGÍA Y ESPECIALISTAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR.

SULINDACO 200 mg 14-1612 M 1A
TABLETAS

TENOXCAM 20 mg 14-1645 E 2A
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO REUMATOLOGÍA, GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

ANTIRREUMÁTICOS

LEFLUNOMIDA 20 mg 14-1016 E 2B
TABLETA RECUBIERTA
USO EXCLUSIVO REUMATOLOGÍA

MINERALIZANTES

ÁCIDO ZOLEDRÓNICO (ANHIDRO) 4 mg/5 mL. 14-4397 HRE 2A
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO
AMPOLLA COM 5 mL O

ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4 mg (COMO MONOHIDRATO).
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO
AMPOLLA DE 6 mL O

ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4 mg/5 mL (COMO MONOHIDRATO). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL.

USO EXCLUSIVO DE ONCOLOGÍA MÉDICA, HEMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA Y ENDOCRINOLOGÍA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE, PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS MÚLTIPLES DE CUALQUIER TIPO DE TUMOR CON SINTOMATOLOGÍA O DATOS DE RIESGO DE FRACTURA, ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA E HIPERCALCEMIA MALIGNA.

MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR DEBIDAMENTE ACREDITADAS

ALENDRONATO (COMO SAL MONOSÓDICA TRIHIDRATADA) EQUIVALENTE A 70 mg DE ÁCIDO ALENDRÓNICO 14-0685 RE 2D
TABLETAS

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA PARA EL TRATAMIENTO DE:

1. OSTEOPOROSIS PRIMARIA.
2. OSTEOPENIA CON FRACTURAS.
3. ENFERMEDAD DE PAGET.

TIEMPO MÁXIMO DE TRATAMIENTO: 5 AÑOS.

15 URICOSURICOS, ANTI-GOTOSOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
ALOPURINOL 100 mg TABLETAS RANURADAS USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA	15-0120	E	2C
ALOPURINOL 300 mg TABLETAS	15-0130	M	1A
COLCHICINA 0.5 mg . TABLETAS O COLCHICINA 0.6 mg. TABLETAS	15-0420	M	1A

16 ANALGÉSICOS NO NARCOTICOS

	Código	Clave	Usuario
<p>FENAZOPIRIDINA HIDROCLORURO 100 mg TABLETAS RECUBIERTAS USO EXCLUSIVO COMO ANALGÉSICO PARA DISURIA. PRESCRIPCIÓN MÁXIMA 3 DIAS.</p>	16-0700	R	1A
<p>IBUPROFENO 100 mg/5mL SUSPENSIÓN ORAL FRASCO CON 50 mL o 60 mL PARA EL MANEJO DEL DOLOR LEVE A MODERADO CON COMPONENTE INFLAMATORIO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA O PACIENTES EN GENERAL QUE PRESENTAN TRASTORNO DEGLUTORIO QUE LE IMPIDAN INGERIR LA PRESENTACIÓN EN TABLETAS. PRESCRIPCIÓN POR: PEDIATRÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.</p>	16-7085	RE	2C
<p>METAMIZOL SÓDICO 500 mg/mL (2.5 g/5mL) Ó METAMIZOL MAGNÉSICO 400 mg/mL (2g/5mL). [SINÓNIMO: DIPIRONA] SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA, ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA DE EMERGENCIAS, TERAPIA INTENSIVA, GERIATRÍA, HEMATOLOGÍA, CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGÍA MÉDICA Y CLÍNICAS DEL DOLOR ACREDITADAS, ODONTOLOGÍA (EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAXILO FACIAL), CIRUGÍA AMBULATORIA (PRESCRIPCIÓN POR ANESTESIOLOGÍA), SEGÚN LINEAMIENTOS DE USO INSTITUCIONAL CIRCULAR DFE-AMTC-2632-07-2018. SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.</p>	16-3655	HRE	2C
<p>PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 30 mL O PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 15 mL O PARACETAMOL 80 mg/0.8 mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO. FRASCO GOTERO CON 15 mL. PARA NIÑOS DE 2 A 12 MESES DE EDAD</p>	16-6015	M	1A

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 120 mg / 5 mL. 16-6020 M 1A

SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE
CON 60 mL a 120 mL O

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 150 mg/5 mL.
JARABE CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 60
mL.

PARA NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO DE EDAD

PARACETAMOL 300 mg 16-2400 M 1A

SUPOSITARIO 1 g

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 500 mg 16-0010 M 1A

TABLETAS

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 10 mg/mL 16-4396 HRE 2C

SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN
INTRAVENOSA

FRASCO AMPOLLA CON 100 mL

1. EN EL TRATAMIENTO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE (3-6 DÍAS), PARA ESPECIALISTAS, PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.
2. CONTROL DEL DOLOR AGUDO (PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA POR UN MÁXIMO DE 72 HORAS), PARA PACIENTES QUE ADICIONALMENTE PRESENTEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
 - CONTRAINDICACIÓN A USO DE LOS AINES LOM O AL METAMIZOL, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE USO DE METAMIZOL INDICADOS EN LA CIRCULAR DFE-AMTC-2632-07-2018.
 - CON O SIN VÍA ORAL DISPONIBLE CON CONTRAINDICACIÓN A USO DE METAMIZOL.
 - EMBARAZADA O EN PERIODO DE LACTANCIA.

SE DEBE ANOTAR EN LAS OBSERVACIONES DE LA RECETA EN EDUS EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, LA CONTRAINDICACIÓN PARA USO DE METAMIZOL U OTRO(S) AINES, ASÍ COMO QUE NO SE DISPONE DE VÍA ORAL, PARA PODER SER VERIFICADO POR LOS SERVICIOS DE FARMACIA.

17 ANALGÉSICOS NARCÓTICOS Y ANTAGONISTAS

	Código	Clave	Usuario
<p>CODEÍNA FOSFATO (HEMIHIDRATADA) 30 mg CON PARACETAMOL 500 mg TABLETAS RANURADAS TRATAMIENTO DEL DOLOR EN MAYORES DE 12 AÑOS DE EDAD.</p>	17-0410	R	1A
<p>FENTANILO BASE 0.05 mg/mL (COMO CITRATO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS. MÉDICO ESPECIALISTA A CARGO DE PACIENTES QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO INVASIVO, CON VENTILACIÓN MECÁNICA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LAS CONDICIONES IDÓNEAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE UN CASO CLÍNICO DE TAL COMPLEJIDAD.</p>	17-3860	HE	2B
<p>METADONA HIDROCLORURO 5 mg TABLETA USO RESTRINGIDO A CUIDADOS PALIATIVOS Y A LA CLÍNICA DEL DOLOR</p>	17-1155	R	2 A
<p>METADONA HIDROCLORURO 10 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL O 2 mL 1- USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS. SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL. 2-ESPECIALISTAS ENCARGADOS DE CUIDADOS INTENSIVOS A CARGO DE PACIENTES QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO INVASIVO CON VENTILACIÓN MECÁNICA, PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON COVID-19</p>	17-4268	E	2 A
<p>METILFENIDATO HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS 1. PSIQUIATRÍA EN TRATAMIENTO DE SÍNDROME HIPERQUINÉTICO EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS. 2. MÉDICOS ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA GENERAL, PEDIATRÍA DEL DESARROLLO Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA QUE HAN APROBADO LA PASANTÍA PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DFE-AMTC-0729-2021 PARA INICIO Y CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO. 3. CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO POR MÉDICOS GENERALES QUE HAN APROBADO LA PASANTÍA PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PROTOCOLO DFE-AMTC-0729-2021. 4. MEDICINA INTERNA EN CASOS DE SÍNDROME DE PIWICK. NOTA: REQUIERE RECETA DE ESTUPEFACIENTES (MINISTERIO DE SALUD)</p>	17-1160	RE	2C

MORFINA SULFATO PENTAHIDRATO 15 mg O 17-4320 M 1A

MORFINA SULFATO ANHIDRA 15 mg O

MORFINA HIDROCLORURO ANHIDRA 15 mg O

MORFINA HIDROCLORURO TRIHIDRATO 15 mg O

MORFINA SULFATO PENTAHIDRATO 10 mg O

MORFINA SULFATO ANHIDRA 10 mg O

MORFINA HIDROCLORURO ANHIDRA 10 mg O

MORFINA HIDROCLORURO TRIHIDRATO 10 mg

SOLUCIÓN ESTÉRIL EN AGUA PARA INYECCIÓN.

AMPOLLA CON 1 ML

SE AUTORIZA EL DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

MORFINA SULFATO 20 mg ACCIÓN INMEDIATA 17-1194 M 1A
TABLETAS

MORFINA SULFATO 20 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL. 17-7215 R 2D

ENVASE CON 20 ML O FRASCO CON GOTERO

INCORPORADO CON 20 mL O

MORFINA SULFATO 2 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL.

ENVASE CON 100 mL

USO EXCLUSIVO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PACIENTES QUE NO TIENEN LA VÍA ORAL DISPONIBLE PARA SÓLIDOS

MORFINA SULFATO 30 mg ACCIÓN PROLONGADA 17-1191 M 1A
TABLETAS O CÁPSULAS

TRAMADOL HIDROCLORURO 50 mg/mL 17-4705 R 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 2 mL

(VÍA DE ADMINISTRACIÓN: ÚNICAMENTE INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA).

1. SEGÚN PROTOCOLO DE USO INSTITUCIONAL DE TRAMADOL CCF-3643-07-19

SE AUTORIZA DESPACHO PAR USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL (1 MES Y CON RECETA MENSUAL) SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, MEDICINA PALIATIVA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y EN EL CASO DE LA CONSULTA AMBULATORIA, MÁXIMO DE 3 DÍAS CONSECUTIVOS POR UN MES POR RECETA POR PACIENTE, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN QUE ESTE ES UN MEDICAMENTO CON ALTO RIESGO DE CAUSAR DEPENDENCIA PSÍQUICA Y FÍSICA DEL TIPO MORFINA (AGONISTA OPIÁCEO μ).

2. ODONTOLOGÍA GENERAL: 1 DOSIS STAT: PACIENTES MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO DE VÍA ORAL Y SE DOCUMENTE CONTRAINDICACIÓN AL TRATAMIENTO CON DICLOFENACO. (NO SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL)

TRAMADOL HIDROCLORURO 100 mg /mL

17-7715 RE 2B

SOLUCIÓN ORAL

FRASCO GOTERO CON 10 mL

1. USO EXCLUSIVO DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, RADIOTERAPIA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, REUMATOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CUIDADOS PALIATIVOS, CLÍNICAS DEL DOLOR, PRESCRIPCIÓN POR MEDICINA GENERAL EN CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS, PARA PACIENTES CUYA VÍA ENTERAL SÓLO ESTÁ DISPONIBLE PARA LÍQUIDOS O EN PACIENTES QUE PRESENTEN INTOLERANCIA (PARACETAMOL CON CODEÍNA, U OTROS), SEGÚN LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN CCF-3643-07-19
2. NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO, NEUROPATÍA DIABÉTICA, NEURALGIA TRIGEMINAL Y NEURALGIA POSTHERPÉTICA, SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.
3. ENDOCRINOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.
4. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

18 ANESTÉSICOS GENERALES

	Código	Clave	Usuario
<p>DROPERIDOL 2.5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA</p>	18-3725	HE	2B
<p>KETAMINA BASE 1% (10mg/mL) (COMO HIDROCLORURO DE KETAMINA) SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20 mL 1. USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA 2. USO EXCLUSIVO DE CUIDADOS INTENSIVOS QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO INVASIVO, PARA INICIO Y/O MANTENIMIENTO DE SEDACIÓN CONTINUA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, PARA MANEJO DE ESTOS PACIENTES CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: - ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPER-REFRACTARIO A LOS OTROS MEDICAMENTOS DISPONIBLES EN LA LOM. - PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA POR ESTATUS ASMÁTICO SEVERO O QUE ASOCIEN BRONCOESPASMO DURANTE SU EVOLUCIÓN.</p>	18-4165	HRE	2B
<p>PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 20 mL o PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL o PROPOFOL AL 1 % (10 mg/mL) EMULSIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 20 mL 1-USO EXCLUSIVO DE ANESTESIOLOGÍA, SEGÚN PROTOCOLO AUTORIZADO POR EL COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA, PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, PACIENTES ASMATICOS Y PACIENTES EPILEPTICOS. 2-USO EXCLUSIVO DE CUIDADOS INTENSIVO PARA INICIO Y CONTINUACIÓN EN LA SEDACIÓN EN PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CON CONDICIONES ADECUADAS PARA EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES, CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: A. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO. B. BRONCOESPASMO C. TRAUMA CREANEOENCEFÁLICO E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA. 3-USO EXCLUSIVO DE ANESTESIA Y CUIDADOS INTENSIVO PARA CONTINUACIÓN DE SEDACIÓN EN PACIENTES EN PERIODO POSOPERATORIO INMEDIATO. 4. USO EXCLUSIVO DE ANESTESIOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS PARA LA SEDACION SUPERFICIAL Y DE CORTA DURACIÓN PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DOLOROSOS. SE DEBE CONTAR CON EQUIPO DE SOPORTE VENTILATORIO INMEDIATO Y MONITOREO CONSTANTE. 5. USO EXCLUSIVO PARA GASTROENTEROLOGÍA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS ALTOS, EN PACIENTES ASA 1 O 2, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON UN MÉDICO ESPECIALISTA CON ENTRENAMIENTO EN SOPORTE CARDIACO AVANZADO, QUE DE FORMA EXCLUSIVA DÉ SEGUIMIENTO A LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RESPIRATORIAS DEL PACIENTES, ADEMÁS SE DEBE DISPONER DE LAS CONDICIONES E INSUMOS REQUERIDOS PARA SATISFACER EL MANEJO DE CUALQUIER COMPLICACIÓN Y EL CUIDADO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO. ES RESPONSABILIDAD DEL DIRECTRO MÉDICO DEL CENTRO HOSPITALARIO CERTIFICAR EL ENTRENAMIENTO Y COMPETENCIAS DE</p>	18-4485	HRE	2B

LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CAPACITADOS EN EL MANEJO DE ESTAS
CONDICIONES.

SEVOFLURANO

LÍQUIDO VOLÁTIL PARA INHALACIÓN

ENVASE CON 250 mL

USO EXCLUSIVO DE ANESTESIOLOGÍA

18-4509 HE 2B

TIOPIENTAL SÓDICO 500 mg

POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA DE 10mL Ó 20 mL Ó 30mL

CON O SIN DILUENTE. NO CONTIENE PRESERVANTE

USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA, CUIDADOS INTENSIVOS

18-4680 HE 2B

19 ANESTÉSICOS LOCALES

	Código	Clave	Usuario
BUPIVACAÍNA HIDROCLORURO 0.5% SIN PRESERVANTE. SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLA CON 10 mL A 20 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA, OFTALMOLOGIA Y MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	19-3240	HE	2B
LEVOBUPIVACAÍNA BASE 0.5% (5 mg/mL) (COMO HIDROCLORURO). SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE AMPOLLA CON 10 mL. USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGÍA.	19-3241	HE	2B
LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20 mg/g) JALEA TUBO CON 30 g 1. USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, CIRUGÍA, UROLOGÍA, CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. 2. NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO, NEUROPATÍA DIABÉTICA Y NEURALGIA POSTHERPETICA SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16. 3. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16. 4. ENDOCRINOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16. 5. CLÍNICAS DE HERIDAS PARA SER UTILIZADO EN PACIENTES QUE LO REQUIEREN EN LAS CURACIONES. 6. MEDICINA NUCLEAR PARA USO EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS QUE REQUIERAN ANESTESIA TÓPICA. NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.	19-2650	RE	2C
LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) SIN PRESERVANTE SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL O 10 mL O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGIA, EMERGENCIÓLOGOS (SERVICIO DE EMERGENCIAS), CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR DEBIDAMENTE ACREDITADAS	19-4185	HE	2C

LIDOCAÍNA 10% (100 mg/mL) 19-7140 HE 1A

SOLUCIÓN TÓPICA EN AEROSOL

FRASCO CON 50 mL A 115 mL

USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGÍA, CIRUGÍA,
OTORRINOLARINGOLOGÍA, FONIATRÍA, GASTROENTEROLOGÍA,
NEUMOLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ODONTOLOGÍA,
MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR DEBIDAMENTE
ACREDITADAS

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20mg/mL) 19-4190 HM 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLA CON 20 mL CON PRESERVANTE

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% p/p (20 mg/g) Y 19-2651 HRE 2B

CLORHEXIDINA DIHIDROCLORURO 0.05% p/p (0.5 mg/g). GEL HIDROSOLUBLE ESTÉRIL. DOSIS ÚNICA PARA INSTILACIÓN DE 10 mL EN URETRA. ENVASE CON 12.5 g DE GEL HIDROSOLUBLE O

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% p/p (20 mg/g) Y CLORHEXIDINA GLUCONATO 0.05% p/p (0.5 mg/g). GEL HIDROSOLUBLE ESTÉRIL. DOSIS ÚNICA PARA INSTILACIÓN EN URETRA. JERINGA PRELLENADA CON 11 mL DE GEL HIDROSOLUBLE.

USO EXCLUSIVO ESPECIALISTAS EN UROLOGÍA, CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES: INSTILACIÓN URETRAL EN PROCEDIMIENTOS ENDouretrales COMO CITOSCOPIAS, URETROSCOPIAS, CISTOGRAFÍAS, URETROGRAFÍAS.

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2 % (20 mg/mL) CON 19-4170 HE 1A

EPINEFRINA AL 1:80.000 O CON EPINEFRINA AL 1:100.000 Ò

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2,46% (24,6mg/ml) (EQUIVALENTE A 20 mg DE LIDOCAÍNA BASE/ml) CON EPINEFRINA AL 1:80.000 O CON EPINEFRINA AL 1:100.000

SOLUCIÓN INYECTABLE

CARTUCHO VIDRIO CON 1.8 mL CON Ó SIN PRESERVANTE

USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA, GINECOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, DERMATOLOGÍA.

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20 mg/mL) CON 19-4175 HM 1A

EPINEFRINA 1:200.000 Ó 1:100.000. SOLUCIÓN INYECTABLE. CON PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL O

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2% (20 mg/mL) CON EPINEFRINA 1:200.000 (COMO BITARTRATO DE EPINEFRINA). SOLUCION INYECTABLE. CON PRESERVANTE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL.

MEPIVACAÍNA HIDROCLORURO 3% (30 mg/mL)
SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE, SIN
VASOCONSTRICTOR

19-4172 HE 1A

CARTUCHO VIDRIO CON 1.8 mL

USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA, GINECOLOGÍA-ONCOLOGICA
(PROCEDIMIENTOS LEEP).

20 RELAJANTES MUSCULARES

	Código	Clave	Usuario
ATRACURIO BESILATO 10 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 2.5 mL USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGIA	20-3195	HE	2B

BROMURO DE ROCURONIO 50 mg/5 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 mL	20-4506	HR	2D
--	----------------	-----------	-----------

1. PARA INTUBACIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA EN NIÑOS Y ADULTOS:
EN CASO DE DESABASTECIMIENTO O CONTRAINDICACIÓN DE SUCCINILCOLINA PARA LA UTILIZACIÓN POR ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES ACREDITADOS EN EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA.

LA DIRECCIÓN MÉDICA DEBE:

- CERTIFICAR QUE EL SERVICIO DONDE SE VA A REALIZAR EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SE CUENTE CON EQUIPO ADECUADO E INSUMOS PARA SOPORTE VENTILATORIO INMEDIATO Y MONITOREO NEUROMUSCULAR CONTINUO CONSTANTE ASÍ MISMO PARA RESOLVER LAS COMPLICACIONES ASOCIADOS CON SU USO.
 - CERTIFICAR QUE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE CAPACITADOS PARA EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA Y CUENTEN CON EL TÍTULO DEL CREC O ACLS VIGENTE.
2. USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA, EMERGENCIÓLOGOS, MEDICINA INTERNA EN PACIENTES QUE PRESENTEN UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
- a. CONTRAINDICACIÓN AL USO DE SUCCINILCOLINA:
 - HISTORIA FAMILIAR DE HIPERTERMIA MALIGNA
 - MIOPATÍA MUSCULOESQUELÉTICA
 - QUEMADURAS EN UNA SUPERFICIE DE ÁREA CORPORAL $\geq 25\%$ (HASTA POR UN AÑO POSTERIOR AL EVENTO)
 - PACIENTE POLITRAUMATIZADO
 - DENERVACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA EXTENSA
 - LESIÓN DE NEURONA MOTOR SUPERIOR.
 - LESIÓN ESPINAL CON >48 HORAS DE EVOLUCIÓN
 - LESIONES POR APLASTAMIENTO VERTEBRAL
 - b. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA, QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES.
 - c. HIPERKALEMIA ≥ 5.5 MEQ/L, TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, Y CONDICIONES ASOCIADAS A REGULACIÓN POSITIVA DE LOS RECEPTORES NICOTÍNICOS DE ACETILCOLINA, POR EJEMPLO: NEUROPATÍA PERIFÉRICA, DISTROFIA O ATROFIA MUSCULAR, TRAUMA MUSCULAR, QUEMADURAS SEVERAS CON ASC $\geq A 25\%$.
 - d. MAYORES DE 65 AÑOS QUE REQUIERAN INTUBACIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA (PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL, RE-INTUBACIÓN, ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y READMISIÓN HOSPITALARIA).

COMPLEJO PROTEICO DE NEUROTOXINA (TOXINA BOTULINICA TIPO A) DE CLOSTRIDIUM BOTULINUM 100 UNIDADES Ó 200 UNIDADES Ó 500 UNIDADES 20-4657 HRE 2A
FORMA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN PRODUCIDA POR LIOFILIZACIÓN O SECADO AL VACÍO
FRASCO AMPOLLA. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO

1. USO EXCLUSIVO EN LA CLÍNICA DE TOXINA BOTULÍNICA DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y AVALADAS POR EL COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA. USO POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA Y EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON: ESPASTICIDAD, DISTONÍAS FOCALES Y SEGMENTARIAS, ESPASMO HEMIFACIAL, DISCINESIAS, DOLORS NEURALGIFORMES Y MIGRAÑAS FARMACORRESISTENTES, HIPERHIDROSIS.
2. PRESCRIPCIÓN POR OFTALMOLOGÍA: PARA USO EN PACIENTES CON BLEFAROESPASMO Y ESTRABISMO. EN HOSPITALES DONDE SE CUENTE CON CLÍNICA DE TOXINA BOTULÍNICA Y EN LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA.
3. PRESCRIPCIÓN POR CIRUGÍA GENERAL: TRATAMIENTO DE CIRUGÍAS DE HERNIAS VENTRALES INCISIONALES DE GRAN TAMAÑO.

PANCURONIO BROMURO 2 mg/mL 20-3245 HE 2B
SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE
AMPOLLA CON 2 mL
USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGIA

SUXAMETONIO CLORURO 500 mg 20-4630 HM 1-A
(SINÓNIMO: CLORURO DE SUCCINILCOLINA)
INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA CON 10 mL

1. USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA, EMERGENCIÓLOGOS, MEDICINA INTERNA.
2. STOCK DE CARRO DE PARO: PARA LA UTILIZACIÓN ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES ACREDITADOS EN EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA, EN UNIDADES QUE NO CUENTAN CON MÉDICO EMERGENCIÓLOGO, INTENSIVISTA, ANESTESIÓLOGO O INTERNISTA.
LA DIRECCIÓN MÉDICA DEBE:
 1. CERTIFICAR QUE EL SERVICIO DONDE SE VA A REALIZAR EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SE CUENTE CON EQUIPO ADECUADO PARA SOPORTE VENTILATORIO INMEDIATO Y MONITOREO CONSTANTE; ADICIONALMENTE, CON TODOS LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA RESOLVER CUALQUIER COMPLICACIÓN ASOCIADA CON EL USO.
 2. CERTIFICAR QUE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE CAPACITADOS PARA EL MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA.

21 ANTICOLINÉRGICOS / ANTIESPASMÓDICOS

	Código	Clave	Usuario
ATROPINA SULFATO 0.5 mg/ mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA 1 mL	21-3200	HM	2B
BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10 mg SINÓNIMO: BROMURO DE HIOSCINA DE N-BUTIL O BROMURO DE BUTILESCOPOLAMINA TABLETAS RECUBIERTAS	21-0920	M	1A
HIOSCINA BUTILBROMURO 20 mg SINÓNIMO: BROMURO DE HIOSCINA DE N-BUTIL O BROMURO DE BUTILESCOPOLAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL EN EL CASO DE USO EN PEDIATRÍA BAJO PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR PEDIATRA PREVIA VALORACIÓN DEL CASO CLÍNICO SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.	21-4120	HR	1A
OXIBUTININA HIDROCLORURO 5 mg TABLETA PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA: 1. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR: URGENCIA Y VEJIGA HIPERREACTIVA. VEJIGA NEUROGÉNICA EN CONDICIONES COMO NEUROPATÍA DIABÉTICA, PCI O LESIÓN ESPINAL, Y CON FALLA TERAPÉUTICA DOCUMENTADA O CONTRAINDICACION AL USO DE MEDICAMENTOS LOM (ANTICOLINÉRGICOS, TRICÍCLICOS). 2. MANEJO DE LA HIPERHIDROSIS GENERALIZADA, HIPERHIDROSIS PLANTAR E HIPERHIDROSIS AXILAR COMO USO COMPASIVO, POR MÉDICO ESPECIALISTA. DEBE DOCUMENTARSE EN EL EXPEDIENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO.	21-0925	RE	2C

22 COLINÉRGICOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
BETANECOL CLORURO 10 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO CIRUGIA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, UROLOGÍA, GINECOLOGÍA Y NEFROLOGÍA.	22-0240	E	2B
NEOSTIGMINA BROMURO 15 mg TABLETAS	22-1200	M	1A
NEOSTIGMINA METILSULFATO 0.5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	22-4340	HM	2B

23 ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

	Código	Clave	Usuario
<p>AMINOFILINA HIDRATADA 250 mg. SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 10 mL Ó AMINOFILINA ANHIDRA 250 mg. SOLUCION INYECTABLE. AMPOLLA COM 10 mL.</p> <p>PRESCRIPCIÓN POR PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA PARA SER UTILIZADO EN EL MANEJO DE LA APNEA DEL NEONATO</p>	23-3130	HRE	2B
<p>BECLOMETASONA DIPROPIONATO 100 ug / dosis PARA INHALACIÓN ORAL FRASCO CON 200 DOSIS</p> <p>PRESCRIPCIÓN POR MEDICINA GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS. PRESCRIPCIÓN POR MÉDICOS ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR DFE-AMTC-2511-09-2015</p>	23-6310	R	1A
<p>BROMURO DE IPRATROPIO ANHIDRO 250 ug/mL (COMO BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATO) SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN FRASCO CON 20 mL</p> <p>PARA SER UTILIZADO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, INCLUYENDO ÁREAS DE SALUD Y EBAIS, EN EL TRATAMIENTO DE ESTATUS ASMÁTICO QUE NO REVIERTAN CON EL USO PREVIO DEL SALBUTAMOL, NO ES PARA USO CRÓNICO.</p> <p>PRESCRIPCIÓN PARA USO CRÓNICO EN EL DOMICILIO, EN PACIENTES CON CONDICIONES EXCEPCIONALES EN LOS QUE NO ES POSIBLE UTILIZAR EL BROMURO DE IPRATROPIO ANHIDRO 0.02 mg (20 ug)/DOSIS SOLUCIÓN PARA AEROSOL PARA INHALACIÓN ORAL, SIEMPRE Y CUANDO LA PRESCRIPCIÓN SEA REALIZADA POR ALGUNA DE LAS ESPECIALIDADES AUTORIZADAS EN LA INSTITUCIÓN: NEUMOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDICINA GENERAL PARA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SEGUIMIENTO INICIADOS POR LOS ESPECIALISTAS ANTERIORES, EN EL ENTENDIDO QUE DEBEN ESTAR SIENDO ATENDIDOS EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIAR Y CONTAR CON LAS CONDICIONES IDÓNEAS PARA USO DEL MISMO.</p>	23-7096	HR	1A
<p>BROMURO DE IPRATROPIO ANHIDRO 0,02 mg (20 µg) / DOSIS (COMO BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATO 21 µg / dosis).</p> <p>SOLUCIÓN PARA AEROSOL. PARA INHALACIÓN ORAL. FRASCO PRESURIZADO CON 10 mL (APROXIMADAMENTE 12,9 gramos). CONTIENE 200 DOSIS. CON VÁLVULA DOSIFICADORA.</p> <p>NO CONTIENE PROPELANTES CLOROFLUORCARBONADOS (CFC).</p> <p>1-USO EXCLUSIVO NEUMOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.</p> <p>2-MÉDICO GENERAL PARA SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS INICIADOS POR LOS ESPECIALISTAS ANTERIORES Y DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS ESTRATEGIA APER.</p> <p>3-PARA SER UTILIZADO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN EL MANEJO EXACERBACIÓN DE PACIENTES CON ASMA O EPOC EN CUMPLIMIENTO DE GM-MDA-5817-2020 Y LINEAMIENTO IT.GM.DDSS.ASC.240420, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.</p>	23-7095	E	1A

FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 12ug/DOSIS. 23-7525 E 2 A

POLVO PARA INHALACIÓN ORAL CONTENIDO EN CÁPSULA PARA AEROSOL. DISPOSITIVO INHALADOR AEROLIZADO. PARA 30 DOSIS O

FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 12 ug/DOSIS.

POLVO PARA INHALACIÓN ORAL CONTENIDO EN CÁPSULA PARA AEROSOL. DISPOSITIVO INHALADOR AEROLIZADO. PARA 60 DOSIS O

FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 12ug/DOSIS.

POLVO PARA INHALACIÓN ORAL. ENVASE TURBOINHALADOR CON 60 DOSIS.

USO EXCLUSIVO NEUMOLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, ALERGOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

MONTELUKAST 5 mg (COMO MONTELUKAST 23-1044 RE 2D SÓDICO)

TABLETAS MASTICABLES

1-USO EXCLUSIVO EN PEDIATRÍA Y **ALERGOLOGÍA.**

2-MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, OTORRINOLARINGOLOGÍA EN PACIENTES CON RINUSINUSITIS ALÉRGICA CRÓNICA Y PÓLIPOS NASALES,

3-DERMATOLOGÍA PARA URTICARIA CRÓNICA.

MONTELUKAST 10mg (COMO MONTELUKAST 23-1043 RE 2C SÓDICO)

TABLETA RECUBIERTA

1- USO EXCLUSIVO EN ALERGOLOGIA, INMUNOLOGÍA, NEUMOLOGIA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN TRATAMIENTO DE ASMA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.

2- OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA PACIENTES CON RINUSINUSITIS ALÉRGICA CRÓNICA Y PÓLIPOS NASALES.

3- DERMATOLOGÍA, SEGÚN PROTOCOLO DE MANEJO DE URTICARIA CRÓNICA.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

FLUTICASONA PROPIONATO 250 ug/DOSIS 23-7015 RE 2A

SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN ORAL. FRASCO PRESURIZADO CON 60 DOSIS

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN NEUMOLOGÍA PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ASMA BRONQUIAL QUE REQUIEREN DOSIS DE BECLOMETASONA LOM IGUALES O MAYORES DE 800 UG/DÍA EN NIÑOS O ENTRE 1200-1500 UG/DÍA EN ADULTOS, SIN UN ADECUADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN.

SALBUTAMOL 0.1 mg/DOSIS Ó SALBUTAMOL BASE 0.1 mg/DOSIS (COMO SALBUTAMOL SULFATO). 23-7500 M 1A
SUSPENSIÓN MICROCRISTALINA PARA AEROSOL PARA INHALACIÓN ORAL.

ENVASE PRESURIZADO CON 200 A 250 DOSIS
SERVICIOS DE URGENCIA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN, PARA EL MANEJO EXACERBACIÓN DE PACIENTES CON ASMA O EPOC EN CUMPLIMIENTO DE GM-MDA-5817-2020 Y LINEAMIENTO IT.GM.DDSS.ASC.240420, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

SALBUTAMOL BASE 4 mg (COMO SALBUTAMOL SULFATO) 23-1580 M 1A
TABLETAS RANURADAS

SALBUTAMOL BASE AL 0.5% (5 MG/ML) (COMO SULFATO DE SALBUTAMOL. 23-7520 HM 1A

SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA NEBULIZACIÓN. FRASCO CON 50 mL

RESTRICCIÓN PARA USO AMBULATORIO (DESPACHO AL HOGAR) PARA MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA O ASMA QUE TENGAN SUS PROPIOS APARATOS DE NEBULIZACIÓN: PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR ESPECIALISTAS EN NEUMOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIAS, PEDIATRÍA, EL MÉDICO A CARGO DE LA CLÍNICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y COMO PARTE DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIAR DE PACIENTES. MEDICINA GENERAL PARA EL APER.

TEOFILINA (ANHIDRA) 50 mg/5mL 23-7600 M 1A
ELIXIR
FRASCO CON 110 mL A 120 mL

TEOFILINA (ANHIDRA) 150 mg 23-1620 M 1A
TABLETAS

TEOFILINA (ANHIDRA) DE ACCIÓN PROLONGADA 250 mg a 300 mg 23-1630 M 1A
TABLETAS RANURADAS

TIOTROPIO (COMO BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO) 2.5 MICROGRAMOS POR PULSACIÓN 23-7680 RE 2A

SOLUCIÓN PARA AEROSOL PARA INHALACIÓN ORAL. ENVASE CON 4.5 mL CON DISPOSITIVO DOSIFICADOR NO RECARGABLE

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE:

1. EPOC, (ESTADIO GOLD II Y III), GARANTIZANDO QUE EL PACIENTE NO ES UN TABAQUISTA ACTIVO
2. ASMA MODERADA A SEVERA, SEGÚN EL PASO 4 Y 5 DE LA GUÍA GINA

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL ESTADIO EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO EN EPOC SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO O ESTADIO DE ASMA Y PASO DE ACUERDO CON LA GUÍA GINA

24 ANTITUSIGENOS, FLUIDIFICANTES Y EXPECTORANTES

	Código	Clave	Usuario
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg TABLETAS NO SE AVALA USO EN MENORES DE 2 AÑOS.	24-0470	M	1A
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO 15 mg/ 5 mL JARABE FRASCO CON 110 mL A 120 mL NO SE AVALA USO EN MENORES DE 2 AÑOS.	24-6640	M	1A

25 ANTIHISTAMINICOS, ANTIEMÉTICOS, ANTIPRURÍTICOS

	Código	Clave	Usuario
<p>APREPITANT 125 mg y APREPITANT 80 mg CÁPSULA USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA Y HEMATOLOGÍA, SEGÚN PROTOCOLO CCF-5132-11-14</p>	25-0570	RE	3A
<p>CLORFENAMINA MALEATO 4 mg (SINÓNIMO: CLORFENAMINA MALEATO) TABLETAS NO SE AVALA LA PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN MENORES DE 2 AÑOS. USO ENTRE EL MES Y 23 MESES DE EDAD SE RESERVA EXCLUSIVAMENTE PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA.</p>	25-0370	M	1A
<p>CLORFENAMINA MALEATO 1% (10 mg/mL) (SINÓNIMO: CLORFENIRAMINA MALEATO) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL</p> <p>1. NO SE AVALA EL USO EN MENORES DE 2 AÑOS CON EXCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA EN REACCIONES ANAFILÁCTICAS O CONDICIONES AGUDAS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE, SIN RESTRICCIÓN DEL USUARIO.</p> <p>2. SE AUTORIZA EL DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL <u>SOLAMENTE</u> PARA PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN ALERGLOGÍA PARA USO EXCLUSIVO EN EL MANEJO DE EMERGENCIA DE ANAFILAXIA CON REPOSICIÓN POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDE DOCUMENTADO EN EXPEDIENTE QUE EL PACIENTE Y/O PERSONA A CARGO:</p> <ol style="list-style-type: none"> FUE CAPACITADO PREVIAMENTE PARA RECONOCER LOS SÍNTOMAS DE ANAFILAXIA. RECIBIÓ INFORMACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN, ALMACENAJE, REVISIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO Y JERINGA DESPUÉS DE UTILIZADO Y, SOBRE LA REPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. CUENTA CON ENTRENAMIENTO PREVIO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. SE INSTRUYÓ PARA QUE DESPUÉS DE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA ANAFILAXIA, DEBE DIRIGIRSE INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO. 	25-3340	HM	1A
<p>CLORFENIRAMINA MALEATO 2 mg / 5 mL JARABE O SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL A 120 mL O CLORFENIRAMINA MALEATO 2,5 mg / 5 mL JARABE O SOLUCIÓN ORAL ENVASE CON 100 mL A 120 mL O CLORFENIRAMINA MALEATO 2,5 mg / 5 mL JARABE ENVASE CON 120 mL (Sinónimo de clorfenamina maleato: Clorfeniramina maleato) NO SE AVALA LA PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN MENORES DE 2 AÑOS. USO ENTRE EL MES Y 23 MESES DE EDAD SE RESERVA EXCLUSIVAMENTE PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA.</p>	25-6500	M	1A

DIFENHIDRAMINA HIDROCLORURO 50 mg 25-0525 M 1A

TABLETAS O CÁPSULAS

NO SE AVALA USO EN MENORES DE 1 AÑO.

USO CONTRAINDICADO ABSOLUTAMENTE EN NEONATOS Y NIÑOS
PREMATUROS

DIFENHIDRAMINA HIDROCLORURO 12.5 mg/ 5 mL 25-6680 M 1A

JARABE

FRASCO CON 100 A 120 mL

NO SE AVALA USO EN MENORES DE 1 AÑO.

USO CONTRAINDICADO ABSOLUTAMENTE EN NEONATOS Y NIÑOS
PREMATUROS

DIMENHIDRINATO 25 mg 25-2520 M 1A

SUPOSITORIO 1 g

DIMENHIDRINATO 50 mg 25-0560 M 1A

TABLETAS

DIMENHIDRINATO 100 mg 25-2530 M 1A

SUPOSITORIO 2 g

DIMENHIDRINATO 5% (50 mg/mL) 25-3690 HM 1A

INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR
MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVOS
DEBIDAMENTE ACREDITADAS

FEXOFENADINA HIDROCLORURO DE 120 mg. 25-1614 R 1A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) Ó

EPINASTINA HIDROCLORURO DE 20 mg. TABLETAS Ó

CETIRIZINA HIDROCLORURO DE 10 mg. TABLETAS

RECUBIERTAS (FILM COATED) Ó

DES Loratadina

5mg. TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) Ó

LORATADINA 10 mg. TABLETAS

USO EN PACIENTES QUE POR SU OCUPACIÓN LABORAL O

ESTUDIANTES REQUIEREN DE UN ANTIHISTAMÍNICO NO SEDANTE DE

FORMA CRÓNICA.

ADVERTENCIA: PARA NIÑOS CON UN PESO MENOR A 30 KG O EN EL RANGO DE 2 AÑOS
A 6 AÑOS O PACIENTES CON TRASTORNOS DEGLUTORIOS QUE REQUIEREN DE UN
ANTI H I S T A M Í N I C O N O S E D A N T E , E N S U L U G A R , S E T I E N E D I S P O N I B L E L A L O R A T A D I N A
5 MG/5 ML JARABA (CÓDIGO 1-10-25-7145), QUE SI CUENTA CON INDICACIONES PARA
ESTE GRUPO.

HIDROXIZINA HIDROCLORURO 25 mg Ó HIDROXIZINA 25-0875 M 1A

PAMOATO 25 mg

(SINÓNIMO: HIDROXIZINA BICLORHIDRATO)

TABLETAS CON O SIN RANURA, CON O SIN

RECUBRIMIENTO

NO SE AVALA EL USO EL PACIENTES MENORES DE 6 MESES

HIDROXIZINA HIDROCLORURO 10 mg/5 mL JARABE O 25-7060 M 1A

HIDROXIZINA PAMOATO 10 mg/ 5 mL
(**CORRESPONDE AL HIDROCLORURO DE
HIDROXIZINA) SUSPENSIÓN ORAL**

(SINÓNIMO: HIDROXIZINA BICLORHIDRATO)

FRASCO CON 180 mL O 200mL

NO SE AVALA EL USO EL PACIENTES MENORES DE 6 MESES

LORATADINA 5 mg/5 mL. JARABE. ENVASE CON 60 25-7145 R 1A

**mL o LORATADINA 5 mg/5 mL. JARABE. ENVASE CON
100 mL**

PARA NIÑOS ENTRE 2 – 6 AÑOS CON UN PESO MENOR A 30 KG O EN
PACIENTES CON TRASTORNOS DEGLUTORIOS QUE REQUIEREN UN
ANTIHISTAMÍNICO NO SEDANTE. NO SE AVALA EN MENORES DE 2
AÑOS.

TROPISETRON BASE 5 mg (COMO HIDROCLORURO 25-4355 HR 2C
DE TROPISETRON). SOLUCIÓN ESTÉRIL.

INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL O

GRANISETRON BASE 3 mg (COMO HIDROCLORURO
DE GRANISETRON). SOLUCIÓN ESTÉRIL.

INYECTABLE. AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 3
mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE.

USO EXCLUSIVO EN QUIMIOTERAPIA CON AGENTES QUE PRESENTAN
UN RIESGO MEDIO ALTO, MODERADAMENTE ALTO Y ALTO PARA
PRODUCIR EMESIS Y ANESTESIOLOGÍA PARA USO EN EL
TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS
POSTOPERATORIOS EN PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR
AMBULATORIA.

26 ANTIPARKINSONIANOS

	Código	Clave	Usuario
BIPERIDENO HIDROCLORURO 2 mg TABLETAS	26-0245	M	1A
BIPERIDENO LACTATO 5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL DE LACTATO DE BIPERIDENO EN AGUA PARA INYECCIÓN	26-3220	HM	2B
LEVODOPA 100 mg y CARBIDOPA ANHIDRA 25 mg (COMO CARBIDOPA MONOHIDRATO) TABLETA USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, PSIQUIATRÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	26-1050	E	2C
LEVODOPA 200 mg y CARBIDOPA ANHIDRA 50 mg (COMO CARBIDOPA MONOHIDRATO) TABLETAS DE LIBERACION SOSTENIDA USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA QUE PRESENTAN FENÓMENOS ON-OFF Y FLUCTUACIONES EN LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS.	26-1055	RE	2 A

27 ANTIMIGRAÑA

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
ERGOTAMINA TARTRATO 2 mg O ERGOTAMINA TARTRATO 1 mg MÁS CAFÉINA 100 mg TABLETAS	27-0620	M	1A

EN EL CASO DE ADULTOS NO ADMINISTRAR MÁS DE 6 mg/DIA O 10 mg
POR SEMANA

28 ANTICONVULSIVOS

	Código	Clave	Usuario
CARBAMAZEPINA 200 mg TABLETAS	28-0270	M	1A
CLONAZEPAM 2 mg TABLETAS	28-0340	M	1A
CLONAZEPAM 2.5 mg/mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 10 mL	28-6460	M	1A
FENITOÍNA SÓDICA 100 mg (DIFENILHIDANTOINA SÓDICA) DE ACCIÓN PROLONGADA. CÁPSULAS	28-0540	M	1A
FENITOÍNA 2.5% (125 mg/5mL) SUSPENSIÓN ORAL FRASCO 100 mL Ó 120 mL	28-6690	M	1A
FENITOÍNA SÓDICA 50 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 5 mL	28-3680	HM	2C
FENOBARBITAL 25 mg TABLETAS RANURADAS	28-0720	M	1A
FENOBARBITAL 100 mg TABLETAS RANURADAS	28-0730	M	1A
FENOBARBITAL SÓDICO 50 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	28-3830	HM	2C
GABAPENTINA 300 mg CÁPSULAS	28-0791	RE	2D
1. USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, PARA EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA Y PACIENTES EPILÉPTICOS NO REFRACTARIOS ANTICOAGULADOS CON WARFARINA			
2. NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO, NEUROPATÍA DIABÉTICA, NEURALGIA TRIGEMINAL Y NEURALGIA POSTHERPÉTICA, SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.			
3. ENDOCRINOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.			
4. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.			

5. ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-0712-02-16, EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (Usuario 3-A).

NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

LAMOTRIGINA 25 mg. TABLETA DISPERSABLE O 28-1020 RE 2C
LAMOTRIGINA 25 MG. TABLETA MASTICABLE Y DISPERSABLE.

SOLO PARA INICIO DE TRATAMIENTO:

1. NEUROLOGÍA, USO EXCLUSIVO EN CASOS DE EPILEPSIA REFRACTARIA
2. PSIQUIATRÍA, PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA (ENFERMEDAD BIPOLAR)
3. NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA: ESPECIALISTAS EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL (III NIVEL) EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA TRIGEMINAL SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.

NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

LAMOTRIGINA 100 mg. TABLETA DISPERSABLE O 28-1014 RE 2C
LAMOTRIGINA 100 MG. TABLETA MASTICABLE Y DISPERSABLE.

1. NEUROLOGÍA, USO EXCLUSIVO EN CASOS DE EPILEPSIA REFRACTARIA.
2. PSIQUIATRÍA, PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA (ENFERMEDAD BIPOLAR)
3. NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA: ESPECIALISTAS EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL (III NIVEL) EN EL TRATAMIENTO DE NEURALGIA DEL TRIGÉMINAL SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.

NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

PRIMIDONA 250 mg 28-1450 E 2C
TABLETAS

USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA, GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA ATENDER EL TREMOR ESENCIAL DEL ADULTO MAYOR

PRIMIDONA 250 mg/5 mL 28-7470 E 2C

SUSPENSIÓN ORAL. CON SABOR AGRADABLE
FRASCO CON 120 mL Ó 150 mL

USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA, GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA ATENDER EL TREMOR ESENCIAL DEL ADULTO MAYOR

TOPIRAMATO 25 mg 28-1701 RE 2B

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, EN CASOS DE EPILEPSIA REFRACTARIA, EN LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: CONVULSIONES PARCIALES O CONVULSIONES GENERALIZADAS DE TIPO TONICO-CLÓNICAS, COMO TERAPIA ADYUVANTE Y CONVULSIONES ASOCIADAS CON EL SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT

TOPIRAMATO 100 mg 28-1702 RE 2B

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, EN CASOS DE EPILEPSIA REFRACTARIA, EN LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: CONVULSIONES PARCIALES O CONVULSIONES GENERALIZADAS DE TIPO TONICO-CLÓNICAS, COMO TERAPIA ADYUVANTE Y CONVULSIONES ASOCIADAS CON EL SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT

VALPROATO DE SODIO 200 mg/mL (EQUIVALENTE A APROXIMADAMENTE 174 mg/mL DE ÁCIDO VALPRÓICO). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 40 A 60 ML. CON JERINGA GRADUADA EN DÉCIMAS DE MILILITRO PARA USO ORAL O 28-7725 M 1A

VALPROATO DE SODIO 288.1 mg/5 mL (EQUIVALENTE A 250 mg/mL DE ÁCIDO VALPROICO. JARABE. ENVASE CON 120 mL. CON MEDIDA DOSIFICADORA TIPO TAPA GRADUADA EN MILILITROS

VALPROATO SEMISÓDICO EQUIVALENTE A 250 mg DE ÁCIDO VALPROICO 28-0090 M 1A

TABLETA CON CUBIERTA ENTÉRICA

VIGABATRINA 500 mg 28-1755 RE 2A

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO EN NEUROLOGÍA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA CON ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA Y SÍNDROME DE WEST

29 ANTIDEPRESIVOS Y PSICOESTIMULANTES

ANTIDEPRESIVOS

	Código	Clave	Usuario
AMITRIPTILINA HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS RECUBIERTAS	29-0170	M	1A
CLOMIPRAMINA HIDROCLORURO 75 mg TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED) DE LIBERACIÓN SOSTENIDA USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. PARA CRISIS DE PÁNICO, FOBIA, BULIMIA, ENFERMEDAD DEPRESIVA, EN PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CON FLUOXETINA	29-0345	RE	2C
FLUOXETINA (COMO HIDROCLORURO) 20 mg CÁPSULAS POBLACION PEDIÁTRICA: PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA PSIQUIATRÍA Y CLÍNICA DEL ADOLESCENTE	29-0765	M	1A
IMIPRAMINA HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS RECUBIERTAS	29-0940	M	1A
IMIPRAMINA HIDROCLORURO 25 mg TABLETAS RECUBIERTAS	29-0950	M	1A
SERTRALINA 50 mg (COMO HIDROCLORURO DE SERTRALINA) TABLETA RECUBIERTA PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PARA SER UTILIZADO EN: 1. ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS COMO CUARTA LÍNEA DE TRATAMIENTO SEGÚN PROTOCOLO CCF-6182-11-19 ANTE DIAGNÓSTICO DE: - DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO CON VENLAFAXINA LOM. - DEPRESIÓN ATÍPICA CON USO DE VENLAFAXINA LOM. 2. MANEJO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO SEGÚN PROTOCOLO CCF- 6313-12-19 EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. NO REQUIERE LLENADO DE FORMULARIO. SE DEBE ANOTAR EN EL DORSO DE LA RECETA FÍSICA O EN EL APARTADO DE OBSERVACIONES DE LA RECETA DIGITAL, LA JUSTIFICACIÓN DE USO DEL MEDICAMENTO, COMO MECANISMO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS AVALADOS PARA EL USO RACIONAL DEL MEDIAMENTO A LA HORA DE LA PRESCRIPCIÓN.	29-1800	RE	2D
VENLAFAXINA HIDROCLORURO EQUIVALENTE A 75 mg DE VENLAFAXINA CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	29-1750	RE	2C

1-USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SEGÚN PROTOCOLO CCF-3720-09-14.

2- NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FORMALMENTE CONSTITUIDAS, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, REUMATOLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16 (MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO).

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN, EN SU LUGAR SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

30 ANTIPSICÓTICOS

	Código	Clave	Usuario
CLORPROMAZINA HIDROCLORURO (EQUIVALENTE A 100 mg de CLORPROMAZINA BASE) TABLETAS RECUBIERTAS USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CUIDADOS PALIATIVOS, MEDICINA GENERAL (CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS)	30-0390	E	2C
CLORPROMAZINA 25 mg/mL (COMO HIDROCLORURO DE CLORPROMAZINA) SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 2 mL USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS. SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS.	30-3355	HE	2C
CLOZAPINA 100 mg TABLETA USO EXCLUSIVO DE PSIQUIATRÍA TRATAMIENTO PSICOSIS REFRACTARIA Y CON MONITOREO DE ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS.	30-0392	RE	2C
FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/ mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA CON 1 mL USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA	30-3890	HE	2C
HALOPERIDOL 0.2% (2 mg/mL) SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 15 mL	30-6940	M	1A
HALOPERIDOL 5 mg TABLETA	30-0830	M	1A
HALOPERIDOL 5 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ACREDITADAS	30-4060	HM	1A

LEVOMEPRIMAZINA BASE 25 mg (COMO MALEATO DE LEVOMEPRIMAZINA). 30-1060 E 2C

TABLETAS

USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, MEDICINA PALIATIVA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS

LITIO CARBONATO 300 mg (300 mg de LITIO CARBONATO CONTIENE 8.12 mEq de LITIO) 30-1090 E 2C

TABLETAS

USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, ENDOCRINOLOGÍA, NEUROLOGÍA

OLANZAPINA 10 mg 30-4000 HR 1A

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

PARA EL MANEJO DE PACIENTES ADULTOS CON AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.

PERFENAZINA 4 mg 30-1320 E 2C

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA USO EN PACIENTES CON ÉMESIS ASOCIADA A QUIMIOTERAPIA REFRACTARIA A OTRAS ALTERNATIVAS

RISPERIDONA 1 mg 30-1568 RE 2C

TABLETA O TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA Y GERIATRÍA SEGÚN PROTOCOLO CCF 3717-09-14.

No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.

RISPERIDONA 1 mg/mL 30-6950 RE 2C

SOLUCIÓN ORAL

ENVASE CON 30 mL O CON 60 mL

SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-3717-09-14:

1- PSIQUIATRÍA Y ESPECIALISTAS EN NEURODESARROLLO EN PACIENTES MAYORES DE 5 AÑOS.

2- GERIATRÍA EN PACIENTES ADULTOS CON PROBLEMAS DEGLUTORIOS.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

**TRIFLUOPERAZINA BASE 5 mg (COMO
HIDROCLORURO DE TRIFLUOPERAZINA)**
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA

30-1710 E 2C

31 SEDANTES / HIPNÓTICOS, ANSIOLÍTICOS

	Código	Clave	Usuario
<p>CLORAL HIDRATO 500 mg / 5 mL SOLUCIÓN EN FORMA DE JARABE ENVASE CON 100 mL A 120 mL</p>	31-6980	M	1A
<p>DIAZEPAM 5 mg TABLETAS RANURADAS</p>	31-0480	M	1A
<p>DIAZEPAM 10 mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 2 mL SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS</p>	31-3630	HM	1A
<p>LORAZEPAM 2 mg TABLETAS</p>	31-1100	M	1A
<p>MIDAZOLAM 5 mg/mL BASE (COMO HIDROCLORURO DE MIDAZOLAM) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 3 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS, MÉDICO ESPECIALISTA A CARGO DE PACIENTES QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO INVASIVO, CON VENTILACIÓN MECÁNICA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LAS CONDICIONES IDÓNEAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE UN CASO CLÍNICO DE TAL COMPLEJIDAD. USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA PARA LA CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA DE PACIENTES AGITADOS CON PERSONAL CAPACITADO Y EQUIPO PARA SOPORTE VENTILATORIO INMEDIATO Y MONITOREO CONSTANTE. SERVICIOS DE EMERGENCIAS QUE SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE CERTIFICADOS POR LA DIRECCIÓN MÉDICA Y QUE CUENTEN CON EQUIPO ADECUADO Y PERSONAL CAPACITADO PARA SU ADMINISTRACIÓN. SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS ALTOS (GASTROSCOPIAS), EN LOS QUE SE REQUIERA ANSIOLISIS, EN PACIENTES CON BUEN ESTADO GENERAL (ASA 1 ó 2), SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES: 1) AL MENOS DOS FUNCIONARIOS DEBIDAMENTE ENTRENADOS, QUE PERMITAN DAR SEGUIMIENTO A LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RESPIRATORIAS DEL PACIENTE. 2) SE DISPONGA DE LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA RESOLVER SATISFACTORIAMENTE CUALQUIER COMPLICACIÓN. MEDICINA PALIATIVA PARA SEDACIÓN PALIATIVA SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-0810-02-16, CON AUTORIZACIÓN DE DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR, ÚNICAMENTE PARA SEDACIÓN PALIATIVA Y SEGÚN EL PRESENTE PROTOCOLO CARDIOLOGÍA, PARA LA REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMAS TRANSESOFÁGICOS, EN PACIENTES QUE REQUIERAN SEDACIÓN CONSCIENTE Y TENGAN UN BUEN ESTADO GENERAL (ASA 1 ó 2) Y SE CUENTE ADEMÁS DEL CARDÍOLOGO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO, UN FUNCIONARIO DEBIDAMENTE CAPACITADO EN SOPORTE CARDIACO AVANZADO, QUE SE ENCARGUE DE DAR SEGUIMIENTO A VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RESPIRATORIAS DEL PACIENTE. SE DEBE CONTAR CON TODOS LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA RESOLVER CUALQUIER COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA SEDACIÓN CON MIDAZOLAM.</p>	31-4315	HRE	2C

**32 AGENTES GASTROINTESTINALES, ANTIÁCIDOS Y ANTAGONISTAS
DEL RECEPTOR H₂**

	Código	Clave	Usuario
<p>ÁCIDO URSODEOXICÓLICO 150mg</p> <p>TABLETAS</p> <p>USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA, TRATAMIENTO DE FIBROSIS QUISTICA DE PANCREAS Y COLESTASIS INTRAHEPÁTICAS. HEMATOLOGÍA, SEGÚN PROTOCOLO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA. NEONATOLOGÍA, EN AQUELLOS CASOS QUE SE PRESENTE COLESTASIS ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL COMO ALTERNATIVAS DE MANEJO EN LA INSTITUCIÓN PARA ESTOS PACIENTES, UTILIZANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIA PRESCRIPCIÓN.</p>	32-0093	RE	3A
<p>ÁCIDO URSODEOXICÓLICO 250 mg Ó 300 mg</p> <p>CÁPSULAS O TABLETAS CON O SIN RECUBIERTA</p> <p>USO EXCLUSIVO DE GASTROENTEROLOGÍA, CIRUGÍA GENERAL. ESPECIALISTAS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HIGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR, MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y HEMATOLOGÍA. TRATAMIENTO DE COLANGITIS ESCLEROSANTE, ENFERMEDAD COLESTÁSICA DEL HÍGADO, COLESTASIS ASOCIADA A LITIASIS (LITOS DE COLESTEROL), CIRROSIS BILIAR PRIMARIA, COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI), COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO.</p>	32-0095	RE	2B
<p>ALUMINIO HIDRÓXIDO 200 mg A 300 mg</p> <p>TABLETAS MASTICABLES</p> <p>USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA</p>	32-0140	E	2C
<p>ALUMINIO HIDRÓXIDO 5.5 a 6.7% p/p SIN MAGNESIO</p> <p>SUSPENSIÓN ORAL</p> <p>FRASCO CON 120 mL A 180 mL</p> <p>USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA, GASTROENTEROLOGÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA. PARA USO EN PACIENTES CON PROBLEMAS METABÓLICOS, ELECTROLÍTICOS, RENALES, CON INTOLERANCIA AL MAGNESIO</p>	32-6190	RE	2C
<p>ALUMINIO HIDRÓXIDO 200 mg Y MAGNESIO HIDRÓXIDO 150 A 200 mg CON SIMETICONA 25 mg</p> <p>TABLETAS MASTICABLES</p>	32-0890	M	1A
<p>ALUMINIO HIDRÓXIDO 4.7 a 6.1% P/P y MAGNESIO HIDRÓXIDO 1.4 a 2.2 % P/P, F.E.U. FÓRMULA</p> <p>SUSPENSIÓN ORAL.</p> <p>ENVASE CON 225 mL Ó 500 mL</p>	32-7070	M	1A

**CIMETIDINA BASE 300 mg (COMO CIMETIDINA
HIDROCLORURO)** 32-3290 HR 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA 2 mL

USO EXCLUSIVO EN PROFILAXIS DE SANGRADO POR ÚLCERA GASTRODUODENAL AGUDA
SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

FAMOTIDINA 40 mg 32-0695 M 1A
TABLETAS Ó TABLETAS RECUBIERTAS CON FILM

**METOCLOPRAMIDA BASE 10 mg (COMO
HIDROCLORURO DE METOCLOPRAMIDA)** 32-1180 M 1A
TABLETAS

METOCLOPRAMIDA HIDROCLORURO 10 mg 32-4300 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 2 mL

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

**MESALAZINA 500 MG TABLETA DE LIBERACIÓN
PROLONGADA (O SOSTENIDA O EXTENDIDA)** 32-1182 RE 2A

(SINÓNIMO: MESALAMINA)

USO EXCLUSIVO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES QUE TENGAN CONTRAINDICACIÓN PARA EL USO DE LA SULFASALAZINA, DOCUMENTADA EN EL EXPEDIENTE.

MESALAZINA 1GRAMO 32-7212 RE 2B
SUPOSITORIO

(SINÓNIMO: MESALAMINA)

USO EXCLUSIVO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO

**OCTREÓTIDA 0.1 mg/mL (COMO ACETATO DE
OCTREOTIDA)** 32-4370 RE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 1 mL

1. USO EXCLUSIVO INTRAHOSPITALARIO
 - a. SANGRADO DIGESTIVO ALTO PRODUCIDO POR VARICES ESOFÁGICAS. PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA.
 - b. FISTULAS ENTEROCUTÁNEAS DE ALTO GASTO, SEGÚN PROTOCOLO CCF-0555-02-14. PRESCRIPCIÓN POR COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL Y PARENTERAL.
2. SE AUTOIRZA PARA USO INTRA O EXTRAHOSPITALARIO SOLAMENTE PARA:
 - a. SÍNDROME CARCINOIDE (INICIO DE TRATAMIENTO). PRESCRIPCIÓN POR ONCOLOGÍA MÉDICA.
 - b. ACROMEGALIA. PRESCRIPCIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA.
 - c. MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA PARA REDUCCIÓN DE SECRECIONES INTESTINALES, SEGÚN PROTOCOLO DFE-AMTC-1728-2023.

PRESCRIPCIÓN POR ONCOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA PALIATIVA. EN EL CASO DE CLINICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS (MÉDICO GENERAL CAPACITADO, SOLAMENTE CUANDO NO DISPONE DE ESPECIALISTA EN MEDICINA PALIATIVA EN LA UNIDAD O DURANTE LA ATENCIÓN DOMICILIAR).

ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN INDICACIÓN O PROTOCOLO ESTABLECIDO.

OCTREÓTIDA 20 mg (COMO ACETATO DE 32-4375 HRE 2 A OCTREÓTIDA)

EN FORMA DE MICROESFERAS DE ACCIÓN PROLONGADA

POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE ADJUNTO

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARCINOIDE, TUMORES NEUROENDOCRINOS FUNCIONANTES O NO FUNCIONANTES AVANZADOS/METASTÁSICOS Y ENDOCRINOLOGÍA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA QUE NO SON TRIBUTARIOS DE CIRUGÍA O QUE NO HAN LOGRADO CONTROL CON ÉSTA.

OCTREÓTIDA 30 mg (COMO ACETATO DE 32-4385 HRE 2 A OCTREÓTIDA)

EN FORMA DE MICROESFERAS DE ACCIÓN PROLONGADA

POLVO PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA.

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARCINOIDE, TUMORES NEUROENDOCRINOS FUNCIONANTES O NO FUNCIONANTES AVANZADOS/METASTÁSICOS Y ENDOCRINOLOGÍA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA QUE NO SON TRIBUTARIOS DE CIRUGÍA O QUE NO HAN LOGRADO CONTROL CON ÉSTA.

OMEPRAZOL 20 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA O 32-1275 RE 2D

LANSOPRAZOL 30 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA O

PANTOPRAZOL 40 mg TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA.

1. USO EXCLUSIVO DE GASTROENTEROLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, GERIATRÍA, REUMATOLOGÍA, CIRUGÍA GENERAL, HEMATOLOGÍA, MEDICINA PALIATIVA, CARDIOLOGÍA Y NEUROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO CCF-5645-11-13.
2. OTORRINOLARINGOLOGÍA (ORL) Y FONIATRÍA, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS Institucionales CCF-0320-01-2014.
3. NEUMOLOGÍA EN PACIENTE CON RGE DEMOSTRADO POR UN PERIODO DE 4 A 8 SEMANAS Y HASTA UN MÁXIMO DE 12 SEMANAS.
4. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI SEGÚN LINEAMIENTO DFE-AMTC-1347-2022:
 - a. TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA, PARA INICIO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA.
 - b. TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA, PRESCRIPCIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA Y GERIATRÍA.
 - c. TRATAMIENTO DE TERCERA LÍNEA, PRESCRIPCIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA.

(SOLICITAR EXTRAPEDIDO AL ÁREA DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA CLÍNICA, EN CASO DE NO CONTAR CON CUOTA DE PRESUPUESTO DE DESPACHO)

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN

LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

OMEPRAZOL 40 mg (COMO OMEPRAZOL SÓDICO). EN 32-4352 HRE 2C
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE INCLUIDO.
(AMPOLLA CON 10 mL DE DILUENTE) O
ESOMEPRAZOL 40 mg (COMO ESOMEPRAZOL SÓDICO). EN POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN.
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA.

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICOS ESPECIALISTAS PARA:

A. **ADULTOS**

- a. INICIO DE TRATAMIENTO CON IBP IV EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO (SDA) O SOSPECHA DE SDA.
- b. SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR ÚLCERA PÉPTICA, TRAS MEDIDAS APLICADAS PARA HEMOSTASIA LOCAL O COMO COMPLEMENTO DE INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA O CON CONTRAINDICACIÓN PARA GASTROSCOPIA POR 72 HORAS.
- c. PROFILAXIS DE ÚLCERAS POR ESTRÉS EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS SIN VÍA ORAL DISPONIBLE.

B. **PEDIATRÍA**

- a. ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

SEGÚN CIRCULAR: DFE-AMTC-0317-2024

PANCREALIPASA (4000 UNIDADES F.E.U. Ó 4500 UNIDADES F.E.U. Ó 8000 UNIDADES F.E.U. Ó 10000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 9000 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 20000 UNIDADES F.E.U. Ó 40000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 25000 UNIDADES F.E.U. Ó 45000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA; O
PANCREATINA (4000 UNIDADES F.E.U. Ó 4500 UNIDADES F.E.U. Ó 8000 UNIDADES F.E.U. Ó 10000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 9000 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 20000 UNIDADES F.E.U. Ó 40000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F.E.U. Ó 12000 UNIDADES F.E.U. Ó 25000 UNIDADES F.E.U. Ó 45000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA
O
PANCREATINA (10.000 UNIDADES F.EUR. DE ACTIVIDAD LIPASA, 8.000 UNIDADES F.EUR DE ACTIVIDAD AMILASA Y 600 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MINIMICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA O
PANCREATINA (10000 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD LIPASA, 8000 UNIDADES F. EUR. Ó 9000 UNIDADES F. EUR DE ACTIVIDAD AMILASA, 500 UNIDADES F. EUR Ó 600 UNIDADES F. EUR. DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROGRÁNULOS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA.

USO EXCLUSIVO DE GASTROENTEROLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CIRUGÍA GÁSTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA PANCRÉATICA EXOCRINA.

CLÍNICA DE FIBROSIS QUÍSTICA – HNN. NEUMOLOGÍA, EN
CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES REFERIDOS DEL
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

PANCREALIPASA (16.000 UNIDADES F.E.U Ó 20.000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 56.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 44.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA Ó 32-1286 RE 2 A

PANCREATINA (16.000 UNIDADES F.E.U Ó 20.000 UNIDADES F.E.U. DE ACTIVIDAD LIPASA, 56.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD AMILASA, 44.000 UNIDADES A 80.000 UNIDADES F.E.U DE ACTIVIDAD PROTEASA) EN MICROESFERAS CON CUBIERTA ENTÉRICA. CÁPSULA O

PANCREATINA 25.000 UNIDADES (300 mg) EN MICROGRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO (MICROESFERAS GASTRORESISTENTES). CÁPSULA.

USO EXCLUSIVO EN GASTROENTEROLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CIRUGIA GASTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA PANCREATICA EXOCRINA, USO POR LA COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL LOCAL EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

TRIENTINA 250 mg Ó 300 mg

32-1707 RE 3 A

CÁPSULAS

USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA PARA SER USADO EN LA ENFERMEDAD DE WILSON EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA PENICILAMINA

33 ANTIDIARREICOS Y LAXANTES

	Código	Clave	Usuario
<p>ACEITE MINERAL USO ORAL FRASCO CON 110 mL A 120 mL USO PARA ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS. EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LA DESIMPACTACIÓN FECAL EN NIÑOS POR 3-4 DÍAS, PUEDE CONTINUAR EL USO CON DOSIS MENOR HASTA LA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA, SEGÚN LINEAMIENTO DFE-AMTC-0050-01-2018</p>	33-7360	R	1A
<p>ACEITE DE RICINO (SINÓNIMO: ACEITE DE CASTOR) LÍQUIDO VISCOSO SIN AGENTES SABORIZANTES FRASCO CON 60 mL</p>	33-6010	M	2C
<p>BISACODILO 10 mg SUPOSITORIOS 1 g Ó 2 g</p>	33-2480	M	1A
<p>GLICEROL (GLICERINA) DE 1 g a 1.5 g SUPOSITORIO</p>	33-2560	M	1A
<p>GLICEROL (GLICERINA) DE 2 g A 2.6 g SUPOSITORIO</p>	33-2570	M	1A
<p>LACTULOSA 3.3 g/5 mL . SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL O CON 200 mL O LACTULOSA 10 g/15 mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 100 mL O CON 200 mL O LACTULOSA 66.7 g/100 mL (LACTULOSA 3.335 g/5 mL). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 150 mL O LACTULOSA 10 g. EN POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL. SOBRE CON 10 g DE LACTULOSA O LACTULOSA 10 g / 15 mL (LACTULOSA 66.7 g/ 100 mL). SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 200 mL O LACTULOSA 667 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL. ENVASE CON 250 mL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PARA ENCEFALOPATÍA PORTOSISTÉMICA. 2. CONSTIPACIÓN SEVERA QUE NO SE RESUELVE CON OTROS MEDICAMENTOS. USO EXCLUSIVO ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, CIRUGÍA PEDIÁTRICA, GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA PALIATIVA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, MEDICINA DE EMERGENCIAS Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y ESPECIALISTAS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR. 3. PARA DESIMPACTACIÓN FECAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, SOLO PRESCRIPCIÓN POR PEDIATRÍA, POR TRES DÍAS SEGÚN DFE-AMTC-0050-01-2018. 4. PARA LA DESIMPACTACIÓN FECAL EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD, O EN MAYORES DE 3 AÑOS CON CONTRAINDICACIÓN DOCUMENTADA AL ACEITE MINERAL, POR TRES DÍAS SEGÚN DFE-AMTC-0050-01-2018 DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. 	33-7135	R	2D

5. EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON IMPACTACIÓN FECAL QUE PRESENTEN UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES, DEBEN PROCEDER SEGÚN LO INDICADO EN GM-CCF-3697-2022 LINEAMIENTO DE USO DE POLIETILENGLICOL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL:
- FALLA TERAPÉUTICA A LACTULOSA.
 - REACCIONES ADVERSAS A LACTULOSA
 - POR SUS COMORBILIDADES (TRASTORNO AUTISTA, ENCEFALOPATÍA CRÓNICA NO PROGRESIVA, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DEGENERATIVAS) NO ACEPTEN O TOLEREN LA LACTULOSA
 - DIABETES MELLITUS
 - GALACTOSEMIA

LAXANTE PARA ENEMA FÓRMULA

33-7220 RE 2D

TUBO FLEXIBLE DE PLÁSTICO CON 5 mL CON CÁNULA FLEXIBLE DE 5 cm de LONGITUD

USO EXCLUSIVO EN MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, FISIATRÍA, CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (ADULTOS Y NIÑOS): PARA LIMPIEZA INTESTINAL EN PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO O ADYUVANTE A LA DESIMPACTACIÓN, UNA O DOS VECES AL DÍA MÁXIMO POR TRES DÍAS.

GINECOLOGÍA/GINE-ONCOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA: PARA PREPARACIÓN DE PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDAS A ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O ENDOSCÓPICOS. UNA SOLA DOSIS, MÁXIMO DOS AL DÍA.

ONCOLOGÍA, RADIOLOGÍA, CIRUGÍA, UROLOGÍA: PARA LA PREPARACIÓN DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICOS, CIRUGÍA ABDOMINAL Y/O ANO RECTAL, BIOPSIAS. UNA SOLA DOSIS MÁXIMO DOS AL DÍA.

-PRESCRIPCIÓN POR PEDIATRÍA, CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PARA DESIMPACTACIÓN FECAL EN NIÑOS, SEGÚN LINEAMIENTO DFE-AMTC-0050-01-2018

LOPERAMIDA HIDROCLORURO 2 mg

33-1095 M 1A

CÁPSULAS o TABLETAS RECUBIERTAS

MAGNESIO HIDRÓXIDO F.E.U 7.0% A 8.5%

33-7180 M 1A

FÓRMULA SUSPENSIÓN ORAL

FRASCO CON 120 mL a 180 mL

USO PARA ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS.

PSYLLIUM HIDROFILICO MUCILOIDE 49.70 g Y HASTA 50.30 g DE EXCIPIENTES INCLUYENDO COMO EDULCORANTES A LA SACAROSA O DEXTROSA

33-7230 M 1A

POLVO GRANULADO

ENVASE CON 200 g

PICOSULFATO DE SODIO 10 mg, ÓXIDO DE MAGNESIO 3,5 g, ÁCIDO CÍTRICO ANHIDRO 12 g.

33-7355 RE 2C

POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL.

SOBRE

USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA, CIRUGÍA GENERAL, GINECOLOGÍA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA SEGÚN LINEAMENTOS DE USO INSTITUCIONAL Y EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA AL USUARIO

34 CORTICOSTEROIDES

	Código	Clave	Usuario
DEXAMETASONA 0.5 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA MANEJO AMBULATORIO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD. PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD.	34-0460	RE	1A
DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/mL (COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA: - PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLINCIAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS. - PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN ALERGOLÓGIA PARA USO EXCLUSIVO EN EL MANEJO DE EMERGENCIA DE ANAFILAXIA CON REPOSICIÓN POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDE DOCUMENTADO EN EXPEDIENTE QUE EL PACIENTE Y/O PERSONA A CARGO: a. FUE CAPACITADO PREVIAMENTE PARA RECONOCER LOS SÍNTOMAS DE ANAFILAXIA. b. RECIBIÓ INFORMACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN, ALMACENAJE, REVISIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO Y JERINGA DESPUÉS DE UTILIZADO Y, SOBRE LA REPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. c. CUENTA CON ENTRENAMIENTO PREVIO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. d. SE INSTRUYÓ PARA QUE DESPUÉS DE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA ANAFILAXIA, DEBE DIRIGIRSE INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO. VÍA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, INTRAARTICULAR, INTRALESIONAL, TEJIDOS BLANDOS.	34-3420	HM	1A
HIDROCORTISONA 5 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA, ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, NEFROLOGÍA.	34-0859	E	2C
HIDROCORTISONA 20 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CIRUGIA, PEDIATRÍA Y NEFROLOGÍA.	34-0860	E	2C
HIDROCORTISONA BASE 100 mg (COMO SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA) POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE 2 mL A 8 mL CON O SIN DILUENTE ADJUNTO. NO CONTIENEN PRESERVANTES Para prescripción por Medicina General solo para manejo del broncoespasmo ante exacerbación de crisis de asma y EPOC en pacientes con vía oral no disponible. En el Segundo y Tercer Nivel de Atención, prescripción general o especializada y dentro de las instalaciones de la CCSS. Dosis usual: adultos 200 mg en dosis dividida.	34-4100	HM	1A

METILPREDNISOLONA BASE 500 mg (COMO SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA) 34-4290 HM 2B
POLVO PARA INYECCIÓN, CON DILUENTE, CON PRESERVANTE.
FRASCO AMPOLLA DE 8 mL A 14 mL

PREDNISOLONA 1 mg 34-1410 R 1A
TABLETA
USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA MANEJO AMBULATORIO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD.
PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD.

PREDNISOLONA 5 mg 34-1420 R 1A
TABLETA
USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA MANEJO AMBULATORIO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD.
PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD.

PREDNISOLONA BASE 15 mg/5mL Ó PREDNISOLONA BASE 15 mg/5 mL (COMO FOSFATO SÓDICO) 34-7465 R 1A
SOLUCIÓN ORAL, JARABE.
ENVASE CON 60 mL
USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA MANEJO AMBULATORIO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD.
PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD.

PREDNISOLONA 25 mg 34-1430 R 1A
TABLETA
USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA MANEJO AMBULATORIO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD.
PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD.

TRIAMCINOLONA ACETONIDO 10 mg/mL Ó TRIAMCINOLONA DIACETATO 25 mg/mL 34-4720 HE 2C
SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL
USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, ORTOPEDIA, REUMATOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA USO EN DERMOPATÍAS.

35 ANDRÓGENOS Y ANABÓLICOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
DANAZOL 200 mg CÁPSULAS USO EXCLUSIVO GINECOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, ALERGOLOGIA, INMUNOLOGÍA, REUMATOLOGIA Y DERMATOLOGÍA.	35-0440	E	2B
OXIMETOLONA 50 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA E INMUNOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH Y ANEMIA HIPOPLÁSICA, SECUNDARIA A LA ENFERMEDAD O AL TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES	35-1280	RE	2 A
TESTOSTERONA ENANTATO 250 mg. SOLUCION ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL O TESTOSTERONA 250 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL. USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA, ONCOLOGIA, UROLOGIA SE AUTORIZA EL DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL	35-4660	E	2 A

36 ESTROGENOS, PROGESTAGENOS, ANOVULATORIOS

	Código	Clave	Usuario
<p>ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA RECUBIERTA O ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA</p> <p>AUTORIZADO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA UTILIZANDO MÉTODO "YUZPE SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LINEAMIENTO L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020.</p>	36-1250	M	1A
<p>ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 50 ug CON NORGESTREL 0.5 mg TABLETAS RECUBIERTAS</p> <p>AUTORIZADO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA UTILIZANDO MÉTODO "YUZPE SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LINEAMIENTO L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020.</p>	36-1260	M	1A
<p>ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.625 mg. TABLETA RECUBIERTA O ESTRADIOL MICRONIZADO 1 mg. TABLETA RECUBIERTA</p>	36-0660	M	1A
<p>ESTRADIOL VALERATO 2 mg Y ESTRADIOL VALERATO 2 mg CON NORGESTREL 0.5 mg TABLETAS RECUBIERTAS. CICLO CON 21 TABLETAS</p> <p>USO EXCLUSIVO GINECOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA METRORRAGIA DISFUNCIONAL.</p>	36-0200	RE	2C
<p>ESTRADIOL VALERATO 10 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 1 mL</p> <p>USO EXCLUSIVO GINECOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA NO SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL</p>	36-3780	HE	2D
<p>ETONOGESTREL MICRONIZADO 68 mg IMPLANTE SUB-DÉRMICO. UNIDOSIS</p> <p>USO EXCLUSIVO EN MUJERES ADOLESCENTES CON ACTIVIDAD SEXUAL QUE REQUIEREN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO. LA ADMINISTRACIÓN SERÁ POR MÉDICOS Y ENFERMERAS OBSTETRAS DEBIDAMENTE CAPACITADOS, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF 0551-02-18 PARA TERAPIA CONTRACEPTIVA. SE AUTORIZA UN RECAMBIO DEL IMPLANTE A AQUELLAS PACIENTES QUE SUPEREN 19 AÑOS Y 11 MESES Y QUE HAYAN EMPEZADO A PLANIFICAR CON ESTE MÉTODO SIENDO ADOLESCENTES; POSTERIORMENTE, DEBERÁN CONTINUAR UTILIZANDO ALGÚN OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DISPONIBLE EN LA LOM</p>	36-6730	HR	1 A

LEVONORGESTREL 1.5 mg 36-1245 R 1A
TABLETA
ALTERNATIVA AL MÉTODO YUZPE SEGÚN LINEAMIENTO
L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020

MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 mg 36-1120 M 1A
TABLETAS RANURADAS

MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 mg 36-4250 HM 1A
SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 1 mL A 3 mL Ó AMPOLLA
CON 1 mL Ó JERINGA PRELLENADA CON 1 mL
-NO ES PARA DESPACHO DOMICILIAR. DEBE SER ADMINISTRADO EN LA
INSTITUCIÓN.
-USO COMPASIVO EN PACIENTES MASCULINOS CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERSEXUALIDAD/PARAFILIAS. DESDE LA PERSPECTIVA DE USO
COMPASIVO (FUERA DE INDICACIONES OFICIALES), DEBE
DOCUMENTARSE EN EL EXPEDIENTE EL RESPECTIVO
CONSENTIMIENTO INFORMADO_AL PACIENTE O A SU RESPONSABLE
LEGAL, SI EL PACIENTE NO ESTÁ EN CAPACIDAD PARA LA TOMA DE
DECISIONES RESPECTO A SU TRATAMIENTO.
ONCOLOGÍA MÉDICA PARA SER UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO
COADYUVANTE DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO INOPERABLE,
RECURRENTE Y METASTÁSICO Y, EN SARCOMAS UTERINOS, SEGÚN
DFE-AMTC-1233-05-2016

PROGESTERONA MICRONIZADA 200 mg 36-4461 RE 2B
CÁPSULA BLANDA
A- USO EXCLUSIVO GINECO-OBSTETRICIA:
1-PACIENTES CON HISTORIA DE PÉRDIDA GESTACIONAL
RECURRENTE POR INSUFICIENCIA DE CUERPO LÚTEO.
2-PACIENTES CON EMBARAZO MENOR A 12 SEMANAS CON
AMENAZA DE ABORTO CON INSUFICIENCIA DE CUERPO LUTEO
DOCUMENTADA MEDIANTE NIVELES SÉRICOS DE
PROGESTERONA O ULTRASONIDO JUNTO CON OTRO ELEMENTO
CLÍNICO RECONOCIDO Y ATRIBUIBLE A LA INSUFICIENCIA LÚTEA
3- PREVENCIÓN DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO POR
CUELLO CORTO DEMOSTRADO POR ULTRASONIDO O POR
ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO PREVIO.
B- USO EXCLUSIVO PARA FIV-TRA.

SISTEMA ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (D.I.U.) 36-6740 M 1A
DISPOSITIVO

SISTEMA ANTICONCEPTIVO DE LIBERACIÓN 36-6750 HRE 2D
INTRAUTERINA (CONTIENE LEVONORGESTREL 52
mg)
USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA, EN
PACIENTES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL, SEGÚN PROTOCOLO
CCF-3522-08-14.
NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN
LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL
CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN
PROTOCOLO ESTABLECIDO.

37 OXITOCICOS Y TOCOLÍTICOS

	Código	Clave	Usuario
DINOPROSTONA 2 mg/2.5mL (3 GRAMOS) GEL VAGINAL. JERINGA PRECARGADA PARA APLICACIÓN VAGINAL Ó	37-2540	HRE	2B
DINOPROSTONA 10 mg SISTEMA DE LIBERACIÓN VAGINAL EN UN SOBRE DE ALUMINIO/POLIETILENO USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA SEGÚN LINEAMIENTOS DE CIRCULAR AMTC-0001-01-2015			
METILERGOMETRINA MALEATO 0.2 mg INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL USO POR MEDICINA GENERAL SEGÚN PROTOCOLO PARA MANEJO DE HEMORRAGIA POSPARTO (HPP) (GM-CCF-0705-2020)	37-4280	HM	1A
OXITOCINA DE ORIGEN SINTÉTICO 5 UNIDADES/ mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL	37-4390	HM	1A

38 HORMONAS HIPOTALÁMICAS, PITUITARIAS Y OTROS AGENTES

	Código	Clave	Usuario
<p>BROMOCRIPTINA BASE 2.5 mg (COMO MESILATO DE BROMOCRIPTINA) TABLETAS ENDOCRINOLOGÍA, GINECOLOGÍA, NEUROLOGÍA Y GERIATRÍA</p>	38-0250	E	2C
<p>CABERGOLINA 0,5 mg. TABLETA O CABERGOLINA 0.5 mg. TABLETA RECUBIERTA PRESCRIPCIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA: 1. ADENOMA DE HIPÓFISIS (MICRO/MACROPROLACTINOMA) CON HIPERPROLACTINEMIAS DOCUMENTADAS POR LABORATORIO EN LA QUE SE REPORTA INTOLERANCIA AL USO DEL MEDICAMENTO BROMOCRIPTINA/LOM. NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.</p>	38-0268	RE	2B
<p>CLOMIFENO CITRATO 50 mg TABLETAS PARA INFERTILIDAD, EXCLUSIVO DE LAS UNIDADES DE REPRODUCCIÓN PARA TÉCNICAS DE BAJA COMPLEJIDAD (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y EN EL CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD-FIV-SEGÚN PROTOCOLO.</p>	38-0330	RE	3A
<p>CORIOGONADOTROPINA ALFA 250 ug/0.5 mL (EQUIVALENTE A 6500 UI). DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL O CORIOGONADOTROPINA ALFA 250 ug/0.5 mL (EQUIVALENTE A 6500 UI). DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE. SOLUCIÓN INYECTABLE. PLUMA PRECARGADA EN INYECTOR CON 0.5 mL USO PARA INFERTILIDAD EXCLUSIVO DE LAS UNIDADES DE REPRODUCCIÓN PARA TÉCNICAS DE BAJA COMPLEJIDAD (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y EN EL CENTRO NACIONAL DE ALTA COMPLEJIDAD-FIV, SEGÚN PROTOCOLO. SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL</p>	38-4040	RE	3 A
<p>DESMOPRESINA 60 ug (COMO ACETATO DE DESMOPRESINA) TABLETA SUBLINGUAL A-TRATAMIENTO DE DIABETES INSÍPIDA. B-USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA, ESPECÍFICAMENTE EN PACIENTES CON DEFICIENCIA DEL FACTOR VON WILLEBRAND</p>	38-0465	R	2A

GOSERELINA 3.6 mg (COMO ACETATO DE GOSERELINA) 38-4365 HE 3A

IMPLANTE ESTÉRIL DE DEPÓSITO DE LIBERACIÓN DE ACCIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN
JERINGA PRELLENADA. DOSIS ÚNICA
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA.

ACETATO DE LEUPRORELINA 11,25 MG DE DEPÓSITO. 38-4335 HRE 2B
POLVO LIOFILIZADO EN FORMA DE MICROESFERAS LIOFILIZADAS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON DOS CÁMARAS

O

ACETATO DE LEUPRORELINA 11,25 MG DE DEPÓSITO. 38-4335 HRE 2B
POLVO LIOFILIZADO EN FORMA DE MICROESFERAS LIOFILIZADAS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON DISOLVENTE ADJUNTO

O

GOSERELINA 10,8 MG (COMO ACETATO DE GOSERELINA). 38-4365 HE 3A
IMPLANTE ESTÉRIL DE DEPÓSITO DE ACCIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN.
JERINGA PRELLENADA. DOSIS ÚNICA

SINÓNIMO: ACETATO DE LEUPRORELINA O ACETATO DE LEUPROLIDA.

- 1.USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA, UROLOGÍA Y RADIOTERAPIA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.
- 2-ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA, PARA EL MANEJO DE PUBERTAD PRECOZ, ESPECÍFICAMENTE CON LEUPRORELINA ACETATO 11.25 mg DE DEPÓSITO.
- 3-GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS EN PACIENTES QUE PRESENTAN REACCIONES ADVERSAS O FALLA TERAPÉUTICA A LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES O PROGESTINAS PARENTERALES U ORALES.

MENOTROPINAS (75 U.I. DE ACTIVIDAD DE HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y 75 U.I. DE ACTIVIDAD DE HORMONA LUTEINIZANTE) 38-4050 RE 3A

POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE. INYECTABLE.
AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA

USO PARA INFERTILIDAD EXCLUSIVO DE LAS UNIDADES DE REPRODUCCIÓN PARA TÉCNICAS DE BAJA COMPLEJIDAD (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y EN EL CENTRO NACIONAL DE ALTA COMPLEJIDAD-FIV, SEGÚN PROTOCOLO.

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

SOMATROPINA RECOMBINANTE (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉTICA) 10 U, 12 U, 13 U, 15U ó 16 UNIDADES. 38-4065 HR 3A

HNN

POLVO PARA INYECCIÓN LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA O CARTUCHO DE DOBLE COMPARTIMENTO CON UN MEZCLADOR O CARTUCHO DE DOBLE COMPARTIMENTO CON PLUMA DOSIFICADORA. PARA DOSIS MÚLTIPLES Ó
SOMATROPINA (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉTICA) DE 5 mg/1.5 mL (3.3 mg/mL) (APROX 15 UNIDADES). SOLUCIÓN INYECTABLE. CON

DOSIS MÚLTIPLE. CARTUCHO PRELLENADO INSERTO EN UN DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO LAPICERO Ó **SOMATROPINA (HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA BIOSINTÉSICA) DE 6 mg/1.03 mL (5.83 mg/mL)**. SOLUCIÓN INYECTABLE. PARA DOSIS MÚLTIPLE. CARTUCHO DE VIDRIO PRELLENADO CON 1.03 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE PARA SER INSERTADO EN UN AUTOINYECTOR PARA DOSIFICAR Y ADMINISTRAR LA SOMATROPINA.
USO REGULADO POR COMISION DE HORMONA DE CRECIMIENTO

39 HIPOGLICEMIANTES E HIPERGLICEMIANTES

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
<p>DIAZOXIDO 50 mg CÁPSULAS USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA PARA TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIA SEVERA, EN CASOS DE INSULINOMAS.</p>	39-0490	RE	2 A
<p>GLIBENCLAMIDA 5 mg (NO MICRONIZADA) TABLETA RANURADA</p>	39-0800	M	1A
<p>GLICLAZIDA 80 mg TABLETA USO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAYORES DE 50 AÑOS QUE REQUIERAN TERAPIA HIPOGLICEMIANTE ORAL.</p>	39-0805	R	1A
<p>INSULINA GLARGINA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) DE ACCIÓN PROLONGADA EQUIVALENTE A 100 U/ mL DE INSULINA HUMANA. SOLUCIÓN INYECTABLE. DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO PLUMA PRELLENADA NO RECARGABLE CON 3 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE. PARA DOSIS MÚLTIPLES PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, EN LOS SIGUIENTES ESCENARIOS CLÍNICOS, LOS CUALES DEBEN ESTAR DOCUMENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE: 1. EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1 QUE PRESENTA HIPOGLICEMIAS, SINTOMÁTICAS O NO. ES NECESARIO QUE EXISTA UNA DOCUMENTACIÓN OBJETIVA DE LA OCURRENCIA DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN EL EXPEDIENTE DIGITAL (EDUS), ESTO PUEDE SER POR AUTOMONITOREO O UN ESTUDIO DE MONITOREO CONTINUO. 2. PACIENTES DIABÉTICO TIPO 2 QUE PRESENTA REACCIONES ADVERSAS A INSULINA NPH. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE EL MEDICO PRESCRIPTOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA PERO NO ES UN REQUISITO PRESENTARLA A LA FARMACIA PARA EL DESPACHO DEL MEDICAMENTO 3. MANEJO HIPOGLICEMIAS NOCTURNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 A PESAR DE LAS MODIFICACIONES EN EL ESQUEMA INTENSIFICADO DE INSULINAS, SE DEBE DOCUMENTAR MEDIANTE UN MONITOREO CONTINUO O AUTOMONITOREO DE AL MENOS 2 SEMANAS QUE EVIDENCIE AL MENOS 3 HIPOGLICEMIAS MENORES O IGUALES A 50mg/dL. NOTAS: - SE AUTORIZA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO DURANTE Y POSTERIOR AL PROCESO DE TRANSICIÓN DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO ATENDIDOS DESDE SU INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS Y QUE SON REFERIDOS A LAS ESPECIALIDADES AUTORIZADAS A OTRO HOSPITAL DE LA RED; LO ANTERIOR, CON EL FIN DE QUE SE REALICEN LAS COORDINACIONES RESPECTIVAS QUE PERMITAN DISPONER EN FORMA OPORTUNA DE ESTE MEDICAMENTO QUE REQUIERE EL PACIENTE EN EL CENTRO DONDE FUE REFERIDO Y, CONTINUAR SU CONTROL MÉDICO ESPECIALIZADO</p>	39-4151	RE	2B

INSULINA GLARGINA (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) DE ACCIÓN PROLONGADA EQUIVALENTE A 100 U/mL DE INSULINA HUMANA.

39-4153 RE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA CON 10 mL

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y GERIATRÍA, EN LOS SIGUIENTES ESCENARIOS CLÍNICOS, LOS CUALES DEBEN ESTAR DOCUMENTADAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE:

1. EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1 QUE PRESENTA HIPOGLUCEMIAS, SINTOMÁTICAS O NO. ES NECESARIO QUE EXISTA UNA DOCUMENTACIÓN OBJETIVA DE LA OCURRENCIA DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN EL EXPEDIENTE DIGITAL (EDUS), ESTO PUEDE SER POR AUTOMONITOREO O UN ESTUDIO DE MONITOREO CONTINUO.
2. PACIENTES DIABÉTICO TIPO 2 QUE PRESENTA REACCIONES ADVERSAS A INSULINA NPH. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE EL MEDICO PRESCRIPTOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA PERO NO ES UN REQUISITO PRESENTARLA A LA FARMACIA PARA EL DESPACHO DEL MEDICAMENTO
3. MANEJO HIPOGLUCEMIAS NOCTURNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 A PESAR DE LAS MODIFICACIONES EN EL ESQUEMA INTENSIFICADO DE INSULINAS, SE DEBE DOCUMENTAR MEDIANTE UN MONITOREO CONTINUO O AUTOMONITOREO DE AL MENOS 2 SEMANAS QUE EVIDENCIE AL MENOS 3 HIPOGLUCEMIAS MENORES O IGUALES A 50MG/DL

NOTAS:

- SE AUTORIZA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO DURANTE Y POSTERIOR AL PROCESO DE TRANSICIÓN DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO ATENDIDOS DESDE SU INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS Y QUE SON REFERIDOS A LAS ESPECIALIDADES AUTORIZADAS EN OTRO HOSPITAL DE LA RED; LO ANTERIOR, CON EL FIN DE QUE SE REALICEN LAS COORDINACIONES RESPECTIVAS QUE PERMITAN DISPONER EN FORMA OPORTUNA DE ESTE MEDICAMENTO QUE REQUIERE EL PACIENTE EN EL CENTRO DONDE FUE REFERIDO Y, CONTINUAR SU CONTROL MÉDICO ESPECIALIZADO

INSULINA HUMANA CRISTALINA BIOSINTETICA 39-4150 M 1A
100 U.I./mL

SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL COMO MEDICAMENTO PARA PATOLOGÍA
CRÓNICA

INSULINA HUMANA ISÓFANA BIOSINTÉTICA DE 39-4145 M 1A
ACCIÓN INTERMEDIA 100 U.I./ mL

SUSPENSIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL COMO MEDICAMENTO PARA PATOLOGÍA
CRÓNICA

INSULINA LISPRO (DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE) 39-4152 RE 3A
100 U/mL

SOLUCIÓN INYECTABLE

DISPOSITIVO DOSIFICADOR TIPO PLUMA
PRELLENADA NO RECARGABLE CON 3 mL. PARA
DOSIS MÚLTIPLES

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS, PARA USO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1
QUE PRESENTAN HIPOGLICEMIAS CON EL USO DE INSULINAS
HUMANAS.

NOTAS:

- SE AUTORIZA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO POSTERIOR
AL PROCESO DE TRANSICIÓN DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO
ATENDIDOS DESDE SU INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
NIÑOS Y QUE SON REFERIDOS A LA MISMA ESPECIALIDAD EN
OTRO HOSPITAL DE LA RED; LO ANTERIOR, CON EL FIN DE QUE
SE REALICEN LAS COORDINACIONES RESPECTIVAS QUE
PERMITAN DISPONER EN FORMA OPORTUNA DE ESTE
MEDICAMENTO QUE REQUIERE EL PACIENTE EN EL CENTRO
DONDE FUE REFERIDO Y, CONTINUAR SU CONTROL MÉDICO
ESPECIALIZADO.
- NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL
DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE
OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE
JUSTIFIQUE SU USO

METFORMINA HIDROCLORURO 500 mg 39-0900 M 1A
TABLETA CON O SIN RECUBIERTA (FILM COATED)

40 HORMONAS TIROIDEAS Y DROGAS ANTITIROIDEAS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
LEVOTIROXINA SÓDICA 0.10 mg TABLETA	40-1080	M	1A
PROPILTIOURACILO 50 mg TABLETAS	40-1500	M	1A
SOLUCIÓN DE YODO FUERTE (LUGOL) FÓRMULA. SOLUCIÓN ORAL. FRASCO GOTERO CON 30 mL	40-7750	M	1A

41 ANTINEOPLÁSICOS Y AGENTES INMUNOMODULADORES

Código Clave Usuario

ANTINEOPLÁSICOS

ALECTINIB 150 mg (COMO HIDROCLORURO DE ALECTINIB 161.3 mg). 41-0115 RE 2A

CÁPSULA DURA

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO, CON MUTACIÓN ALK, COMO TERAPIA DE PRIMERA LÍNEA.

ANASTROZOL 1 mg Ó LETROZOL 2.5 mg 41-0190 E 2A

TABLETA RECUBIERTA

1-USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA.

2- GINECOLOGÍA PARA USO EN PACIENTES BAJAS RESPONDEDORAS EN PROTOCOLOS MIXTOS CON GONADOTROPINAS PARA LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA, SEGÚN PROTOCOLO PAC.GM.111116.

ASPARAGINASA 10.000 UI. 41-4167 HE 2A

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA

AZATIOPRINA 50 mg. TABLETA RECUBIERTA O 41-0220 E 2C

AZATIOPRINA 50 mg. TABLETA

PRESCRIPCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA.

PRECAUCIÓN DE USO EN APLASIA MEDULAR

BENDAMUSTINA CLORHIDRATO 100 mg (COMO 41-3217 HRE 2A

BENDAMUSTINA CLORHIDRATO MONOHIDRATO).

POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA

SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN.

FRASCO AMPOLLA

1. PRESCRIPCIÓN POR HEMATOLOGÍA:

a. TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA LEUCEMIA LINFOCITICA CRÓNICA (VER LINEAMIENTO GM-CCF-5564-2023).

b. LINFOMA NO HODGKIN INDOLENTE

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

BEVACIZUMAB 100 mg/4 mL (25 mg/mL)
CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 4 mL

41-0055 HRE 2A

1. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA:
 - a. CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO CON LESIONES METASTÁSICAS POTENCIALMENTE RESECABLES (TERAPIA DE CONVERSIÓN).
 - b. HEPATOCARCINOMA METASTÁSICO O IRRESECABLE EN COMBINACIÓN CON ATEZOLIZUMAB SEGÚN GM-CCF-6834-2023
2. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE DEGENERACIÓN MACULAR EXUDATIVA Y EDEMA MACULAR DIABÉTICO. CON USO FUERA DE INDICACIÓN OFICIAL. DEBE DOCUMENTARSE EN EXPEDIENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

BEVACIZUMAB 400 mg/16 mL (25 mg/mL)
CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSION
FRASCO AMPOLLA CON 16 mL

41-0042 HRE 2A

1. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA:
 - a. CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO CON LESIONES METASTÁSICAS POTENCIALMENTE RESECABLES (TERAPIA DE CONVERSIÓN).
 - b. HEPATOCARCINOMA METASTÁSICO O IRRESECABLE EN COMBINACIÓN CON ATEZOLIZUMAB SEGÚN GM-CCF-6834-2023
2. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE DEGENERACIÓN MACULAR EXUDATIVA Y EDEMA MACULAR DIABÉTICO. CON USO FUERA DE INDICACIÓN OFICIAL. DEBE DOCUMENTARSE EN EXPEDIENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

BLEOMICINA BASE 15 UNIDADES (COMO SULFATO DE BLEOMICINA)

41-3230 HE 2A

POLVO PARA INYECCIÓN,
FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 mL O AMPOLLA DE 5 mL, CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA.

BORTEZOMIB 3.5 mg
POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA

41-3237 A

CAPECITABINA 500 mg
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MEDICA

41-0285 E 2A

CARBOPLATINO 150 mg. LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO Ó **41-3395 HE 3A**

CARBOPLATINO 10 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 15 mL

1-)USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA.

2-)HEMATOLOGÍA, PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES:

- CÁNCER DE TESTÍCULO DE CÉLULAS GERMINALES AVANZADO.
- LINFOMA HODGKIN COMO TERAPIA DE RESCATE EN COMBINACIÓN CON IFOSFAMIDA Y ETOPÓSIDO (PROTOCOLO ICE)

CARBOPLATINO 450 mg. LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO Ó **41-3390 HE 3A**

CARBOPLATINO 10 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 45 mL

1-) USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA.

2-)HEMATOLOGÍA, PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES:

- CÁNCER DE TESTÍCULO DE CÉLULAS GERMINALES AVANZADO.
- LINFOMA HODGKIN COMO TERAPIA DE RESCATE EN COMBINACIÓN CON IFOSFAMIDA Y ETOPÓSIDO (PROTOCOLO ICE)

CICLOFOSFAMIDA 50 mg **41-0300 E 2 A**
TABLETAS CON Ó SIN RECUBIERTA.

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, INMUNOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA

CICLOFOSFAMIDA ANHIDRA 500 mg (COMO CICLOFOSFAMIDA MONOHIDRATO) **41-3280 HE 2A**

POLVO PARA INYECCIÓN

FRASCO AMPOLLA, CON Ó SIN DILUENTE.

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, INMUNOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA

CISPLATINO 10 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. **41-3300 HE 2A**

INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA

o

CISPLATINO 10 mg (1 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL

o

CISPLATINO 10 mg (0,5 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 20 mL

o

CISPLATINO 50 mg (1 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 50 mL

o

CISPLATINO 1 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 50 mL
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA

CITARABINA 100 mg (SINÓNIMO ARA-C). POLVO LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA, CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO Ó **CITARABINA 100 mg/mL.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL
41-3310 HE 2A
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

CITARABINA 500 mg. POLVO LIOFILIZADO. FRASCO AMPOLLA O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 10 mL O **CITARABINA 500 mg.** SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL.
41-3315 HE 2A
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA

CLORAMBUCILO 2 mg
TABLETAS RECUBIERTAS
41-0350 E 2A
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, REUMATOLOGIA, INMUNOLOGÍA

DACARBAZINA 200 mg
POLVO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA DE 20mL. CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO.
41-3375 HE 2A
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

DARATUMUMAB 100 mg/5 mL (20 mg/mL)
CONCENTRAD PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL
41-3381 HRE 2B

1. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA (VER LINEAMIENTO GM-CCF-0202-2024, PARA EL TRATAMIENTO DE MIELOMA MÚLTIPLE SINTOMÁTICO, EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES):
 - a. MIELOMA MÚLTIPLE RECIÉN DIAGNOSTICADO:
 - i. PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA CON CONTRAINDICACIÓN A USO DE BORTEZOMIB Y/O TALIDOMIDA O REFRACTARIO A TERAPIA CON BORTEZOMIB.
 - ii. PACIENTE CON ENFERMEDAD REFRACTARIA A BORTEZOMIB O CON SEGUNDA RECAÍDA

NOTAS:

- EN CASO DE UTILIZAR ESQUEMA DRJ DEBE CUMPLIR CON TODOS LOS CRITERIOS PARA SU UTILIZACIÓN, SEGÚN LINEAMIENTO VIGENTE.
- NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO

DASATINIB 100 mg
TABLETA RECUBIERTA
41-0452 RE 2A

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PARA EL MANEJO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (VER LINEAMIENTO GM-CCF-6015-2023), COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RIESGO SOKAL ALTO Y MENORES DE 65 AÑOS Y ENFERMEDAD PULMONAR O SANGRADO DIGESTIVO.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

DOCETAXEL ANHIDRO 20 mg/mL (COMO DOCETAXEL TRIHIDRATADO) 41-4155 HE 3A
SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 1 mL
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA.

DOCETAXEL ANHIDRO 80 mg/4mL (COMO DOCETAXEL TRIHIDRATADO) 41-4160 HE 3A
SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA CON 4 mL
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA

HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 50 mg 41-4950 HE 2A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO DE 25 mL a 37 mL
o
HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 2 mg/mL
SOLUCIÓN INYECTABLE SIN PRESERVANTE
FRASCO AMPOLLA DE POLIPROPILENO CON 25 mL
o
HIDROCLORURO DE EPIRUBICINA 2 mg/mL
SOLUCIÓN INYECTABLE SIN PRESERVANTE
FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO TIPO I CON 25 mL
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

ERLOTINIB 150 mg (COMO ERLOTINIB HIDROCLORURO) O GEFITINIB 250 mg. 41-1810 RE 3A
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA, EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN AVANZADO O MESTASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR SENSIBLE A UNA TERAPIA CON INHIBIDOR DE TIROSÍN QUINASA.

ETOPÓSIDO 20 mg/mL 41-3795 HE 2A
(SINÓNIMO VP-16 Ó VP-213)
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

EXEMESTANO 25 mg 41-0360 RE 2A

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HORMONOSENSIBLE, CON PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD, COMO TRATAMIENTO HORMONAL DE TERCERA LÍNEA O EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A OTRO INHIBIDOR DE AROMATASA

FLUOROURACILO 500 mg

41-3920 HE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLAS CON 10 mL (50 mg/mL) O 20 mL (25 mg/mL)
O FRASCO AMPOLLA CON 10 mL (50 mg/mL) O CON 20 mL (25 mg/mL)

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA

FLUTAMIDA 250 mg

41-0775 RE 2A

TABLETAS

USO EXCLUSIVO UROLOGÍA Y ONCOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA DE PRÓSTATA RECURRENTE O METASTÁSICO ASOCIADO O POSTERIOR A UNA TERAPIA DE CASTRACIÓN ANDROGÉNICA. RADIOTERAPIA, PARA PRESCRIPCIÓN POR MÁXIMO UN MES, PARA USO CONCOMITANTE AL INICIO DE LA TERAPIA CON ANÁLOGO DE GnRH EN PACIENTES QUE SERÁN TRATADOS CON RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PRIMARIO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, LUEGO DE ESTE TIEMPO EL PACIENTE DEBE CONTINUAR SU SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA U ONCOLOGÍA MÉDICA.

FULVESTRANT 250 mg

41-3935 HRE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE.

JERINGA PRELLENADA CON 5 mL (DOSIS ÚNICA)

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA: TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO, QUE HAN AGOTADO LAS LINEAS HORMONALES LOM, SEGÚN OFICIO GM-CCF-6014-2023.

GEMCITABINA BASE 200 mg (COMO IDROCLORURO) 41-4952 HE 3A
PARA INYECCIÓN.

POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO.
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA Y HEMATOLOGÍA

GEMCITABINA BASE 1 g (COMO HIDROCLORURO DE 41-4951 HE 3A
GEMCITABINA).

POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA Y HEMATOLOGÍA

HIDROXICARBAMIDA 500 mg 41-0865 E 2A

(SINÓNIMO: HIDROXIUREA)

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA.

IDARUBICINA HIDROCLORURO 5 mg 41-4121 HE 3A

POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

IFOSFAMIDA 1 g Ó 2 g 41-4123 HE 2A

POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN CON O SIN
DILUENTE

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

IMATINIB 400 mg (COMO MESILATO) 41-0935 RE 3A

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PARA HEMATOLOGÍA EN LEUCEMIA MIELOCÍTICA
CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO CUANDO NO SON
TRIBUTARIOS A TMO, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA CON
CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (JUNTO CON QUIMIOTERAPIA) Y
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA CON CROMOSOMA FILADELFIA
POSITIVO REFRACTARIA O EN RECAÍDA (MONOTERAPIA).

PARA USO EXCLUSIVO EN ONCOLOGÍA MÉDICA PARA EL MANEJO DE
TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MALIGNOS KIT(CD117)
POSITIVOS NO RESECABLES Y/O MESTASTÁSICOS
OTROS DIAGNÓSTICOS DEBERÁN SER REMITIDOS AL CCF PARA SU
VALORACIÓN.

IRINOTECAN HIDROCLORURO 20 mg/mL (COMO SAL 41-4845 HE 3A
TRIHIDRATADA)

SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA.

MELFALÁN 2 mg 41-1130 E 2A
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA

MELFALÁN 50 mg (COMO HIDROCLORURO) 41-3400 HRE 3A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE ADJUNTO
USO EXCLUSIVO ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA EN PACIENTES
SOMETIDOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

MERCAPTOPURINA 50 mg 41-1140 E 2A
TABLETAS
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, REUMATOLOGÍA
Y GASTROENTEROLOGÍA

**METOTREXATO 2.5 mg (COMO METOTREXATO
BASE) O METOTREXATO (SÓDICO) 2.5 mg** 41-0150 E 2C
TABLETAS
USO EXCLUSIVO:
1- HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, INMUNOLOGÍA,
DERMATOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA
INTERNA Y GERIATRÍA.
2- ALERGOLOGÍA PARA SER UTILIZADO EN TRATAMIENTO DE TERCERA
LÍNEA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA A
SEVERA, POR UN TIEMPO LIMITADO AL CORTO PLAZO; DESDE LA
PERSPECTIVA DE USO COMPASIVO (FUERA DE INDICACIONES
OFICIALES), SE DEBE DOCUMENTAR EN EL EXPEDIENTE EL
RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO.
3- GINECOLOGÍA, GINE-ONCOLOGÍA, CLÍNICAS DE MAMA EN
TRATAMIENTO DE MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA SEGÚN
LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN CIRCULAR GM-CCF-4182-2020, SE
DEBE DOCUMENTAR EN EL EXPEDIENTE EL RESPECTIVO
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**METOTREXATO BASE 50 mg (COMO METOTREXATO
SÓDICO)** 41-3100 HE 2A
SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE
FRASCO AMPOLLA CON 2 mL Ó 5 mL
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, INMUNOLOGÍA,
DERMATOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA .
GINECOLOGÍA, PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN
PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-3791-07-19 DESDE LA PERSPECTIVA
DE USO COMPASIVO (FUERA DE INDICACIONES OFICIALES), SE DEBE
DOCUMENTAR EN EL EXPEDIENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO
INFORMADO

METOTREXATO 1000 mg/10 mL (100 mg/mL). 41-4305 HE 2A
SOLUCIÓN INYECTABLE PARA INFUSIÓN
INTRAVENOSA. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS EN HEMATOLOGÍA Y EN
ONCOLOGÍA MÉDICA.

MITOMICINA 5 mg. POLVO PARA INYECCIÓN. 41-4310 HE 2A
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA O

MITOMICINA 20 mg. POLVO PARA INYECCIÓN.
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA,
OF TALMOLOGÍA,
UROLOGÍA PARA INSTILACIONES VESICALES.

NILOTINIB 150 mg (COMO CLORHIDRATO DE 41-0172 RE 2A
NILOTINIB MONOHIDRATO)

CÁPSULA

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA DE HEMATOLOGÍA, PARA EL
MANEJO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (VER LINEAMIENTO GM-
CCF-6015-2023):

1. COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
RIESGO SOKAL ALTO Y MENORES DE 65 AÑOS.
2. MUJERES EN POSTPARTO CON DIAGNÓSTICO DE LMC DURANTE
EL EMBARAZO Y ATRASARON EL INICIO DEL INHIBIDOR DE
TIROSINQUINASA.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN
LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL
CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO

NILOTINIB 200 mg (COMO CLORHIDRATO DE 41-0068 RE 2A
NILOTINIB MONOHIDRATO)

CÁPSULA

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA DE HEMATOLOGÍA, PARA EL
MANEJO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (VER LINEAMIENTO GM-
CCF-6015-2023):

3. COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
RIESGO SOKAL BAJO A CUALQUIER EDAD Y RIESGO SOKAL ALTO
MAYORES DE 65 AÑOS, CON FALLA TERAPÉUTICA, REACCIÓN
ADVERSA, PROGRESIÓN A FASE ACELERADA CON IMATINIB O
DETECCIÓN DE MUTACIÓN DE RESISTENCIA.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN
LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL
CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO

OSIMERTINIB 80 mg (COMO MESILATO DE 41-1276 RE 3A
OSIMERTINIB)

TABLETA RECUBIERTA

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGÍA MÉDICA, ÚNICAMENTE COMO PRIMERA
LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO
METASTÁSICO CON MUTACIÓN EGFR.

OXALIPLATINO 50 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA 41-4353 HE 3A
SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA U

OXALIPLATINO 50 mg (5 mg/mL). CONCENTRADO
PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL U

OXALIPLATINO 100 mg (5 mg/mL). CONCENTRADO
PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 20 mL

USO EXCLUSIVO DE ONCOLOGÍA MÉDICA Y HEMATOLOGÍA

PACLITAXEL 6 mg/mL 41-4395 HE 2A
SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN. CONCENTRADO PARA
INFUSIÓN INTRAVENOSA. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 50 mL
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA

PALBOCICLIB 75 mg. CÁPSULA 41-1292 RE 2B
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA SER
PRESCRITO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE
MAMA AVANZADO O METASTÁSICO, SEGÚN OFICIO GM-CCF-6014-2023.
NO SE REQUIERE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN;
EN SU LUGAR SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS
E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO
CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

PALBOCICLIB 100 mg. CÁPSULA 41-1293 RE 2B
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA SER
PRESCRITO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE
MAMA AVANZADO O METASTÁSICO, SEGÚN OFICIO GM-CCF-6014-2023.
NO SE REQUIERE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN;
EN SU LUGAR SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS
E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO
CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

PALBOCICLIB 125 mg. CÁPSULA 41-1294 RE 2B
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA SER
PRESCRITO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE
MAMA AVANZADO O METASTÁSICO, SEGÚN OFICIO GM-CCF-6014-2023.
NO SE REQUIERE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN;
EN SU LUGAR SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS
E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO
CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

PAZOPANIB 200 mg (COMO HIDROCLORURO) 41-1291 RE 2A
TABLETA RECUBIERTA
USO EXCLUSIVO DE ONCOLOGÍA MÉDICA PARA CONTINUACIONES DE
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL DE CÉLULAS
CLARAS APROBADOS PREVIAMENTE

PERTUZUMAB 420 mg 41-4399 HRE 2A
CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN
INTRAVENOSA
FRASCO AMPOLLA CON 14 mL. PARA DOSIS ÚNICA
PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA COMO
PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA CON HER-2
POSITIVO CON ENFERMEDAD METASTÁSICA O ENFERMEDAD
AVANZADA IRRESECABLE EN COMBINACIÓN CON TAXANOS
(PACLITAXEL O DOCETAXEL) Y TRASTUZUMAB.
LOS PACIENTES DEBEN CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS PARA
LA PRESCRIPCIÓN:
- TENER 75 AÑOS MENOS, LOS PACIENTES MAYORES A 75 AÑOS
DEBEN CONTAR CON LA VALORACIÓN GERIÁTRICA QUE
EVIDENCIA QUE NO SON FRÁGILES.

- ECOG: 0-2
- PERIODO LIBRE DE TRASTUZUMAB MAYOR A 12 MESES. PERIODO LIBRE DE TAXANO (PACLITAXEL O DOCETAXEL) MAYOR A 12 MESES.
- SIN METÁSTASIS A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
- NO TENER CARDIOPATÍA DOCUMENTADA

NO SE REQUIERE DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

RIBOCICLIB 200 mg (COMO SUCCINATO DE RIBOCICLIB) 41-1551 RE 2B

TABLETA RECUBIERTA

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA SER PRESCRITO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO, SEGÚN EL OFICIO GM-CCF-6014-2023

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL) 41-3235 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.

(OPCIÓN 1)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.

2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL) 41-9001 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.

(OPCIÓN 2)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.

2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

RITUXIMAB 100 mg (10 mg/mL) 41-9003 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.

(OPCIÓN 3)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.
2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL)

41-3236 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
FRASCO AMPOLLA CON 50 mL. (OPCIÓN 1)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.
2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL)

41-9002 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
FRASCO AMPOLLA CON 50 mL. (OPCIÓN 2)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.
2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

RITUXIMAB 500 mg (10 mg/mL)

41-9004 HRE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
FRASCO AMPOLLA CON 50 mL. (OPCIÓN 3)

USO EXCLUSIVO DE:

1- HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE TODA PATOLOGÍA MALIGNA CON UNA INMUNOHISTOQUÍMICA CD 20 POSITIVO. CORROBORADAS POR BIOPSIA O CITOMETRÍA DE FLUJO. ES RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DOCUMENTAR EN LA PRESCRIPCIÓN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO CD 20+ DEL PACIENTE Y EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.
2-HEMATOLOGÍA , EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA SEGÚN PROTOCOLO.

SUNITINIB 50 mg (COMO MALATO DE SUNITINIB)

41-1613 RE 2A

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS.

TAMOXIFENO BASE 20 mg (COMO CITRATO DE TAMOXIFENO) 41-1615 E 2C

TABLETA

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA, ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA.

TEMOZOLOMIDA 20 mg 41-1660 RE 2 A

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA EL TRATAMIENTO DE GLIOBLASTOMA (GLIOMAS GRADO IV SEGÚN OMS) CONCOMITANTE Y ADYUVANTE A LA RADIOTERAPIA

TEMOZOLOMIDA 100 mg 41-1665 RE 2 A

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA MÉDICA, PARA EL TRATAMIENTO DE GLIOBLASTOMA (GLIOMAS GRADO IV SEGÚN OMS) CONCOMITANTE Y ADYUVANTE A LA RADIOTERAPIA

TRASTUZUMAB 600 mg/5mL (120 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 6 ML QUE CONTIENE 5 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE. NO CONTIENE PRESERVANTES. (OPCIÓN 1) 41-4653 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRASTUZUMAB 440 MG. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. . (OPCIÓN 2) 41-9005 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRASTUZUMAB 440 mg. POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 3) 41-9006 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRASTUZUMAB 440 mg.. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 4) 41-9007 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRASTUZUMAB 440 mg. CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN, EN POLVO PARA INYECCIÓN EN FORMA LIOFILIZADA. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 5) 41-9008 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRASTUZUMAB 440 MG. POLVO LIOFILIZADO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN. FRASCO AMPOLLA. (OPCIÓN 6) 41-9009 HE 3A

USO EXCLUSIVO ONCOLOGIA MÉDICA.

TRETINOÍNA 10 mg 41-1706 E 2A
(SINÓNIMOS: **ÁCIDO TRANSRETINOICO** O **ÁCIDO HOLO TRANSRETINOICO [ATRA]**)
CÁPSULAS
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA.

VINBLASTINA SULFATO 10 mg. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA de 10 mL A 14mL CON 10 mg DEL POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN Ó VINBLASTINA SULFATO 1 mg/mL, SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 10 mL 41-4837 HE 2A
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA

VINCISTINA SULFATO 1 mg/mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL O VINCISTINA SULFATO 1 mg. POLVO EN FORMA LIOFILIZADA PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON O SIN DILUENTE ADJUNTO. 41-4840 HE 2A
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA

INMUNOMODULADORES.

BASILIXIMAB 20 mg 41-3215 HRE 3A
POLVO PARA INYECCIÓN. CON O SIN DILUENTE.
FRASCO AMPOLLA DE 6 mL.
USO EXCLUSIVO NEFROLOGÍA, ESPECIALISTAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO, CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

CICLOSPORINA 100 mg/mL 41-6455 E 2A
SOLUCIÓN ORAL CON 100 mg /mL DE CICLOSPORINA A
FRASCO CON 50 mL
USO EXCLUSIVO INMUNOLOGÍA, NEFROLOGÍA, REUMATOLOGIA, DERMATOLOGÍA, ALERGOLOGÍA, HEMATOLOGÍA Y ESPECIALISTAS MÉDICO QUIRURGICOS QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGIA HEPATOBILIAR

FILGRASTIM 300 ug/mL (30 x 10⁶ UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL O 41-3825 RE 2A
FILGRASTIM 300 ug/mL (30 x 10⁶ UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 1 mL O
FILGRASTIM 300 ug/ 0.5 mL (30 x 10⁶ UI). SOLUCIÓN ESTÉRIL INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL
EL FILGRASTIM ES UN AGENTE HEMATOPOYÉTICO BIOSINTÉTICO POR TECNOLOGÍA ADN RECOMBINANTE.
NO CONTIENE PRESERVANTES.

USO EXCLUSIVO DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, REUMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, INMUNOLOGÍA E INFECTOLOGÍA, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-5882-12-15.

USO POR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA, CON BASE EN LO ESTABLECIDO A NIVEL INSTITUCIONAL SEGÚN PROTOCOLO CCF-5882-12-15

FINGOLIMOD 0.5 mg (COMO HIDROLCORURO DE FINGOLIMOD) 41-0108 RE 2B

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE BROTE REMISIÓN EN PACIENTES CON REACCIONES ADVERSAS MODERADAS-SEVERAS O FALLA TERAPÉUTICA A INTERFERÓN BETA 1-a 30 ug (1-10-41-4130), SEGÚN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL GM-CCF-4113-2022

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 30 ug (6 millones de UI)/0.5 mL. 41-4130 RE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE.

JERINGA PRELLENADA DE 1 mL

USO EXCLUSIVO PARA ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA, EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

INTERFERÓN BETA-1b DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 0,25 MG (8 MILLONES DE UI) / mL). 41-4134 HRE 3A

CON POLVO LIOFILIZADO. EXCIPIENTES (ALBÚMINA Y MANITOL). FRASCO AMPOLLA

JERINGA PRECARGADA CON DILUYENTE PARA USO PARENTERAL CONTIENE SOLUCIÓN AL 0,54 % DE CLORURO SÓDICO 1,2 mL

USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, USO EN CASOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIAMENTE PROGRESIVA SEGÚN PROTOCOLO. SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

MICOFENOLATO DE MOFETILO 250 mg 41-0043 RE 2B

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO REUMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA, INMUNOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA Y NEUROLOGÍA EN PACIENTES QUE HAN AGOTADO OTRAS ALTERNATIVAS DE TERAPIA INMUNOSUPRESORA LOM, INCUYENDO AZATIOPRINA.

EN EQUIPOS DE TRASPLANTE DEBIDAMENTE CONSTITUIDOS SEGÚN PROTOCOLO RESPECTIVO, PARA PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN, HÍGADO, CORAZÓN, PULMÓN Y CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS.

OCRELIZUMAB 30 mg/mL (300 mg(10 mL). 41-4320 HRE 2B

CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA.

FRASCO AMPOLLA CON 10 mL.

USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA PRIMARIA SEGÚN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL GM-CCF-4113-2022

TACROLIMUS 0.5 mg (como tacrolimus monihidratado) 41-1617 R 3A

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN, HÍGADO, CORAZÓN, SEGÚN EL RESPECTIVO PROTOCOLO. USO COMPASIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA, SEGÚN PROTOCOLO

TACROLIMUS 1 mg (como tacrolimus monihidratado) 41-1618 R 3A

CÁPSULA

USO EXCLUSIVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN, HÍGADO, CORAZÓN, SEGÚN EL RESPECTIVO PROTOCOLO. USO COMPASIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA, SEGÚN PROTOCOLO

TALIDOMIDA 50 mg. CÁPSULAS Ó TALIDOMINA 100 mg. TABLETAS 41-1619 RE 2A

USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS DE REACTIVACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN.

HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE MIELOMA MÚLTIPLE.

DERMATOLOGÍA, REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DESORDENES INFLAMATORIOS Y/O DERMATOLÓGICOS SÍNDROME DE BEHÇET, LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE, LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO O CRÓNICO, MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, ÚNICAMENTE EN PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMEDAD REFRACTARIA SEVERA QUE NO RESPONDEN A OTROS MEDICAMENTOS LOM.

ADVERTENCIA:

- CONTRAINDICADO EN MUJERES EMBARAZADAS.

-USO CON PRECAUCIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON POTENCIAL DE EMBARAZARSE, POR LO QUE SE RECOMIENDA DOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN SIMULTÁNEOS.

42 VITAMINAS

	Código	Clave	Usuario
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) 100 mg/mL SOLUCIÓN ORAL FRASCO GOTERO CON 30 mL	42-6080	M	1A
ÁCIDO ASCÓRBICO 500 mg Ó ÁCIDO ASCÓRBICO 250 mg MÁS ASCORBATO DE SODIO 281,25 mg O ÁCIDO ASCÓRBICO 260mg MÁS ASCORBATO DE SODIO 290mg. TABLETAS Ó TABLETAS MASTICABLES O ÁCIDO ASCÓRBICO 500 mg. TABLETA ESFERVESCENTE NO SE AUTORIZA EL USO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	42-0070	M	1A
ALFACALCIDOL 0.25 ug Ó CALCITRIOL 0.25 ug CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA. USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA, REUMATOLOGIA, NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, CIRUGIA, PEDIATRÍA EN AQUELLOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL	42-0100	RE	2D
ALFACALCIDOL 1 ug Ó CALCITRIOL 1 ug CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA, NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y POR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS	42-0110	RE	2D
ISOTRETINOÍNA 10 mg CÁPSULA USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ INFLAMATORIO SEVERO, ACNÉ CONGLOBATA SEVERO Y ACNÉ NODULAR RECALCITRANTE POR UN MÁXIMO DE 6 MESES. LOS PACIENTES DE AMBOS SEXOS EN EDAD FÉRTIL DEBEN DE UTILIZAR MÉTODOS PARA PREVENIR UN EMBARAZO DURANTE EL PERIODO QUE ESTÉN EN TRATAMIENTO. ES IMPORTANTE QUE QUEDE DOCUMENTADO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO POR PARTE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR UN CONSENTIMIENTO INFORMADO, DADO LOS RIESGOS DEL MEDICAMENTO. ADEMÁS, EL PRESCRIPTOR DEBE INDICAR EN LA RECETA, ESPECÍFICAMENTE EN EL CUADRO DE OBSERVACIONES, QUE EL PACIENTE CUENTA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE FARMACIA PUEDA DESPACHAR EL MEDICAMENTO.	42-1004	RE	2D
MULTIVITAMINAS I.V. FÓRMULA. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA , CON Ó SIN DILUENTE USO EXCLUSIVO EN ADULTOS Y EN PACIENTES CON HEMODIALISIS. REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL	42-4850	HR	2B

MULTIVITAMINAS I.V. 42-4851 HR 2B

FÓRMULA PEDIÁTRICA

POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN. FRASCO
AMPOLLA. CON DILUENTE (AGUA ESTÉRIL PARA
INYECCIÓN) EN AMPOLLA.

REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL

PARICALCITOL 2 ug. 42-1287 RE 2A

CÁPSULA BLANDA

PRESCRIPCIÓN POR NEFROLOGÍA.

1. PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA AMBULATORIA
POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (IRC) CON
HIPERPARATIROIDISMO REFRACTARIO, QUE CUMPLEN LAS
SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS:
 - IRC ESTADIO 5
 - PTH > 300 pg/mL
 - NO RESPUESTA AL MANEJO CON ALFACALCIDOL LOM
POR 6 MESES.

CONSULTAR LINEAMIENTO GM-CCF-6509-2022
NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN
LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL
CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN
LINEAMIENTO ESTABLECIDO.

PARICALCITOL 5 µg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE. 42-4398 HRE 2A

AMPOLLA CON 1 mL O

PARICALCITOL 5 µg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 1 mL

PRESCRIPCIÓN POR NEFROLOGÍA:

1. PACIENTES EN HEMODIÁLISIS POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
(IRC) CON HIPERPARATIROIDISMO REFRACTARIO QUE CUMPLEN
CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS.
 - IRC ESTADIO 5
 - HPT > 300 pg/mL.
 - NO RESPUESTA AL MANEJO DE ALFACALCIDOL LOM POR
6 MESES.

CONSULTAR LINEAMIENTO GM-CCF-6508-2023
NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU
PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN
LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL
CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN
PROTOCOLO ESTABLECIDO.

PIRIDOXINA HIDROCLORURO (VITAMINA B₆) 50 mg 42-1350 M 1A
TABLETAS

PIRIDOXINA HIDROCLORURO (VITAMINA B₆) 50 mg 42-4440 HM 2D
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

TIAMINA HIDROCLORURO (VITAMINA B₁) 100 mg 42-1650 M 1A
TABLETAS

TIAMINA HIDROCLORURO (VITAMINA B₁) 1 g **42-4670** **HM** **2D**
INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 10 mL

VITAMINA A (COMO RETINOL Ó COMO RETINIL PALMITATO O COMO RETINIL ACETATO) 25.000 U.I. (7.500 RE) **42-1740** **E** **2C**
CÁPSULAS Ó PERLAS.
USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, GASTROENTEROLOGIA, ESPECIALISTAS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR

VITAMINA A 50.000 U.I. /mL (15.000 RE/mL) COMO RETINOL O COMO PALMITATO DE RETINOL). **42-7730** **E** **2C**
SOLUCIÓN ORAL
FRASCO GOTERO CON 30 mL
USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA, PEDIATRÍA

VITAMINA D₃ (COLECALCIFEROL) 10.000 U.I. /1 mL **42-6800** **R** **1A**
SOLUCIÓN ORAL.
FRASCO GOTERO CON 30 mL
USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE HIPOPARATIROIDISMO, RAQUITISMO E HIPOFOSFATEMIA. MANEJO ESPECIALIZADO DE LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINA D. PROFILAXIS Y MANEJO ESPECIALIZADO DE LA OSTEOPOROSIS, CON PRESCRIPCIÓN CONCOMITANTE DE CALCIO.
MÉDICOS DEL GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL Y ENTERAL DE LOS HOSPITALES, PARA EL MANEJO DE LAS CONDICIONES QUE CURSAN CON DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y CALCIO.

43 ELECTROLITOS Y SOLUCIONES PARENTERALES

	Código	Clave	Usuario
AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 10 mL	43-3090	HM	1A
AMINOÁCIDOS CON UN EQUIVALENTE DE PROTEÍNAS AL 6%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 500 mL O AMINOÁCIDOS CON UN EQUIVALENTE DE PROTEÍNAS AL 10%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 250 mL FÓRMULA PEDIÁTRICA. REGULADO POR COMISION SOPORTE NUTRICIONAL	43-3126	HR	2B
AMINOÁCIDOS AL 10 % SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO CON 500 mL USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL	43-3125	HR	2B
CALCIO IÓNICO 300 mg (EQUIVALENTE A 750 mg DE CARBONATO DE CALCIO) Ó CALCIO IÓNICO 600 mg (EQUIVALENTE A 1.5 g DE CARBONATO DE CALCIO). TABLETAS RECUBIERTAS PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS Y MÉDICOS DEL GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL Y ENTERAL, PARA EL MANEJO DE LAS CONDICIONES QUE REQUIERAN SUPLEMENTACIÓN COM CÁLCIO COMO OSTEOPOROSIS, HIPOPARATIROIDISMO E HIPOCALCEMIA. PARA UNA ÓPTIMA ABSORCIÓN, LA DOSIS MÁXIMA POR TOMA ES DE 600 MG DE CÁLCIO IÓNICO.	43-0280	RE	2C
CALCIO GLUCONATO 10% (100 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	43-3250	HM	2C
CLORURO DE POTASIO 2 MOLAR (2 mEq de potasio y 2 mEq de cloruro/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRADO PARA INFUSIÓN FRASCO AMPOLLA CON 10 mL O AMPOLLA CON 10mL	43-4450	HM	2C
DEXTRAN 40 AL 10% (EN CLORURO DE SODIO 0.9%) SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA O ENVASE CON 500 mL USO EXCLUSIVO HEMATOLOGIA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, REUMATOLOGIA	43-3430	HE	2B

DEXTRAN 70 AL 6% (EN CLORURO DE SODIO 0.9%) 43-3440 HM 2B
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA O ENVASE CON 500 mL

DEXTROSA 5% 43-3450 HM 2B
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 50 mL

DEXTROSA 5% 43-3460 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 100 mL

DEXTROSA 5% 43-3470 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 250 mL

DEXTROSA 5%. 43-3505 HM 2A
SOLUCIÓN INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL ISOTÓNICA,
APIROGÉNICA, TRANSPARENTE, INCOLORA Y LIBRE DE
PARTÍCULAS EXTRAÑAS. SIN PRESERVANTES
BOLSA LIBRE DE PVC O ENVASE DE VIDRIO CON 250 mL.
CON EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN
PARA APLICAR EN INFUSIÓN INTRAVENOSA DROGAS QUE
INTERACCIÓNAN CON EL PVC

DEXTROSA 5% 43-3480 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

DEXTROSA 5% 43-3490 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

DEXTROSA 10% 43-3500 HM 2C
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 250 mL

DEXTROSA 10% 43-3510 HM 2C
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

DEXTROSA 50% 43-3530 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 50 mL

DEXTROSA 50% 43-3540 HR 2B
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL
USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL.

DEXTROSA 5% Y SODIO CLORURO 0.9% 43-3560 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

DEXTROSA 5% Y SODIO CLORURO 0.9% 43-3570 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

DEXTROSA 5%, SODIO CLORURO 0.3%, POTASIO CLORURO 0.149% 43-3578 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 250 mL

DEXTROSA 5%, SODIO CLORURO 0.3% Y POTASIO CLORURO 0.149% 43-3580 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

DEXTROSA 1%, SODIO CLORURO 0.5%, POTASIO CLORURO 0.1% Y SODIO ACETATO 0.65% 43-3579 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 2000 mL

DEXTROSA 2%, SODIO CLORURO 0.35%, POTASIO CLORURO 0.15% Y SODIO ACETATO 0.4082% 43-3590 HM 1A
(CONOCIDA COMO SOLUCIÓN PIZARRO O SOLUCIÓN 90)
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

ELECTROLITOS ORALES, FÓRMULA 43-6760 M 1A
(SINÓNIMO: SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL)
POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL
SOBRES CON 6.7 g, PARA DISOLVER EN 240 mL DE AGUA.

ELEMENTOS TRAZA: FÓRMULA ADULTOS. 43-4360 HR 2B
(Sinónimo de elementos traza: oligoelementos)

SOLUCIÓN INYECTABLE

USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL.

ELEMENTOS TRAZA: FÓRMULA PEDIÁTRICA 43-4361 HR 2B

(Sinónimo de elementos traza: oligoelementos)

SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL.

EMULSIÓN DE LÍPIDOS AL 20%. INYECTABLE. 43-3740 HR 2B

FRASCO AMPOLLA CON 250 mL O EMULSIÓN DE LÍPIDOS AL 20%. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 500 mL

USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL.
ANESTESIOLOGÍA, PARA USO EXCLUSIVO EN PACIENTES CON INTOXICACIONES GRAVES POR USO DE ANESTÉSICOS LOCALES

FOSFATOS DE POTASIO: 43-3930 HRE 2C

CADA MILILITRO DE LA SOLUCIÓN CONTIENE 224 mg DE FOSFATO DE POTASIO MONOBÁSICO y 236 mg DE FOSFATO DE POTASIO DIBÁSICO EN AGUA

CONCENTRADO PARA INYECCIÓN SIN PRESERVANTES

FRASCO AMPOLLA Ó AMPOLLA CON 15 mL

PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA PARA USO EN LA REPOSICIÓN DE HIPOFOSFATEMIA.

MAGNESIO SULFATO AL 20% (200 mg/ mL) 43-4220 HR 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 10 mL

AUTORIZADO PARA USO EN PACIENTES MAYORES DE 5 AÑOS DE EDAD. EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS, RESTRINGIDO PARA ATENDER LA NECESIDAD EXCEPCIONAL DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN BRONCOESPASMO GRAVE, EN ESTE CASO, REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO DOCUMENTADO EN EXPEDIENTE.

POTASIO GLUCONATO AL 31.2% 43-7440 M 1A

(20 mEq DE POTASIO/15 mL)

SOLUCIÓN ORAL. NO CONTIENE ALCOHOL

FRASCO CON 150 mL A 180 mL

BICARBONATO DE SODIO 8.4% (84 mg/mL), 1 43-4510 HM 2C

MOLAR

SOLUCIÓN HIPERTÓNICA ESTÉRIL DE BICARBONATO DE SODIO EN AGUA PARA INYECCIÓN

AMPOLLA CON 10 mL Ó 20 mL

SODIO CLORURO 4 MOLAR 43-4570 HM 2B

(4 mEq DE SODIO Y 4 mEq DE CLORURO/mL)

SOLUCIÓN HIPERTÓNICA INYECTABLE.
NO CONTIENE PRESERVANTES NI TAMPONES
FRASCO AMPOLLA CON 20 mL Ó 30 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4520 HM 1A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 50 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4530 HM 1A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE.
BOLSA CON 100 mL
SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL ÚNICAMENTE EN PACIENTES CON
PRESCRIPCIÓN DE BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCIÓN PARA
NEBULIZACIÓN (CÓDIGO 1-10-23-7096) Y SALBUTAMOL (COMO
SULFATO) 0.5% SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (CÓDIGO 1-10-23-7520)

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4540 HM 1A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 250 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4561 HM 2A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE.
BOLSA LIBRE DE PVC O ENVASE DE VIDRIO CON 250 mL.
PARA APLICAR EN INFUSIÓN INTRAVENOSA DROGAS QUE
INTERACCIÓNAN CON EL PVC

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4550 HM 1A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4555 HM 2A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA LIBRE DE PVC O ENVASE DE VIDRIO CON 500 mL
PARA APLICAR EN INFUSIÓN INTRAVENOSA DROGAS QUE
INTERACCIÓNAN CON EL PVC

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4560 HM 1A
SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE
BOLSA CON 1000 mL

SOLUCIÓN CARDIOPLEJICA: CLORURO DE SODIO 0.643%, CLORURO DE POTASIO 0.1193%, CLORURO DE MAGNESIO 0.3253%, CLORURO DE CALCIO 0.0176% 43-4595 HE 3A
SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 1000 mL
USO EXCLUSIVO CIRUGIA CARDIOVASCULAR

SOLUCIÓN ELECTROLÍTICA BALANCEADA 43-4590 HRE 2C

SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 1000 mL

1. USO EXCLUSIVO CIRUGIA CARDIOVASCULAR, ANESTESIOLOGÍA, CUIDADOS INTENSIVOS, MEDICINA INTERNA, MEDICINA DE EMERGENCIAS, GERIATRÍA Y NEFROLOGÍA
2. OBSTETRICIA SEGÚN PROTOCOLO PARA MANEJO DE HEMORRAGIA POSPARTO (HPP) (GM-CCF-0705-2020)

SOLUCIÓN ELECTROLÍTICA BALANCEADA CON 43-4592 HE 3A

GLUCONATO DE SODIO

SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 1000 mL

USO EXCLUSIVO CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

SOLUCIÓN PARA DIALISIS PERITONEAL: DEXTROSA 43-4600 HE 2B

1.5%

SOLUCIÓN DIALISIS PERITONEAL

BOLSA CON 2000 mL

USO EXCLUSIVO NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA

SOLUCIÓN PARA DIALISIS PERITONEAL: DEXTROSA 43-4610 HE 2B

4.25%

SOLUCIÓN DIALISIS PERITONEAL

BOLSA CON 2000 mL

USO EXCLUSIVO NEFROLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA

44 BIOLÓGICOS, VACUNAS, TOXOIDES Y ANTITOXINAS

	Código	Clave	Usuario
ALBÚMINA HUMANA AL 20%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL O ALBÚMINA HUMANA AL 25%. SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL. USO EXCLUSIVO DE LOS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA, PEDIATRÍA, GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA, HEMATOLOGÍA, MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA (QUIRÚRGICA Y MÉDICA), GASTROENTEROLOGÍA, NEFROLOGÍA, ESPECIALISTAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y COMISIÓN DE SOPORTE DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL SEGÚN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES DFE-AMTC-2595-07-2018 (24-07-2018)	44-3098	HRE	2A
ANTIVENENO OFÍDICO ANTICORAL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	44-4640	HM	1A
ANTIVENENO OFÍDICO POLIVALENTE SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 10 mL	44-4650	HM	1A
INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B (HUMANA) 200 U.I./mL SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL A 5 mL USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA	44-4033	HE	2B
INMUNOGLOBULINA I.V. 2,5 g (50 mg/mL) (DE PROTEÍNA) INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA CON 50 ML O INMUNOGLOBULINA I.V. 5,0 g (50 mg/mL) (DE PROTEÍNA). INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA CON 100 ML O INMUNOGLOBULINA IV 2,5 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O INMUNOGLOBULINA IV 3,0 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O INMUNOGLOBULINA IV 6,0 g (DE PROTEÍNA). INYECTABLE. POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE ADJUNTO O INMUNOGLOBULINA IV 2,5 g (DE PROTEÍNA) / 25 mL. INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV. FRASCO AMPOLLA CON 25 mL O	44-4035	HRE	2B

INMUNOGLOBULINA IV 5,0 g (DE PROTEÍNA) / 50 mL.
INYECTABLE. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INFUSIÓN IV.
FRASCO AMPOLLA CON 50 ML

USO DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO DE USO INSTITUCIONAL DE IgG IV DFE-AMTC-0515-2024:

1. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR INMUNOLOGÍA: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA, INMUNODEFICIENCIAS SECUNDARIAS (INCLUYENDO AGAMMAGLOBULINEMIA E HIPOGAMMAGLOBULINEMIA) Y ENFERMEDAD DE KAWASAKI.
2. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR INFECTOLOGÍA: ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO.
3. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR NEUROLOGÍA: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA Y ENCEFALITIS AUTOINMUNE.
 - EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN HORARIO EXTRAORDINARIO, QUEDAN AUTORIZADOS PARA INICIO DE TERAPIA EL ESPECIALISTA JEFE DE GUARDIA O MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. LAS CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO, ÚNICAMENTE POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA.
4. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR HEMATOLOGÍA: PARA TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPENIA INMUNE, TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA E HIPOGAMMAGLOBULINEMIA ASOCIADA A LLC, MM O LNH Y HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A USO DE RITUXIMAB.
5. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR NEONATOLOGÍA: PARA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL NEONATO POR INCOMPATIBILIDAD RH Y ABO.
6. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR NEFROLOGÍA PARA DESENSIBILIZACIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS AL TRASPLANTE RENAL ALTAMENTE SENSIBILIZADOS Y RECHAZO HUMORAL DEMOSTRADO POR BIOPSIA.
7. PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA POR REUMATOLOGÍA: PARA MIOPATÍA INFLAMATORIA, HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A USO DE RITUXIMAB, POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA, PTI SECUNDARIO.

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de 44-3980 HR 2C

PROTEÍNA. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA CON 1 Ó 2 mL Ó

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de
PROTEÍNA. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN.

JERINGA PRELLENADA CON 1 mL Ó

INMUNOGLOBULINA Rho (D), 250 a 300 ug de
PROTEÍNA. POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL PARA
INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA, CON DILUENTE
ADJUNTO

PARA USO EN:

- 1-POSPARTO EN MADRES RH NEGATIVAS CON HIJOS RH POSITIVAS.
- 2-PROFILAXIS DE LA ISOINMUNIZACION Rh(D) EN EMBARAZADOS Rh(D) NEGATIVAS EN LA SEMANA 28.
- 3-PACIENTES Rh NEGATIVOS QUE REQUIEREN TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS Y NO HAY DISPONIBLE CONCENTRADO COMPATIBLE.
- 4-PREVENCIÓN ANTE UN EVENTO SENSIBILIZANTE EN EMBARAZADO Rh D (-) NO SENSIBILIZADAS.

INMUNOGLOBULINA TETÁNICA (HUMANA) 250 U.I. 44-4030 HM 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 1 A 5mL Ó JERINGA
PRELLENADA CON 1 mL

INMUNOGLOBULINA VARICELA ZOSTER (HUMANA) 44-4034 HE 2B
125 U.I./mL

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA

TOXOIDE DIFTERO Y TETANICO ADSORBIDO 44-4800 HM 1A
PRESENTACIÓN ADULTOS
SUSPENSIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. MULTIDOSIS (10
DOSIS)

VACUNA ANTIRRABICA 44-4820 HR 1A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN
FRASCO AMPOLLA CON DOSIS ÚNICA, CON
DILUENTE ADJUNTO
DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS

VACUNA COMBINADA DE ANTIPERTUSSIS 44-4763 HM 1A
ACELULAR ADSORBIDO (ANTÍGENO DE PERTUSIS
ACELULAR) Y TOXOIDE DIFTÉRICO Y TETÁNICO
SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA
PARA SU APLICACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS LUEGO DE LA
SEMANA 20 DE GESTACIÓN, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ESQUEMA
OFICIAL DE VACUNACIÓN DEL PAÍS

VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE DIFTÉRICO Y 44-4761 HM 1A
TETÁNICO, COMPONENTES DE PERTUSSIS
ACELULARES NATURALES Y TOXOIDE DE
PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE TIPO 1,2,3 INACTIVADOS
SUSPENSIÓN INYECTABLE.
JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA

VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE DIFTÉRICO Y 44-4762 HM 1A
TETÁNICO, COMPONENTES DE PERTUSSIS
ACELULARES NATURALES Y TOXOIDE DE
PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE TIPO 1,2,3
INACTIVADOS. SUSPENSIÓN INYECTABLE. JERINGAS
PRELLENADAS CON 0.5 mL (DOSIS ÚNICA) Y **VACUNA**
HAEMOPHILUS TIPO b CONJUGADA (Hib). POLVO
LIOFILIZADO PARA SUSPENSIÓN ESTÉRIL. FRASCO
AMPOLLA (DOSIS ÚNICA)

VACUNA CONTRA ROTAVIRUS HUMANO 44-4805 HM 1A
SUSPENSIÓN ORAL. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS)
JERINGA PRELLENADA CON 1.5 mL
USO PEDIÁTRICO

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO 44-4835 HM 1A
SUSPENSIÓN INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA
(MONODOSIS) JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL O

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.
SUSPENSIÓN INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA
(MONODOSIS). FRASCO AMPOLLA CON 0.5 mL.

VACUNA DE HEPATITIS B (RECOMBINANTE) 10 ug 44-4789 HM 1A
(DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B)/0.5
mL ó 5 ug (DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE
HEPATITIS B)/0.5 mL
PRESENTACION PEDIÁTRICA
SUSPENSIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA, AMBOS
CON DOSIS ÚNICA.

VACUNA DE HEPATITIS B (RECOMBINANTE) 10 ug 44-4790 HR 1A
(DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B)/ 1
mL O 20 ug (DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE
HEPATITIS B) / 1 mL
PRESENTACION ADULTOS
SUSPENSIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA,
DOSIS ÚNICA.
REGULADO POR DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA.

VACUNA INFLUENZA 44-4795 HR 1A
SOLUCIÓN Ó SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN
JERINGA PRELLENADA 0.5 mL (UNIDOSIS) Ó AMPOLLA
0.5 mL (UNIDOSIS) O FRASCO AMPOLLA 0.5 mL
(UNIDOSIS) Ó FRASCO AMPOLLA 5 mL (MULTIDOSIS
CON 10 DOSIS)
USO EXCLUSIVO NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE
65 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR, DIABETICOS, HIPERTENSOS,
ENFERMEDAD CRONICA RENAL, PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH,
CANCER, ENFERMEDADES DE LA SANGRE, CIRROSIS Y DESNUTRICION
SEVERA.

VACUNA INFLUENZA 44-4797 HR 1A
SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN
JERINGA PRELLENADA 0.25 mL (UNIDOSIS) O
AMPOLLA 0.25 mL (UNIDOSIS) O FRASCO AMPOLLA
0.25 mL (UNIDOSIS) O FRASCO AMPOLLA 5 mL
(MULTIDOSIS CON 20 DOSIS)
USO EXCLUSIVO NINOS DE 6 MESES A MENORES DE 5 AÑOS CON
ENFERMEDAD PULMONAR, DIABETICOS, HIPERTENSOS, ENFERMEDAD
CRONICA RENAL, PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH, CANCER,
ENFERMEDADES DE LA SANGRE, CIRROSIS Y DESNUTRICION SEVERA.

VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13-VALENTE 44-4900 HM 1A
(Proteína Difteria CRM₁₉₇).
SUSPENSIÓN ESTÉRIL INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA CON
0.5 mL
PARA SER UTILIZADA EN FORMA UNIVERSAL EN NIÑOS MENORES DE
2 AÑOS

VACUNA NEUMOCÓCICA POLIVALENTE 44-4925 HM 1A
(ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA 23-VALENTE)

PRESENTACIÓN ADULTO

SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA O JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL. DOSIS ÚNICA.

USO EXCLUSIVO DEL ADULTO MAYOR (MAYOR DE 65 AÑOS DE EDAD) Y PACIENTES DE ALTO RIESGO (MAYORES DE 2 AÑOS HASTA 64 AÑOS Y 11 MESES SEGÚN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES CIRCULAR CCF-1809-07-2010 (12-07-2010))

VACUNA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA 44-4773 HM 1A
POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE,
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA, UNI O MULTIDOSIS

VACUNA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS 44-4780 HM 1A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA EN UNI O MULTIDOSIS

VACUNA TRIPLE ANTI-SARAMPIÓN, RUBEÓLA Y PAROTIDITIS 44-4785 HR 1A
INYECTABLE. UNA DOSIS ÚNICA (MONODOSIS). NO CONTIENE PRESERVANTES

USO EXCLUSIVO EN CASOS ESPECIALES, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS (COMO POR EJEMPLO: CASOS DE BROTES O CASOS AISLADOS DE SARAMPIÓN CUANDO ASÍ LO DETERMINE LA SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA O LA COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA)

VACUNA TUBERCULOSIS ATENUADA (BCG, VACUNA DEL BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN) 44-4775 HM 1A
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA. MULTIDOSIS

VACUNA VARICELA 44-4825 HR 1A
POLVO LIOFILIZADO Ó SOLUCIÓN, INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA Ó JERINGA PRELLENADA
USO EXCLUSIVO EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS CONGENITAS, ENDOCRINOPATIAS, DIABETES, DEFICIT HORMONAL, HIPERPLASIAS SUPRARRENALES, NEUMOPATIAS CRONICAS(ASMA CON INGRESOS FRECUENTES O INMUNOCOMPROMETIDOS) INMUNODEFICIENCIAS HUMORALES AISLADAS, HIV POSITIVOS(CD4>25%), TRASTORNOS NEUROLOGICOS (INTERNAMIENTOS FRECUENTES)

45 AGENTES OFTALMOLÓGICOS

	Código	Clave	Usuario
ACETILCOLINA CLORURO 20 mg CON MANITOL 56 mg ó 60 mg Ó CARBACOL 0.01% SOLUCIÓN OFTÁLMICA PARA USO INTRAOCULAR. LIOFILIZADO CON DILUENTE FRASCO AMPOLLA DE DOBLE CÁMARA 2 mL Ó FRASCO AMPOLLA 1.5 mL, RESPECTIVAMENTE USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA	45-3360	HE	2A
ATROPINA SULFATO 1% (10 mg/mL) SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL Ó 10 mL USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA	45-6270	E	2C
AZUL DE TRIPANO AL 0.06% (0.6 mg/mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL (UNIDOSIS) USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA	45-6445	HE	2C
CICLOPENTOLATO HIDROCLORURO 1% (10 mg/mL) SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL A 10 mL USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA Y COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO	45-6450	E	2C
CIPROFLOXACINO AL 0.3 % (3 mg / mL) (COMO HIDROCLORURO DE CIPROFLOXACINO) Ó NORFLOXACINO AL 0.3 % U OFLOXACINO AL 0.3 % (3 mg / mL) Ó LEVOFLOXACINO AL 0.3% (3 mg / mL) Ó LOMEFLOXACINO AL 0.3% (3 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 mL USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA (USO ÓTICO: SE AUTORIZA COMO EXCEPCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN POR VIA ÓTICA, PREFERIBLEMENTE GUIADO POR CULTIVO)	45-6456	E	2C

DEXAMETASONA FOSFATO AL 0,1 % (1 MG /ML) 45-6610 E 2C
(COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA) CON
NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO
SULFATO DE NEOMICINA). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA
USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 ML O
BETAMETASONA BASE AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO
FOSFATO SÓDICO DE BETAMETASONA) CON
NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML). SOLUCIÓN
ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO
CON 5 ML O
MOXIFLOXACINO AL 0,5 % (5 MG / ML) (COMO
CLORHIDRATO DE MOXIFLOXACINO) CON FOSFATO
DE DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO
FOSFATO DISÓDICO DE DEXAMETASONA).
SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO
CON 5 ML O
TOBRAMICINA AL 0,3 % (3 MG / ML) CON
DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML). SUSPENSIÓN
OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML O
DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) Y NEOMICINA
BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO SULFATO DE
NEOMICINA) Y SULFATO DE POLIMIXINA B 6000 UI.
SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO
CON 5 ML
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO
FRASCO GOTERO CON 5 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA,
 ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA
 (USO ÓTICO. SE AUTORIZA COMO EXCEPCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN
 POR VÍA ÓTICA)

DORZOLAMIDA AL 2 % (20 mg/mL) (COMO 45-6395 E 2C
HIDROCLORURO DE DORZOLAMIDA). SOLUCIÓN
ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO
CON 5 mL O BRINZOLAMIDA AL 1 % (10 mg/mL).
SUSPENSIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO.
FRASCO GOTERO CON 5 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA

FENILEFRINA HIDROCLORURO 10% (100mg/mL) 45-6830 E 2C
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO
FRASCO GOTERO CON 5 mL Ó 10 mL Ó 15 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA

FLUOROMETOLONA 0.1% (1 mg/mL) O 45-7010 M 1A
FLUOROMETOLONA ACETATO 0.1% (1 mg/mL)
SUSPENSIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO
FRASCO-GOTERO CON 5 mL

GENTAMICINA 0.3% (3mg/mL) (COMO GENTAMICINA SULFATO) 45-7100 M 1A

SOLUCIÓN OFTÁLMICA.

FRASCO GOTERO CON 5 mL

USO ÓTICO: SE AUTORIZA COMO EXCEPCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA ÓTICA.

MÉDICO GENERAL DE ACUERDO CON LINEAMIENTO ESTRATEGIA APER

HIALURONATO DE SODIO 10 mg/mL (1.0%), SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO DESCARTABLE CON 0.40 mL Ó CON 0.55 mL Ó CON 0.85 mL DE SOLUCIÓN (LA SOLUCIÓN CONTIENE ADEMÁS 8.5 mg/mL DE CLORURO DE SODIO), CON CÁNULA ESTÉRIL DESCARTABLE O 45-4103 HE 2C

HIALURONATO DE SODIO 12 mg/mL (1.2%), SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO DESCARTABLE CON 0.50 mL Ó CON 0.80 mL DE SOLUCIÓN (LA SOLUCIÓN CONTIENE ADEMÁS 9 mg/mL DE CLORURO DE SODIO), CON CÁNULA ESTÉRIL DESCARTABLE

VÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAOCULAR

USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA

HIALURONATO DE SODIO 30 mg/mL MÁS CONDROITÍN SULFATO DE SODIO 40 mg/mL 45-7204 HE 2C

SOLUCIÓN VISCOELÁSTICA ESTÉRIL INYECTABLE.

JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO CON 0.5 mL O 0.75 mL DE SOLUCIÓN, ACOMPAÑADA DE UNA CÁNULA ESTÉRIL DESCARTABLE.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAOCULAR

USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA

HIALURONIDASA 150 UI F.E.U. 45-4105 HE 2A

POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN

FRASCO AMPOLLA DE 1 mL, CON Ó SIN DILUENTE

ADJUNTO

USO EXCLUSIVO DE OFTALMOLOGÍA

HIPROMELOSA al 0,5% (5 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE (CLORURO DE BENZALCONIO), FRASCO GOTERO CON 10 mL o 15 mL O 45-7200 M 1A

HIPROMELOSA al 0,3% (3 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO GOTERO CON 10 mL o 15 mL, O

CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA AL 0,5% (5 mg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO GOTERO CON 15 mL o 30 mL.

HIPROMELOSA 2906 al 2.5% (25 mg/mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE (CLORURO DE BENZALCONIO AL 0.01%). FRASCO GOTERO CON 15 mL o 45-7202 HRE 3A

HIPROMELOSA 0.3% (3 mg/g). GEL ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. TUBO CON 10 g o

POLIETILENGLICOL 400 AL 0.4% (4.0 mg/mL) Y PROPILENGLICOL AL 0.3% (3.0 mg/mL). SOLUCIÓN OFTÁLMICA. FRASCO GOTERO CON 15 mL o ÁCIDO POLIACRÍLICO 0.2% (2 mg/g). GEL OFTÁLMICO ESTÉRIL. TUBO OFTÁLMICO CON 10 g.
 SINÓNIMO DE HIPROMELOSA: HIDROXIPROPILMETILCELULOSA
 SINÓNIMO DE ÁCIDO POLIACRÍLICO: CARBOMER 940.
 USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGÍA EN CIRUGÍA CON RAYO LÁSER.

LATANOPROST AL 0,005% (50 µg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 2,5 mL O 45-4169 RE 2C
LATANOPROST AL 0,005% (50 µg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 3 mL o
LATANOPROST 50 µg / mL. SOLUCIÓN OFTÁLMICA. FRASCO GOTERO CON 2. 5 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO TRAS USO DE TIMOLOL Y DORZOLAMIDA, O AMBOS EN COMBINACIÓN

OLOPATADINA (HIDROCLORURO) 0,1% (1mg/mL) 45-7365 RE 2C
 SOLUCIÓN OFTÁLMICA.
 FRASCO GOTERO CON 5 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA, ALERGOLOGIA EN CONJUNTIVITIS PAPILAR GIGANTE, QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL SEVERA Y CONJUNTIVITIS ALERGICA SEVERA

PILOCARPINA HIDROCLORURO 2% (20 mg/mL) 45-7370 E 2C
 SOLUCIÓN OFTÁLMICA.
 FRASCO GOTERO CON 10 mL Ó 15 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA

PREDNISOLONA ACETATO 1% (10 mg/mL) 45-7385 RE 2C
SUSPENSIÓN OFTÁLMICA
FRASCO GOTERO CON 5 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE UVEITIS ANTERIOR AGUDA

SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 45-7550 HE 2A
 SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN OFTÁLMICA. FÓRMULA NO CONTIENE PRESERVANTES.
 FRASCO AMPOLLA DE VIDRIO Ó POLIETILENO ATÓXICO CON 500 mL Ó BOLSA DE PVC Ó POLIETILENO ATÓXICO CON 500 mL
 USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA

TETRACAÍNA HIDROCLORURO 0.5% 45-7610 HM 1A
 SOLUCIÓN OFTÁLMICA.
 FRASCO GOTERO CON 10 mL

TETRACICLINA HIDROCLORURO 1% (10 mg/g) U 45-2692 M 1A

**OXITETRACICLINA 0.5% (5 mg/g) (COMO
HIDROCLORURO DE OXITETRACICLINA) Y
POLIMIXINA B 10.000 U/g (1mg/g) (COMO SULFATO DE
POLIMIXINA B)**

UNGÜENTO OFTÁLMICO.

TUBO CON 15g

**TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL 0.05% (0.5 mg/mL) 45-7630 M 1A
U OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO AL 0.025%
(0.25mg/mL)**

SOLUCIÓN ISOTÓNICA. USO OFTÁLMICO.

FRASCO GOTERO DE 10 A 15 mL

USO EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS DE EDAD

**TIMOLOL BASE 0.5% (5mg/mL) (COMO MALEATO DE 45-7660 E 2C
TIMOLOL)**

SOLUCIÓN USO OFTÁLMICO

FRASCO GOTERO CON 5 mL Ó 10 mL.

USO EXCLUSIVO OFTAMOLOGIA

**VIDARABINA MONOHIDRATO 3% (30 mg/g) O 45-2700 E 2C
ACICLOVIR 3% (30 mg/g)**

UNGÜENTO OFTÁLMICO

TUBO CON 3 g A 5 g

USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA

46 PREPARACIONES DERMATOLÓGICAS

	Código	Clave	Usuario
ACEITE MINERAL (SINÓNIMO: ACEITE MINERAL LIVIANO) USO TÓPICO ENVASE CON 500 mL	46-6006	M	1A
ÁCIDO SALICÍLICO AL 5% (50 mg/g) UNGÜENTO TUBO con 40 g a 60 g	46-2425	M	1A
ÁCIDO SALICÍLICO DEL 15% AL 17% EN COLODIÓN FLEXIBLE SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 15 mL	46-6120	M	1A
ALUMINIO ACETATO FÓRMULA POLVO PARA SOLUCIÓN SOBRE CON 2.2 g	46-6180	M	1A
BETAMETASONA BASE 0.1% (1 mg/g) (COMO VALERATO DE BETAMETASONA). CREMA TUBO CON 15 g	46-2460	M	1A
BETAMETASONA BASE 0.1% (1 mg/g) (COMO VALERATO DE BETAMETASONA) UNGÜENTO TUBO CON 15 g USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA	46-2470	E	2C
BREA CONCENTRADA FÓRMULA TÓPICA CHAMPÚ ENVASE CON 150 mL A 180 mL	46-6390	M	1A
CALAMINA 8 % (8g/100 ML) FÓRMULA LOCIÓN FRASCO CON 100 A 120 mL	46-6400	M	1A
CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% P/V CON ALCOHOL ISOPROPÍLICO 4% P/V. FÓRMULA. SOLUCIÓN TÓPICA	46-6510	HR	1A

ENVASES DE POLIETILENO CON 500 mL
PARA EL LAVADO DE MANOS Y LAVADO EN PROCEDIMIENTOS
QUIRURGICOS

CREMA DE ROSAS. 46-2500 M 1A
FÓRMULA CREMA
TUBO CON 40 g A 60 g

CROTAMITON 10% (100 mg/mL) 46-6570 R 1A
LOCIÓN. USO TÓPICO
FRASCO CON 60 mL
TRATAMIENTO PARA SER UTILIZADO EN LAS CONDICIONES
ESPECIFICADAS A CONTINUACIÓN:
1. NIÑOS MENORES DE 1 AÑO (O MENORES DE 15 kg).
2. MUJERES EMBARAZADAS.

FUSIDATO SÓDICO 2% (20 mg/g) 46-2660 RE 2D
UNGÜENTO TÓPICO
TUBO CON 15 g

USO EXCLUSIVO CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA, PEDIATRÍA,
DERMATOLOGÍA, ORL, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA,
ENDOCRINOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

INDICACIONES:

- TAPONAMIENTO NASAL PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORL Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
- QUEMADURAS FACIALES Y EN OTROS SITIOS (ADEMÁS DE LA CARA) GRADO II Y GRADO III DE CAUSA QUÍMICA O TÉRMICA PARA LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y LA UNIDAD DE QUEMADOS
- MANIFESTACIÓN DE ATOPÍA CUTÁNEA CON INFECCIÓN SECUNDARIA (COMO DERMATITIS IMPETIGINIZADAS, ECCEMA NUMULAR) PARA LAS ESPECIALIDADES DE PEDIATRÍA Y DERMATOLOGÍA.
- MANEJO DEL PIE DIABÉTICO PARA LAS ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, ENDOCRINOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y CLÍNICAS DEL PIE DIABÉTICO
- MANEJO DE HERIDAS INFECTADAS PARA LA ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA
- PARA EL MANEJO DE ÚLCERAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DÍA, ATENCIÓN DOMICILIAR Y CLÍNICAS DE ÚLCERAS POR LAS ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ENDOCRINOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

HIDROCORTISONA 0.5% (0.5 g/100 mL) 46-7050 E 2C
LOCIÓN TÓPICA.
FRASCO CON 15 mL
USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA,
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HIDROCORTISONA BASE 0.25% (2.5 mg/g) Ó HIDROCORTISONA BASE 0.25% (2.5mg/g) (COMO ACETATO DE HIDROCORTISONA) CREMA TÓPICA TUBO DE 15 g	46-2610	M	1A
HIDROCORTISONA BASE 1% (10 mg/g). CREMA TÓPICA. TUBO COM 15 mL O HIDROCORTISONA BASE 1% (10 mg/g) (COMO ACETATO DE HIDROCORTISONA). CREMA TÓPICA. TUBO COM 15 g	46-2620	M	1A
OXIDO DE ZINC FÓRMULA. CREMA. TUBO CON 45 g Ó 50 g Ó 60 g	46-2670	M	1A
PERÓXIDO DE BENZOILO 5% (50 mg/g) GEL TUBO CON 30 A 60 g DESPACHO MÁXIMO DE 1 TUBO POR MES PARA LAS PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR MÉDICO GENERAL	46-2675	M	1 A
PERÓXIDO DE HIDRÓGENO 10 VOLÚMENES (3% p/v) SOLUCIÓN TÓPICA. FRASCO CON 1000 mL	46-7350	HM	1A
PODOFILINA RESINA AL 25% SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 5 mL Ó 15 mL	46-7410	HM	1A
POVIDONE YODO 7.5 % A 10 % SOLUCIÓN TÓPICA FRASCO CON 1 LITRO	46-7460	HM	2B
SOLUCIÓN ALCOHÓLICA ANTISÉPTICA PARA HIGIENE DE MANOS. FÓRMULA ENVASE PLÁSTICO CON DISPENSADOR CON 350 mL A 500 mL	46-7430	HM	2B
SULFADIAZINA DE PLATA 1% (10mg/g) CREMA TÓPICA TUBO CON 40 g A 50 g	46-2690	M	1A
SULFADIAZINA DE PLATA 1% (10 mg/g) CREMA TÓPICA	46-2680	HM	1A

TUBO CON 120-130 g

SULISOBENZONA 10% (100 mg/mL)

46-7590 M 1A

LOCIÓN . USO TÓPICO

ENVASE CON 60 mL A 75 mL

TIOCONAZOL 1% (10 mg/g). TUBO CON 30g Ó 46-2695 M 1A

BIFONAZOL 1% (10 mg/g) TUBO CON 15g Ó

MICONAZOL NITRATO 2% (20 mg/g) TUBO CON 30g

CREMA

TRIOXISALENO 5 mg

46-1735 E 2C

TABLETAS

USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA

47 PREPARACIONES GINECOLÓGICAS

	Código	Clave	Usuario
ESTRÓGENOS CONJUGADOS F.E.U. 0.625 mg/g Ó ESTRÓGENOS ESTERIFICADOS F.E.U. 0.625 mg/g Ó DIENESTROL 0.01% (0.1 mg/g) Ó ESTRADIOL 0.01% (0.1 mg/g) O ESTRÓGENOS A CONJUGADOS SINTÉTICOS 0.625 mg/g CREMA VAGINAL. TUBO CON 40 g A 45 g CON APLICADOR CALIBRADO.	47-2550	M	1A
POLICRESULENO 18 mg /g GEL VAGINAL TUBO CON 50 g CON APLICADOR	47-2410	M	1A
POLICRESULENO 90 mg. ÓVULO DE 3 g A 3.8 g O POLICRESULENO 90 mg. ÓVULO DE 2 g	47-2420	M	1A
TIOCONAZOL 100 mg Ó MICONAZOL NITRATO 200 mg Ó MICONAZOL NITRATO 400 mg Ó MICONAZOL NITRATO 1200 mg. TABLETAS VAGINALES O SUPOSITORIOS VAGINALES (EN FORMA DE ÓVULOS) EN EL CASO DE PACIENTES CON CANDIDIASIS VAGINAL CON UNA PRIMERA O SEGUNDA RECORRENCIA: SE AUTORIZA TRATAMIENTO POR 6 A 9 DÍAS, SEGÚN LINEAMIENTOS EMITIDOS EN CIRCULAR: CCF- 5266-11-15.	47-2697	M	1A

48 ANTIDOTOS

	Código	Clave	Usuario
DEFERASIROX 500 mg TABLETA DISPERSABLE USO EXCLUSIVO HEMATOLOGIA PARA MANEJO DE PACIENTES CON HEMOSIDEROSIS O HEMATOMACROSIS CON MÁS DE 30 TRANFUSIONES/AÑO (ADULTOS) O 10 TRANFUSIONES/AÑO (NIÑOS) Y FERRITINA MAYOR DE 1500 ug/L	48-0455	RE	3A
NALOXONA HIDROCLORURO 0.4 mg/ mL SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE FRASCO AMPOLLA O AMPOLLA CON 1 mL Ó 2 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA, CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIAS(EMERGENCIOLOGO), MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS	48-4330	HE	2B
OBIDOXIMA CLORURO 250 mg/mL. SOLUCIÓN INYECTABLE, AMPOLLA 1 mL Ó PRALIDOXIMA CLORURO 500 mg Ó 1 gramo. POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA Ó PRALIDOXIMA BASE 200 mg (COMO METILSULFATO). POLVO PARA INYECCIÓN CON DILUENTE ADJUNTO USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIOLOGOS (SERVICIO DE EMERGENCIAS), MEDICINA INTERNA	48-4350	HE	2C
SUGAMMADEX 100 mg/ mL (COMO SAL SÓDICA). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 2 mL 1. USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ANESTESIOLOGÍA, EMERGENCIÓLOGOS, MEDICINA INTERNA Y PEDIATRÍA PARA: a. REVERSIÓN COMPLETA DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR INDUCIDO POR ROCURONIO (PARA EVITAR RIESGOS DE RE-INTUBACIÓN POR EFECTO RESIDUAL DEL BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR ROCURONIO). b. REVERSIÓN INMEDIATA DE ROCURONIO EN LA EXTUBACIÓN DE PACIENTES CON VÍA AÉREA DIFÍCIL EN CASO DE INTUBACIÓN FALLIDA O EN EXTUBACIÓN NO PREVISTA. 2. MÉDICO GENERAL, EN CASO DE INTUBACIÓN FALLIDA.	48-4651	HR	2D

49 ANTIHEMORROIDALES

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL <i>CONTIENE: UN CORTICOSTEROIDE, UN ANESTÉSICO LOCAL CON O SIN ASTRINGENTE. NO CONTIENE LIDOCAÍNA COMO ANESTÉSICO NI SALES DE BISMUTO. SUPOSITORIOS 1 g A 2 g</i>	49-2440	M	1A
PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL. <i>CONTIENE: UN CORTICOSTEROIDE, UN ANESTÉSICO LOCAL CON O SIN ASTRINGENTE. NO CONTIENE LIDOCAÍNA COMO ANESTÉSICO NI SALES DE BISMUTO. UNGÜENTO. TUBO CON 30 g A 60 g</i>	49-2450	M	1A

50 MISCELÁNEOS

	Código	Clave	Usuario
ÁCIDO AMINOACÉTICO (GLICINA) 1.5% (15 mg/mL) SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN VESICAL BOLSA O ENVASE CON 2000 mL Ó 3000 mL USO EXCLUSIVO UROLOGIA. GINECOLOGÍA EN AQUELLAS UNIDADES QUE REALIZAN HISTEROSCOPIA CON ENERGIA MONOPOLAR, SEGÚN LINEAMIENTOS AVALADOS POR EL CCF.	50-6070	HE	2A
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA Ó ENVASE CON 250 mL	50-3085	HM	1A
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA Ó ENVASE CON 500mL	50-3095	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 70° CON COLORANTE ENVASE DE PLÁSTICO CON 1 LITRO AUTORIZADO PARA USO AMBULATORIO PARA LOS PACIENTES QUE SE ENCUESTRAN EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA	50-7999	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 70° CON COLORANTE ENVASE DE PLÁSTICO CON 5 LITROS	50-8001	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 70° SIN COLORANTE ENVASE DE PLÁSTICO CON 5 LITROS	50-8003	HM	1A

ALFUZOSINA HIDROCLORURO 10 mg

50-1585 RE 2B

TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA

USO EXCLUSIVO DE UROLOGÍA, GERIATRÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN PACIENTES CON:

1) UROPATÍA OBSTRUCTIVA SEVERA CUYA CONDICIÓN FÍSICA CONTRAINDICA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, DEBIDAMENTE DOCUMENTADA.

2) MAYORES DE 50 AÑOS CON UROPATÍA OBSTRUCTIVA MODERADA A SEVERA (SEGÚN ESCALA AUA), MIENTRAS ESPERA CIRUGÍA CORRECTIVA.

No se requiere de llenado de formulario para su prescripción

BECLOMETASONA DIPROPIONATO (COMO MONOHIDRATO) 50 ug/dosis Ó BECLOMETASONA DIPROPIONATO ANHIDRA 50 ug/dosis

50-6315 E 1A

INHALACIÓN NASAL

FRASCO CON 180 A 200 DOSIS

USO EXCLUSIVO DE ALERGLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, FONIATRÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, NEUMOLOGÍA.

OFTALMOLOGÍA PARA SER UTILIZADO EN PACIENTES SOMETIDOS A DACRIOCISTORINOSTOMÍA (MÁXIMO 1 MES).

MEDICO GENERAL DE ACUERDO CON LINEAMIENTO ESTRATEGIA APER.

BERACTANT (SURFACTANTE PULMONAR) 25 mg DE FOSFOLÍPIDOS/ mL. SUSPENDIDOS EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 8 mL O

50-4655 HRE 2A

PALMITATO DE COLFOSCERILO 108 mg, ALCOHOL CETÍLICO 12 mg Y TILOXAPOL 8 mg (SURFACTANTE PULMONAR SINTÉTICO). POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA DE 10 mL. CON DILUENTE INCLUIDO: FRASCO AMPOLLA CON 8 mL DE AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SIN PRESERVANTES O

PORACTANT ALFA 80 MG/ML. SUSPENDIDO EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 1,5 mL (120 mg DE PORACTANT) O

PORACTANT ALFA 80 mg/mL. SUSPENDIDO EN UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0,9 %. FRASCO AMPOLLA CON 3 ML (240 MG DE PORACTANT) O

SURFACTANTE PULMONAR BOVINO: 54 mg DE FOSFOLÍPIDOS TOTALES COMO POLVO LIOFILIZADO PARA PREPARACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN JERINGA PRELLENADA CON 1,2 mL O

SURFACTANTE PULMONAR BOVINO: 108 mg DE FOSFOLÍPIDOS TOTALES COMO POLVO LIOFILIZADO PARA PREPARACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN. FRASCO AMPOLLA. CON DILUENTE EN JERINGA PRELLENADA CON 2,4 mL

SINÓNIMO DE SURFACTANTE PULMONAR PORCINO: PORACTANT ALFA.

USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN NEONATOLOGIA, EN NIÑOS CON SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

DEXTROSA AL 40 % (75 g DE DEXTROSA ANHIDRA/187,5 mL). SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 187,5 mL

O

DEXTROSA AL 40 % (37,5 g DE DEXTROSA ANHIDRA/93,75 mL). SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 93,75 mL

LINEAMIENTOS DE USO SEGÚN CIRCULAR DFE-AMTC-4004-11-2018 (14-11-2018)

FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO 50-7088 E 1A
GEL
ENVASE CON 450 mL A 500 mL
USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA

FOLINATO (COMO SAL CALCICA) 15 mg 50-0085 E 2A
TABLETAS
USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, INFECTOLOGÍA, NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA.
TABLETAS

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA 50-6855 R 2A
USO REGULADO POR COMISION DE SOPORTE NUTRICIONAL

FÓRMULA ENTERAL DE NUTRIENTES COMPLEJOS CON PROTEINA DE SOYA: 50-7530 RE 2D
PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO: 10-12% DE PROTEÍNAS, 44-49% DE GRASA, 40-44% DE CARBOHIDRATOS, VITAMINAS Y MINERALES.
POLVO PARA DILUCIÓN
ENVASE CON 400 A 500 g ó ENVASE CON 800 g A 1.000 g. CONTIENE PONDERACIÓN

USO EXCLUSIVO EN NIÑOS DE 6 MESES A 1 AÑO DE EDAD:

1. ALERGLOGÍA Y PEDIATRÍA SEGÚN PROTOCOLO PARA USO INSTITUCIONAL DE FÓRMULA ENTERAL DE NUTRIENTES COMPLEJOS CON PROTEÍNA DE SOYA (BOLETÍN TERAPÉUTICO NO. 10 AÑO 2009).
2. SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS.
3. PEDIATRÍA: EN CASOS EN DONDE NO ES POSIBLE LA LACTANCIA MATERNA, COMO: HOSPITALIZACIÓN DE LA MADRE, MADRE CON INFECCIÓN POR VIH, MADRE ADICTA A DROGAS, EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA O PROPILTURACILO, MUERTE MATERNA.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.

FÓRMULA ENTERAL SEMIELEMENTAL CON 50-6850 RE 2C
NUTRIENTES HIDROLIZADOS PARA NIÑOS CON
PROBLEMAS DE MALABSORCIÓN INTESTINAL.

POLVO PARA DILUCIÓN

ENVASE CON 357 g

USO EXCLUSIVO DE PEDIATRÍA, NEONATOLOGÍA, ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA, GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA, PARA EL MANEJO DE PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS CON:

1. SÍNDROME DE MALA-ABSORCIÓN.
2. CASOS COMPROBADOS DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA (APLV) SEGÚN *PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA MENOR DE 2 AÑOS CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA RED DE SERVICIOS DE LA C.C.S.S. CÓDIGO PAC.GM.DDSS.010123. VERSIÓN: 01*".

PARA SU PRESCRIPCIÓN SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO PARA SU DESPACHO POR FARMACIA.

FÓRMULA NUTRICIONAL ELEMENTAL 50-6865 RE 2C
HIPOALERGENICA A BASE DE AMINOÁCIDOS

POLVO PARA DILUCIÓN

ENVASE CON 400 g

USO EXCLUSIVO POR GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA, ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA, PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA:

1. CASOS COMPROBADOS DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA (APLV) O QUE NO RESPONDEN A LA "FÓRMULA ENTERAL SEMIELEMENTAL CON NUTRIENTES HIDROLIZADOS PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE MALABSORCIÓN INTESTINAL" (50-6850) EN MENORES DE 2 AÑOS, SEGÚN *PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA MENOR DE 2 AÑOS CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA RED DE SERVICIOS DE LA C.C.S.S. CÓDIGO PAC.GM.DDSS.010123. VERSIÓN: 01*".
2. INTOLERANCIA A MÚLTIPLES PROTEÍNAS EN ALIMENTOS.
3. INTOLERANCIA A FÓRMULA DE SOYA E HIDROLIZADOS PROTEICOS.
4. SÍNDROME DE INTESTINO CORTO.
5. SÍNDROME DE MALA-ABSORCIÓN.
6. INTOLERANCIA A DISACARIDOS-MONOSACARIDOS.

PARA SU PRESCRIPCIÓN; SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO PARA SU DESPACHO POR FARMACIA.

JALEA O GEL LUBRICANTE 50-2655 HM 1A

TUBOS DE 120 g a 142.5 g

LEUCOVORINA 50 mg. (COMO LEUCOVORINA 50-3070 HE 2B
CÁLCICA). POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN.

FRASCO AMPOLLA

O

LEUCOVORINA 50 mg / 4 mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 4 mL

O

LEUCOVORINA 50 mg / 5 mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

O

LEUCOVORINA 50 mg / 5 mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL

O

LEUCOVORINA 10 mg / mL (COMO LEUCOVORINA CÁLCICA). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 5 mL

SINÓNIMO LEUCOVORINA: ÁCIDO FOLÍNICO

SINÓNIMO FOLINATO CÁLCICO: LEUCOVORINA CÁLCICA (C₂₀H₂₁CaN₇O₇), CORRESPONDE A LA SAL CÁLCICA DEL ÁCIDO FOLÍNICO

1-USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA.

2-ESPECIALISTAS MEDICINA DE EMERGENCIAS, PARA USO EXCLUSIVO EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE INTOXICACIÓN POR METANOL.

MESNA 100 mg/mL

50-4265 HE 2A

SOLUCIÓN INYECTABLE.

AMPOLLA CON 4 mL

USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA, HEMATOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

POLYESTIRENSULFONATO SÓDICO

50-7420 E 2B

(SINÓNIMO: POLISTIRENO SULFONATO SÓDICO O SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO)

POLVO PARA SUSPENSIÓN

ENVASE CON 400 g A 454 g

USO EXCLUSIVO MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, NEFROLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y CARDIOLOGÍA.

CUIDADOS PALIATIVOS: EN ADULTOS PARA SU USO DENTRO DEL CONTEXTO HOSPITALARIO.

RILUZOL 50 mg

50-1565 RE 3A

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO CENTRO NACIONAL DEL CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

SACARINA SÓDICA 12.5 mg/TABLETA Ó SACARINA

50-7495 M 1A

SÓDICA 12.5 mg/GOTA. SOLUCIÓN ORAL. FRASCO

GOTERO CON 25 mL

USO EXCLUSIVO PARA PACIENTES DIABÉTICOS.

UN FRASCO CADA DOS MESES.

SEVELAMER CARBONATO ANHIDRO 800 mg

50-1582 RE 2A

TABLETA RECUBIERTA

PRESCRIPCIÓN POR NEFROLOGÍA.

MANEJO DE HIPERFOSFATEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL. SEGÚN OFICIO GM-CCF-6510-2023.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO DE LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

SILDENAFIL (COMO SILDENAFIL CITRATO) 50 mg **50-1581** **RE** **2B**

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO NEUMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, CUIDADOS INTENSIVOS, REUMATOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA PARA:

- TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SEGÚN PROTOCOLO.
- TRATAMIENTO PARA EL SÍNDROME DE RAYNAUD CUANDO NO RESPONDEN O PRESENTAN REACCIONES ADVERSAS AL CALCIO ANTAGONISTA DE LA LOM.

NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

SOLUCIÓN EVANS (FÓRMULA) **50-3800** **HRE** **3A**

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA DE 20 mL (CON 9 mL DE LA SOLUCIÓN)

USO EXCLUSIVO ALERGOLOGIA PARA DILUENTE DE ANTIGENOS

TETRADECILSULFATO SÓDICO AL 1% (10 mg/mL) ó 3% (30mg/mL) **50-3760** **HE** **2A**

SOLUCIÓN ESCLEROSANTE. INYECTABLE

AMPOLLA CON 2 mL

USO EXCLUSIVO GASTROENTEROLOGÍA, VASCULAR PERIFÉRICO, CIRUGÍA, DERMATOLOGÍA

TIZANIDINA HIDROCLORURO 4 mg **50-1705** **RE** **2A**

TABLETAS

1. USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SEGÚN PROTOCOLO DFE-AMTC-REC-0955-04-2016
2. USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA PALIATIVA SEGÚN CIRCULAR DFE-AMTC-2540-07-2018, PARA:
 - PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR CON ESPASTICIDAD, REFRACTARIOS AL USO DE DIAZEPAM, QUE GENERA DOLOR CRÓNICO INTRATABLE.
 - MANEJO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA CON ESPASTICIDAD, QUE SON ATENDIDOS ÚNICAMENTE EN EL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

**VARENICLINA BASE 0.5 mg Y 1 mg (COMO 50-1575 R 2C
TARTRATO DE VARENICLINA)**

TABLETA RECUBIERTA (FILM COATED)

USO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA CESE DE FUMADO, EN
CLÍNICAS DE CESE DE FUMADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDAS Y
ACREDITADAS, BAJO PROTOCOLO

51 OTORRINOLARINGOLOGÍA

	Código	Clave	Usuario
<p>ÁCIDO ACÉTICO 2% EN SOLUCIÓN DE ACETATO DE ALUMINIO (SOLUCIÓN DE BUROW) SOLUCIÓN ÓTICA FRASCO GOTERO CON 60 mL MEDICO GENERAL DE ACUERDO CON LINEAMIENTO ESTRATEGIA APER</p>	51-6170	M	1-A
<p>CIPROFLOXACINO AL 0.3 % (3 mg / mL) (COMO HIDROCLORURO DE CIPROFLOXACINO) Ó NORFLOXACINO AL 0.3 % U OFLOXACINO AL 0.3 % (3 mg / mL) Ó LEVOFLOXACINO AL 0.3% (3 mg / mL) Ó LOMEFLOXACINO AL 0.3% (3 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO FRASCO GOTERO CON 5 mL USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA (USO ÓTICO: SE AUTORIZA COMO EXCEPCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA ÓTICA, PREFERIBLEMENTE GUIADO POR CULTIVO)</p>	45-6456	E	2C
<p>DEXAMETASONA FOSFATO AL 0,1 % (1 MG /ML) (COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA) CON NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO SULFATO DE NEOMICINA). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 ML O</p> <p>BETAMETASONA BASE AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO FOSFATO SÓDICO DE BETAMETASONA) CON NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 5 ML O</p> <p>MOXIFLOXACINO AL 0,5 % (5 MG / ML) (COMO CLORHIDRATO DE MOXIFLOXACINO) CON FOSFATO DE DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) (COMO FOSFATO DISÓDICO DE DEXAMETASONA). SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML O</p> <p>TOBRAMICINA AL 0,3 % (3 MG / ML) CON DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML). SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML O</p> <p>DEXAMETASONA AL 0,1 % (1 MG / ML) Y NEOMICINA BASE AL 0,35 % (3,5 MG / ML) (COMO SULFATO DE NEOMICINA) Y SULFATO DE POLIMIXINA B 6000 UI. SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL. FRASCO GOTERO CON 5 ML</p> <p>USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, ALERGLOGÍA E INMUNOLOGÍA (USO ÓTICO: SE AUTORIZA COMO EXCEPCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA ÓTICA)</p>	45-6610	E	2C
<p>GENTAMICINA 0.3% (3mg/mL) (COMO GENTAMICINA SULFATO) SOLUCIÓN OFTÁLMICA.</p>	45-7100	M	1A

FRASCO GOTERO CON 5 mL

SE AUTORIZA COMO EXCEPCION, LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA
ÓTICA.
MÉDICO GENERAL DE ACUERDO CON LINEAMIENTO ESTRATEGIA
APER

GOTAS ÓTICAS PARA SUAVIZAR CERÚMEN: 51-6910 M 1A
**CARBONATO DE POTASIO, GLICERINA Ó PROPILENGLICOL
Ó PEROXIDO DE CARBAMIDA, PROPILENGLICOL, GLICERINA,
PRESERVANTES**
FÓRMULA. SOLUCIÓN ÓTICA
FRASCO GOTERO CON 30 mL

OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.025% 51-7320 M 1A
**(0.25mg/mL) Ó TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL
0.05% (0.5 mg/mL)**
SOLUCIÓN NASAL
FRASCO GOTERO CON 10 mL A 15 mL
USO EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL 0.1 % (1mg/mL) U 51-7620 M 1A
OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.05% (0.5 mg/mL)
SOLUCIÓN NASAL.
FRASCO GOTERO CON 10 mL A 15 mL
USO EN ADULTOS Y EN NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS DE EDAD

TINTURA BENJÚ 51-7670 M 1A
FÓRMULA QUE CONTIENE BENZOÍNA AL 20% p/v
FRASCO CON 60 mL

52 MEDIOS PARA RADIODIAGNÓSTICO

	Código	Clave	Usuario
BARIO SULFATO A UN PORCENTAJE NO MENOR DEL 85% P/P POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL Y RECTAL ENVASE CON 300 g o 340 g o 25 kg o 50 kg USO EXCLUSIVO RADIOLOGÍA	52-6290	HE	2D
ÁCIDO GADOTÉRICO 279.32 mg/mL (0.5 mmol/mL) COMO COMPLEJO DE DOTA Y GADOLINIO EN FORMA DE GADOTERATO DE MEGLUMINA). SOLUCIÓN ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA CON 15 mL O GADOBUTROL 604.72 mg/mL (EQUIVALENTE A 1.0 mmol DE GADOBUTROL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 7.5 mL USO EXCLUSIVO DE LOS RADÍOLOGOS PARA EL DIAGNÓSTICO POR RESONANCIA MAGNÉTICA	52-4905	HRE	3A
GRÁNULOS EFERVESCENTES PARA USO ORAL. FÓRMULA. ENVASE O AMPOLLA CON 3 g Ó 3.5 g USO EXCLUSIVO RADIOLOGÍA	52-6920	HE	2D
IOHEXOL AL 64.7% (CONTIENE 300mg/mL DE YODO UNIDO ORGÁNICAMENTE /mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL o IOPAMIDOL al 61% (CONTIENE 300mg DE YODO UNIDO ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL o IOVERSOL AL 68% (CONTIENE 320mg/mL DE YODO UNIDO ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA CON 50 mL o IOHEXOL AL 64.7%. (CONTIENE 300 mg DE YODO UNIDO ORGÁNICAMENTE/mL). SOLUCION INYECTABLE. FRASCO CON 50 mL. USO EXCLUSIVO RADIOLOGÍA	52-4163	HE	2B

53 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

	Código	Clave	Usuario
AZUL DE METILENO 1 % (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA Ó FRASCO AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL	53-3210	HM	2B
FLUORESCÉINA SÓDICA 2% (20 mg /mL). SOLUCIÓN PARA USO OFTÁLMICO. FRASCO GOTERO CON 15 mL Ó FLUORESCÉINA SÓDICA 1 mg. CINTAS ESTÉRILES PARA USO OFTÁLMICO	53-6840	HM	2C
DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO DE TUBERCULINA (MANTOUX) (PPD) 5TU/0.1 mL. SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA CON 1 mL (PARA 10 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO) Ó 1.5 mL (PARA 15 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO)	53-8320	M	1A
PROTIRELINA 200 ug (0.2 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA PARA ESTUDIO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS TIROIDEAS	53-4710	HRE	3A

54 MATERIAS PRIMAS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
ALCOHOL F.E.U. 95° <i>ENVASE DE PLÁSTICO CON 1 LITRO</i>	54-8019	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 95° <i>ENVASES DE PLÁSTICO CON 3.5 A 4 LITROS</i>	54-8020	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 95° <i>ENVASE DE PLÁSTICO CON 5 LITROS</i>	54-8021	HM	1A
ALCOHOL F.E.U. 95° <i>ENVASE DE PLÁSTICO O METAL CON 100 LITROS A 200 LITROS</i>	54-8015	HM	1A
CARBÓN VEGETAL ACTIVADO <i>POLVO</i> <i>ENVASES CON 30g Ó 60 g Ó 500 g A 1000 g</i>	54-8100	M	1A

Sección O: Medicamentos para uso en Odontología

SECCIÓN O

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
AMOXICILINA 500 mg (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) CÁPSULAS Ó TABLETAS RECUBIERTAS USO EXCLUSIVO PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA	02-0185	R	1A
AMOXICILINA BASE 250 mg / 5 mL (COMO AMOXICILINA TRIHIDRATO) POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL FRASCO PARA 60 mL Ó 100 mL USO EXCLUSIVO PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA	02-6205	R	1A
CEFALEXINA BASE 500 mg (COMO MONOHIDRATO Ó COMO HIDROCLORURO MONOHIDRATO) CÁPSULAS Ó TABLETAS	02-0290	M	1A
CEFALEXINA BASE 250 mg/ 5 mL (COMO CEFALEXINA MONOHIDRATO) POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL FRASCO DE 60 mL	02-6440	M	1A
CLARITROMICINA 500 mg TABLETA RECUBIERTA USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA Y EN PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.	02-0310	R	1A
CLARITROMICINA 250mg/5mL. GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL O O POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL, SABOR AGRADABLE FRASCO PARA 60 mL USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA Y EN PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.	02-6458	R	1A
CLORFENAMINA MALEATO 4 mg (SINÓNIMO: CLORFENIRAMINA MALEATO) TABLETAS NO SE AVALA LA PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO GENERAL EN MENORES DE 2 AÑOS. USO ENTRE EL MES Y 23 MESES DE EDAD SE RESERVA EXCLUSIVAMENTE PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA.	25-0370	M	1A

CLORFENAMINA MALEATO 1% (10 mg/mL) 25-3340 HM 1A

(SINÓNIMO: CLORFENIRAMINA MALEATO)

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 1 mL

1. NO SE AVALA EL USO EN MENORES DE 2 AÑOS CON EXCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA EN REACCIONES ANAFILÁCTICAS O CONDICIONES AGUDAS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE, SIN RESTRICCIÓN DEL USUARIO.

CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) 43-4540 HM 1A

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE

BOLSA CON 250 mL

CODEÍNA FOSFATO (HEMIHIDRATADA) 30 mg 17-0410 R 1A

CON PARACETAMOL 500 mg

TABLETAS RANURADAS

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN MAYORES DE 12 AÑOS DE EDAD

DEXTROSA 5% 43-3470 HM 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 250 mL

DEXTROSA 5% 43-3480 HM 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 500 mL

DEXTROSA 5% 43-3490 HM 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

BOLSA CON 1000 mL

DIAZEPAM 5 mg 31-0480 M 1A

TABLETAS RANURADAS

DICLOFENACO SÓDICO 75 mg 14-3650 HR 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 3 mL

1. ODONTOLOGÍA GENERAL: (1 DOSIS STAT) PACIENTES MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO DE VÍA ORAL.

DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO HYCLATO DE DOXICICLINA) CÁPSULAS Ó TABLETAS Ó DOXICICLINA BASE 100 mg (COMO DOXICICLINA MONOHIDRATO) CÁPSULAS 02-1640 M 1A

EPINEFRINA BASE 1mg/mL (1:1000) (COMO EPINEFRINA HIDROCLORURO) 06-3750 HM 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

FITOMENADIONA 10 mg/mL 12-3880 HM 1A
INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL

FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO 50-7088 E 1A
GEL
ENVASE CON 450 mL A 500 mL
USO EXCLUSIVO ODONTOLOGÍA

IBUPROFENO 400 mg 14-0930 M 1A
TABLETAS RECUBIERTAS
USO EXCLUSIVO EN ODONTOLOGÍA

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO al 2% (20 mg/mL) CON EPINEFRINA AL 1:80.000 Ó CON EPINEFRINA AL 1: 100.000 Ó LIDOCAÍNA HIDROCLORURO AL 2,46% (24,6mg/mL) (EQUIVALENTE A 20 mg DE LIDOCAÍNA BASE/mL) CON EPINEFRINA AL 1:80.000 Ó CON EPINEFRINA AL 1:100.000 19-4170 HE 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE
CARTUCHO VIDRIO CON 1.8 mL CON Ó SIN PRESERVANTE

MEPIVACAÍNA HIDROCLORURO 3% (30mg/mL) 19-4172 HE 1A
SOLUCIÓN INYECTABLE. SIN PRESERVANTE,
SIN VASOCONSTRICTOR
CARTUCHO VIDRIO CON 1.8mL

METRONIDAZOL 500 mg 01-1192 M 1A
TABLETAS

METRONIDAZOL BASE 125 mg / 5 mL (COMO METRONIDAZOL BENZOILO) 01-7210 M 1A
SUSPENSIÓN ORAL
ENVASE CON 120 mL

NISTATINA 100.000 U / mL 04-7260 M 1A
SUSPENSIÓN ORAL
FRASCO CON 30 mL CON GOTERO INCLUIDO

PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 30 mL O 16-6015 M 1A
PARACETAMOL 100 mg/mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO A UN mL. FRASCO GOTERO CON 15 mL O
PARACETAMOL 80 mg/0.8 mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE LIBRE DE ALCOHOL. CUENTA GOTAS GRADUADO. FRASCO GOTERO CON 15 mL.
PARA NIÑOS DE 2 MESES A 12 MESES DE EDAD

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 120 mg / 5 mL. SOLUCIÓN ORAL CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 60 mL a 120 mL O 16-6020 M 1A
PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 150 mg/5 mL. JARABE CON SABOR AGRADABLE. ENVASE CON 60 mL.
PARA NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO DE EDAD

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 300 mg 16-2400 M 1A
SUPOSITARIO 1 g

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 500 mg 16-0010 M 1A
TABLETAS

PERÓXIDO DE HIDROGENO 10 VOLÚMENES (3% p/v) 46-7350 HM 1A
SOLUCIÓN TÓPICA.
FRASCO CON 1000 mL

POVIDONE YODO 7.5 % A 10 % 46-7460 HM 2B
SOLUCIÓN TÓPICA
FRASCO CON 1 LITRO

TRAMADOL HIDROCLORURO 50 mg/mL **17-4705** **R** **1A**

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 2 mL

(VÍA DE ADMINISTRACIÓN: ÚNICAMENTE INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA).

1. ODONTOLOGÍA GENERAL: 1 DOSIS STAT: PACIENTES MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO DE VÍA ORAL Y SE DOCUMENTE CONTRAINDICACIÓN AL TRATAMIENTO CON DICLOFENACO. (NO SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRA INSTITUCIONAL)

Medicamentos para uso exclusivo de los Servicios de Cirugía Oral y Maxilo Facial

	Código	Clave	Usuario
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA Ó ENVASE CON 250 mL	50-3085	HM	1A
AGUA ESTÉRIL PARA USO EXTERNO BOLSA Ó ENVASE CON 500mL	50-3095	HM	1A
BENCILPENICILINA SÓDICA O POTÁSICA 1.000.000 U.I. POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN FRASCO AMPOLLA 5 mL a 14mL, CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO	02-4420	HM	2B
BENCILPENICILINA SÓDICA O POTASICA 5.000.000 U.I. POLVO CRISTALINO PARA INYECCIÓN. FRASCO AMPOLLA DE 14mL A 20 mL, CON Ó SIN DILUENTE ADJUNTO	02-4430	HM	2B
BUPIVACAINA CLORHIDRATO 0.5% SIN PRESERVANTE. SOLUCION INYECTABLE FCO-AMP 10 A 20 mL USO EXCLUSIVO ANESTESIOLOGIA, OFTALMOLOGIA Y MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	19-3240	HE	2B
CEFALOTINA BASE 1 g (COMO CEFALOTINA SÓDICA) POLVO PARA INYECCIÓN. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 10 mL A 15 mL, CON Ó SIN DILUENTE. USO EXCLUSIVO PARA CIRUGÍA MAXILOFACIAL	02-3270	HM	2A
CLORURO DE SODIO 0.9% (9 mg/mL) SOLUCIÓN ISOTONICA. INYECTABLE BOLSA CON 500 mL	43-4550	HM	1A

**DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/mL (COMO FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA)
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 1 mL**

34-3420 HM 1A

USO EXCLUSIVO PARA CIRUGÍA MAXILOFACIAL
SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA PACIENTES
ATENDIDOS POR MEDICINA PALIATIVA Y CLINICAS DEL
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE
ACREDITADAS
VÍA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA,
INTRAARTICULAR, INTRALESIONAL, TEJIDOS BLANDOS.

**DEXTROSA 5%
SOLUCIÓN INYECTABLE
BOLSA CON 500 mL**

43-3480 HM 1A

**DICLOFENACO SÓDICO 75 mg
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 3 mL**

14-3650 HR 1A

1. TRATAMIENTO CON AINE PARENTERAL PARA MANEJO
DE PACIENTES > 14 AÑOS Y ADULTOS CON PROCESOS
INFLAMATORIOS SEGÚN LINEAMIENTOS GM-CCF-E-
0465-2022, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE
INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS
OPCIONES DE AINES LOM PARA USO ORAL (COMO, POR
EJEMPLO: POR ESPERA DEL DESPACHO DE
PRESCRIPCIÓN POR PARTE DEL SERVICIO DE
FARMACIA DEL TRATAMIENTO CON AINE ORAL LOM).
TIEMPO DE TRATAMIENTO:

- MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES: 1 DOSIS
(DOSIS ÚNICA: DICLOFENACO 75 MG IM).
- MEDICINA PALIATIVA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS, HEMATOLOGÍA,
ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA
ONCOLÓGICA, CUIDADOS INTENSIVOS,
ANESTESIOLOGÍA REUMATOLOGÍA: MÁXIMO 72
HORAS.

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL PARA CUBRIR UN TRATAMIENTO
DE TRES DÍAS (MÁXIMO SEIS DOSIS), SOLAMENTE PARA
PACIENTES ATENDIDOS POR: LOS SERVICIOS DE
HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA
ONCOLÓGICA, REUMATOLOGÍA, MEDICINA PALIATIVA Y
CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
(INCLUYE ATENCIÓN DOMICILIAR) DEBIDAMENTE
ACREDITADAS

2. ODONTOLOGÍA GENERAL: (1 DOSIS STAT) PACIENTES
MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN
POSTERIOR A UN ROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN
CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE
DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS
OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO
SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO
DE VÍA ORAL.

ESPONJA DE GELATINA ABSORBIBLE 12-6860 HE 2B
TAMAÑO 100: 8 cm x 12.5 cm
SOBRE

HIPROMELOSA al 0,5% (5 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE (CLORURO DE BENZALCONIO), FRASCO GOTERO CON 10 ML O 15 ML, O HIPROMELOSA al 0,3% (3 mg / mL) SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO GOTERO CON 10 mL o 15 mL, O CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA AL 0,5% (5 mg / mL). SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO, FRASCO GOTERO CON 15 mL o 30 mL. 45-7200 RE 3 A
USO EXCLUSIVO ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN PACIENTES CON PRÓTESIS OCULAR.

LIDOCAÍNA HIDROCLORURO 2% (20 mg/g) 19-2650 RE 2C
JALEA
TUBO CON 30 g
USO EXCLUSIVO CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

METAMIZOL SÓDICO 500 mg/mL (2.5 g/5mL) Ó METAMIZOL MAGNÉSICO 400 mg/mL (2g/5mL). 16-3655 HRE 2C
[SINÓNIMO: DIPIRONA]
SOLUCIÓN INYECTABLE
AMPOLLA CON 5 mL
USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA, ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA DE EMERGENCIAS, TERAPIA INTENSIVA, GERIATRÍA, HEMATOLOGÍA, CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGÍA MÉDICA Y CLÍNICAS DEL DOLOR ACREDITADAS, ODONTOLOGÍA (EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAXILO FACIAL), CIRUGÍA AMBULATORIA (PRESCRIPCIÓN POR ANESTESIOLOGÍA), SEGÚN LINEAMIENTOS DE USO INSTITUCIONAL CIRCULAR DFE-AMTC-2632-07-2018.

TRAMADOL HIDROCLORURO 50 mg/mL

17-4705 R 1A

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 2 mL

(VÍA DE ADMINISTRACIÓN: ÚNICAMENTE INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA).

1. SEGÚN PROTOCOLO DE USO INSTITUCIONAL DE TRAMADOL CCF-3643-07-19
SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL (1 MES Y CON RECETA MENSUAL) SOLAMENTE PARA PACIENTES ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, MEDICINA PALIATIVA, CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEBIDAMENTE ACREDITADAS Y EN EL CASO DE LA CONSULTA AMBULATORIA, MÁXIMO DE 3 DÍAS CONSECUTIVOS POR UN MES POR RECETA POR PACIENTE, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN QUE ESTE ES UN MEDICAMENTO CON ALTO RIESGO DE CAUSAR DEPENDENCIA PSÍQUICA Y FÍSICA DEL TIPO MORFINA (AGONISTA OPIÁCEO μ).

2. ODONTOLOGÍA GENERAL: 1 DOSIS STAT: PACIENTES MAYORES DE 14 AÑOS CON DOLOR E INFLAMACIÓN POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAVIDAD ORAL, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE DE INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO CON OTRAS OPCIONES DE AINE LOM PARA USO ORAL O CUANDO SE DOCUMENTE COMPROMISO TRANSITORIO AGUDO DE VÍA ORAL Y SE DOCUMENTE CONTRAINDICACIÓN AL TRATAMIENTO CON DICLOFENACO. (NO SE AUTORIZA DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL)

Medicamentos para uso exclusivo de Odontólogos especialistas en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
AMITRIPTILINA HIDROCLORURO 10 mg TABLETAS RECUBIERTAS <i>USO EXCLUSIVO ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-0712-02-16</i>	29-0170	RE	3 A
CARBAMAZEPINA 200 mg TABLETAS <i>USO EXCLUSIVO ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-0712-02-16</i>	28-0270	RE	3 A
GABAPENTINA 300 mg CÁPSULAS <i>USO EXCLUSIVO ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-0712-02-16, EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (USUARIO 3-A)</i> <i>NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.</i>	28-0791	RE	3 A
LAMOTRIGINA 25 mg. TABLETA DISPERSABLE O LAMOTRIGINA 25 MG. TABLETA MASTICABLE Y DISPERSABLE. SOLO PARA INICIO DE TRATAMIENTO: <i>USO EXCLUSIVO ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL (III NIVEL) EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA TRIGEMINAL SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.</i> <i>NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.</i>	28-1020	RE	3 A
LAMOTRIGINA 100 mg. TABLETA DISPERSABLE O LAMOTRIGINA 100 MG. TABLETA MASTICABLE Y DISPERSABLE. <i>USO EXCLUSIVO ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA EN TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL (III NIVEL) EN EL TRATAMIENTO DE NEURALGIA DEL TRIGÉMINAL SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16.</i> <i>NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.</i>	28-1014	RE	3A

***Sección E: Medicamentos para uso por Enfermeras
Obstétricas***

Sección E

	Código	Clave	Usuario
ÁCIDO FOLICO 1 mg TABLETAS RANURADAS	13-0080	M	1A
ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA RECUBIERTA O ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 30 ug CON LEVONORGESTREL 0.15 mg. TABLETA AUTORIZADO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA UTILIZANDO MÉTODO "YUZPE SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LINEAMIENTO L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020.	36-1250	M	1A
ANTICONCEPTIVO ORAL EN COMBINACIÓN FIJA MONOFÁSICA: ETINILESTRADIOL 50 ug CON NORGESTREL 0.5 mg TABLETAS RECUBIERTAS AUTORIZADO EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA UTILIZANDO MÉTODO "YUZPE SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LINEAMIENTO L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020.	36-1260	M	1A
CREMA DE ROSAS. FÓRMULA CREMA TUBO CON 40 g A 60 g MAXIMO 2 TUBOS POR MES	46-2500	M	1A
ETONOGESTREL MICRONIZADO 68 mg IMPLANTE SUB-DÉRMICO. UNIDOSIS USO EXCLUSIVO EN MUJERES ADOLESCENTES CON ACTIVIDAD SEXUAL QUE REQUIEREN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO. LA ADMINISTRACIÓN SERÁ POR MÉDICOS Y ENFERMERAS OBSTETRAS DEBIDAMENTE CAPACITADOS, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA TERAPIA CONTRACEPTIVA. SE AUTORIZA UN RECAMBIO DEL IMPLANTE A AQUELLAS PACIENTES QUE SUPEREN 19 AÑOS Y 11 MESES Y QUE HAYAN EMPEZADO A PLANIFICAR CON ESTE MÉTODO SIENDO ADOLESCENTES; POSTERIORMENTE, DEBERÁN CONTINUAR UTILIZANDO ALGÚN OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DISPONIBLE EN LA LOM	36-6730	HR	1 A

HIDRÓXIDO FÉRICO POLIMALTOSATO (50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/mL). SOLUCIÓN ORAL Ó **COMPLEJO DE HIERRO POLISACÁRIDO (50 mg DE HIERRO ELEMENTAL/mL).** ELIXIR (CONTIENE SORBITOL Y NO MÁS DEL 10% DE ALCOHOL, NO CONTIENE COLORANTES, CONTIENE PRESERVANTES)
FRASCO GOTERO CON 30 mL

13-7080 M 1A

HIERRO FUMARATO 200 mg
TABLETAS

13-0910 M 1A

MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 mg
SUSPENSIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CON 1 mL A 3 mL Ó
AMPOLLA CON 1 mL Ó JERINGA PRELLENADA
CON 1 mL
NO ES PARA DESPACHO DOMICILIAR. DEBE SER
ADMINISTRADO EN LA INSTITUCIÓN.

36-4250 HM 1A

NISTATINA 100.000 U / mL
SUSPENSIÓN ORAL
FRASCO CON 30 mL CON GOTERO INCLUIDO

04-7260 M 1A

OXIDO DE ZINC
FÓRMULA. CREMA.
TUBO CON 45 g Ó 50 g Ó 60 g

46-2670 M 1A

PARACETAMOL (ACETAMINOFÉN) 500 mg
TABLETAS
USO EXCLUSIVO EN CLÍNICA DE LACTANCIA (MÁXIMO 72 HORAS)

16-0010 M 1A

TIOCONAZOL 1% (10 mg/g). TUBO CON 30g Ó
BIFONAZOL 1% (10 mg/g) TUBO CON 15g Ó
MICONAZOL NITRATO 2% (20 mg/g) TUBO
CON 30g
CREMA

46-2695 M 1A

TIOCONAZOL 100 mg Ó MICONAZOL NITRATO
200 mg Ó MICONAZOL NITRATO 400 mg Ó
MICONAZOL NITRATO 1200 mg.
TABLETAS VAGINALES O SUPOSITARIOS
VAGINALES (EN FORMA DE ÓVULOS)
MÁXIMO 3 ÓVULOS (TRES DÍAS DE TRATAMIENTO)

47-2697 M 1A

TOXOIDE DIFTEROTETANICO ADSORBIDO, 44-4800 HM 1A
PRESENTACIÓN ADULTOS
SUSPENSIÓN INYECTABLE.
FRASCO AMPOLLA CON 5 mL. MULTIDOSIS (10
DOSIS)

VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE 44-4761 HM 1A
DIFTÉRICO Y TETÁNICO, COMPONENTES DE
PERTUSSIS ACELULARES NATURALES Y
TOXOIDE DE PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE
TIPO 1,2,3 INACTIVADOS
SUSPENSIÓN INYECTABLE
JERINGA PRELLENADA CON 0.5 mL. DOSIS
ÚNICA

VACUNA COMBINADA DE TOXOIDE 44-4762 HM 1A
DIFTÉRICO Y TETÁNICO, COMPONENTES DE
PERTUSSIS ACELULARES NATURALES Y
TOXOIDE DE PERTUSSIS, POLIOVIRUS DE
TIPO 1,2,3 INACTIVADOS. SUSPENSIÓN
INYECTABLE. JERINGAS PRELLENADAS CON
0.5 mL (DOSIS ÚNICA) Y **VACUNA**
HAEMOPHILUS TIPO b CONJUGADA (Hib).
POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSIÓN
ESTÉRIL. FRASCO AMPOLLA (DOSIS ÚNICA)

VACUNA DE HEPATITIS B (RECOMBINANTE) 44-4789 HM 1A
10 ug (DEL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE
HEPATITIS B) /0.5 mL Ó 5 ug (DEL ANTÍGENO
DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B)/ 0.5 mL
PRESENTACIÓN PEDIÁTRICA
SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO
AMPOLLA Ó JERINGA PRELLENADA, AMBOS
CON DOSIS ÚNICA.

VACUNA SARAMPION, RUBEOLA Y 44-4780 HM 1A
PAROTIDITIS
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN,
AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA EN UNIDOSIS
Ó MULTIDOSIS

VACUNA TUBERCULOSIS ATENUADA (BCG: 44-4775 HM 1A
VACUNA DEL BACILLUS CALMETTE-GUERIN)
POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN.
FRASCO AMPOLLA. MULTIDOSIS

SISTEMA ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO 36-6740 M 1A
(D.I.U)
DISPOSITIVO

Medicamentos no almacenables

(Z- Lista complementaria)

02 ANTIBIÓTICOS

	Código	Clave	Usuario
CLOFAZIMINA 50 mg GRAGEAS USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA, TRATAMIENTO ENFERMEDAD DE HANSEN , COMO TRATAMIENTO TRIASOCIADO	02-0320	RE	2C
LEVOFLOXACINO BASE 500 MG (COMO LEVOFLOXACINO HEMIHDATO) TABLETA RECUBIERTA MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA, GERIATRÍA O GASTROENTEROLOGÍA: SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA ERRADICACIÓN DE <i>HELICOBACTER PYLORY</i> SEGÚN LINEAMIENTO DFE-AMTC-1347-2022 POR UN PERIODO DE 14 DÍAS NO PRORROGABLES.	02-0650	RE	2A

04 ANTIFÚNGICOS Y ANTIVIRALES

Código Clave Usuario

FÁRMACOS ANTIVIRALES

LOPINAVIR 80mg/mL CON RITONAVIR 20mg/mL 04-6780 R 3 A

SOLUCIÓN ORAL.

FRASCO CON 160 mL

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGÚN PROTOCOLO

TENOFOVIR ALAFENAMIDA 25 mg (EQUIVALENT A 28 04-1815 RE 3A

MG DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA FUMARATO)

TABLETA RECUBIERTA

USO EXCLUSIVO PARA GASTROENTEROLOGÍA SEGÚN PROTOCOLO DE MANEJO DE HEPATITIS B.

ZIDOVUDINA 10 mg /mL 04-4955 HR 3A

SOLUCIÓN INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA CON 20 mL

USO EXCLUSIVO PARA INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, MÉDICOS DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH Y GINECOOBSTETRICIA

07 AGENTES CARDIACOS

Código Clave Usuario

ADENOSINA 3 mg/mL

07-3075 RE 2B

SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA CON 2 mL

USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS:

- 1- NEONATOLOGÍA, PEDIATRÍA Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA PARA MANEJO DE LA REVERSIÓN DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR.
- 2- MEDICINA NUCLEAR PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE REPERFUSIÓN.
- 3- CARDIOLOGÍA Y HEMODINAMIA, SEGÚN PROTOCOLO.
- 4- NEUMOLOGÍA, EN EL TEST DE VASO REACTIVIDAD.
- 5- ANESTESIOLOGÍA, MANEJO DE ARRITMIAS EN EL PERIOPERATORIO

09 DIURÉTICOS

Código Clave Usuario

FUROSEMIDA 5 mg
TABLETAS
USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA.

09-0785 E 2A

10 VASODILADORES

Código *Clave* *Usuario*

NIMODIPINO 30 mg

10-1125 HR 2A

COMPRIMIDOS LAQUEADOS

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA
SUBARACNOIDEA

23 ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

MONTELUKAST 4 mg (COMO MONTELUKAST 23-1046 RE 2D SÓDICO)

TABLETA MASTICABLE

- 1-USO EXCLUSIVO EN PEDIATRÍA Y ALERGOLOGÍA.
- 2-MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, OTORRINOLARINGOLOGÍA EN PACIENTES CON RINUSINUSITIS ALÉRGICA CRÓNICA Y PÓLIPOS NASALES,
- 3-DERMATOLOGÍA PARA URTICARIA CRÓNICA.

28 ANTICONVULSIVOS

Código Clave Usuario

CARBAMAZEPINA 2% (20 mg/ mL)

28-6410 RE 2D

SUSPENSIÓN ORAL

ENVASE CON 100 mL

1-USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, NEUROLOGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS O CON TRASTORNOS DEGLUTORIOS

2- PEDIATRÍA, PARA MANEJO INICIAL DE EPILEPSIA FOCAL. (MIENTRAS ES VALORADO POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA EN HNN)

3-MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, NEUROLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA; CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, REUMATOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO CCF-0712-02-16 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS O CON TRASTORNOS DEGLUTORIOS

NOTA: NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO.

29 ANTIDEPRESIVOS Y PSICOESTIMULANTES

ANTIDEPRESIVOS

Código Clave Usuario

CLOMIPRAMINA HIDROCLORURO 25 mg

29-0333 RE 2C

TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED)

USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA, PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO.

PARA CRISIS DE PÁNICO, FOBIA, BULIMIA, ENFERMEDAD DEPRESIVA,
EN PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CON FLUOXETINA

31 SEDANTES / HIPNÓTICOS, ANSIOLÍTICOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
CLOBAZAM 10 mg TABLETAS USO EXCLUSIVO NEUROLOGÍA	31-0485	E	3A
MIDAZOLAM 15 mg TABLETAS CON FILM USO EXCLUSIVO PSIQUIATRÍA	31-1150	E	2C

**32 AGENTES GASTROINTESTINALES, ANTIÁCIDOS Y ANTAGONISTAS
DEL RECEPTOR H₂**

Código Clave Usuario

**CIMETIDINA BASE 200mg/5mL (COMO
HIDROCLORURO DE CIMETIDINA. SOLUCIÓN ORAL.
FRASCO CON 120 mL Ó 150 mL O**

32-6457 RE 2C

**RANITIDINA BASE 150 mg/5 mL (COMO RANITIDINA
HIDROCLORURO). JARABE. FRASCO CON 120 mL.**

USO EXCLUSIVO EN PEDIATRÍA Y GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA.
INDICACIONES: ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA, ESOFAGITIS PÉPTICA
POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ÚLCERAS GASTROINTESTINALES
POR ESTRÉS. CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO ORAL EN
PROFILAXIS DE SANGRADO DIGESTIVO.

**OMEPRAZOL 10 mg. CÁPSULA DE LIBERACIÓN
RETARDADA (CONTENIENDO GRÁNULOS CON
CUBIERTA ENTÉRICA) Ó**

32-1285 R 3 A

HNN

**LANSOPRAZOL 15 mg. CÁPSULA DE LIBERACION
RETARDADA (CONTENIENDO GRÁNULOS CON
CUBIERTA ENTÉRICA) O**

**PANTOPRAZOL 20 mg (COMO PANTOPRAZOL
SÓDICO SESQUIHIDRATADO). TABLETA DE
LIBERACIÓN RETARDADA Ó**

**ESOMEPRAZOL 10 mg (COMO ESOMEPRAZOL
MAGNÉSICO TRIHIDRATADO). GRÁNULOS GASTRO-
RESISTENTES PARA SUSPENSIÓN ORAL. SOBRE DE
ALUMINIO PARA DOSIS ÚNICA.**

USO EXCLUSIVO HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS (HNN) EN EL
TRATAMIENTO DE ÚLCERA GÁSTRICA, ÚLCERA DUODENAL,
PATOLOGÍA HIPERSECRETORA (EJ: SINDROME DE ZOLLINGER-
ELLISON) Y ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO

**SUBSALICILATO DE BISMUTO 17.5% P/V.
SUSPENSIÓN ORAL.**

32-7595 RE 2D

ENVASE CON 118 mL o 236 mL

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* SEGÚN LINEAMIENTO
DFE-AMTC-1347-2022:

1. TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA, PARA INICIO DESDE EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PRESCRIPCIÓN POR MÉDICO
GENERAL O ESPECIALISTA.
2. TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA, PRESCRIPCIÓN POR
GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA,
MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA Y GERIATRÍA.
3. TRATAMIENTO DE TERCERA LÍNEA, PRESCRIPCIÓN POR
GASTROENTEROLOGÍA.

SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN
LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE
QUE JUSTIFIQUE SU USO, SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO;
ADICIONALMENTE, EL REPORTE DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DE *H.*
PYLORI DONDE SE CONSTATE PRESENCIA DE LA BACTERIA.

34 CORTICOESTEROIDES

Código Clave Usuario

FLUDROCORTISONA ACETATO 0.1 mg

34-0770 E 2A

TABLETAS

PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA PARA EL MANEJO DE
INSUFICIENCIAS SUPRARRENALES PRIMARIAS O SECUNDARIAS.

36 ESTRÓGENOS, PROGESTÁGENOS, ANOVULATORIOS

Código Clave Usuario

DIENOGEST 2 mg

36-0515 RE 2B

COMPRIMIDO RECUBIERTO

1. PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTAS GINECOLOGÍA (VER GM-CCF-5565-2023 Y GM-CCF-6779-2023)

a. **PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA POR ENDOMETRIOSIS CON (CUMPLIR CON TODOS LOS CRITERIOS).**

i. DOLOR PÉLVICO REFRACTARIO ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS, VALORADO POR LA ESCALA VISUAL DE DOLOR (VAS SCORE) CON UNA INTENSIDAD DE MODERADO A SEVERO.

ii. PACIENTES QUE PRESENTEN FALLA TERAPÉUTICA DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA (ANTICONCEPTIVOS ORALES, PROGESTINA ORALES O PARENTERALES) Y SEGUNDA LÍNEA (ANÁLOGOS DE GNRH) O REACCIONES ADVERSAS.

b. **PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS QUE NO SON CANDIDATAS A MANEJO QUIRÚRGICO QUE PRESENTEN (CUMPLIR CON TODOS LOS CRITERIOS):**

i. DOLOR PÉLVICO REFRACTARIO ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS, VALORADO POR LA ESCALA VISUAL DE DOLOR (VAS SCORE) CON UNA INTENSIDAD DE MODERADO A SEVERO.

ii. CONTRAINDICACIÓN A MANEJO QUIRÚRGICO.

iii. PACIENTES QUE PRESENTEN FALLA TERAPÉUTICA A MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA (ANTICONCEPTIVOS ORALES, PROGESTINAS ORALES O PARENTERALES) O REACCIONES ADVERSAS.

PROGESTERONA 100 mg

36-4460 HE 2D

SOLUCIÓN INYECTABLE

AMPOLLA CON 1 mL

USO EXCLUSIVO GINECOLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA
NO SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O
EXTRAINSTITUCIONAL

38 HORMONAS HIPOTALÁMICAS, PITUITARIAS Y OTROS AGENTES

	Código	Clave	Usuario
ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 mg. PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE DE LIBERACIÓN EXTENDIDA. MICROESFERAS LIOFILIZADAS ESTÉRILES EN FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE ADJUNTO EN AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA O ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 mg. PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE DE LIBERACIÓN EXTENDIDA. MICROESFERAS LIOFILIZADAS ESTÉRILES EN JERINGA PRELLENADA DE DOBLE CÁMARA O ACETATO DE LEUPRORELINA 3,75 mg. POLVO LIOFILIZADO CONTIENE MICROESFERAS PARA SUSPENSIÓN INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA. CON 1,5 mL DE DILUENTE EN AMPOLLA. <i>SINÓNIMO: ACETATO DE LEUPROLIDA</i> USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS EN SINDROME DE PUBERTAD PRECOZ	38-4238	HR	3A HNN

GONADOTROFINA CORIÓNICA 1000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 5 mL Ó 10 mL O GONADOTROFINA CORIÓNICA 10.000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE. AMPOLLA DE 1 mL O GONADOTROFINA CORIÓNICA 5.000 UNIDADES/mL. POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE AMPOLLA CON 1 mL O 2 mL. 1. USO EXCLUSIVO HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS, EN PACIENTES CON CRIPTORQUIDIA (NO SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL) 2. UNIDAD DE FERTILIZACIÓN IN VITRO, EN LAS SIGUIENTES INDICACIONES (SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL): 1. ANOVULACIÓN INCLUYENDO EL SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP) EN MUJERES QUE NO HAYAN RESPONDIDO AL TRATAMIENTO CON CITRATO DE CLOMIFENO. 2. HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA PARA INDUCIR EL DESARROLLO MULTIFOLICULAR EN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA), COMO LA FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV), TRANSFERENCIA INTRATUBÁRICA DE GAMETOS (TIG) Y TRANSFERENCIA INTRATUBÁRICA DE ZIGOTOS (TIZ).	38-4045	HRE	3 A
--	----------------	------------	------------

40 HORMONAS TIROIDEAS Y DROGAS ANTITIROIDEAS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
LEVOTIROXINA SÓDICA 0.025 mg TABLETA HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS Y HOSPITAL NACIONAL GERIÁTRICO	40-1070	M	3A
LIOTIRONINA SÓDICA 75 ug TABLETAS Ó CÁPSULAS LA LIOTIRONINA ES DE ORIGEN SINTÉTICO USO EXCLUSIVO DE ENDOCRINOLOGÍA Y MEDICINA NUCLEAR	40-1085	E	3A

41 ANTINEOPLÁSICOS Y AGENTES INMUNOMODULADORES.

ANTINEOPLÁSICOS

	Código	Clave	Usuario
DACTINOMICINA 0.5 mg EN POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA	41-3380	HE	2A

DASATINIB 70 mg COMPRIMIDO RECUBIERTO PRESCRIPCIÓN POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA, PARA EL MANEJO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (VER LINEAMIENTO GM-CCF-6015-2023), COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RIESGO SOKAL ALTO Y MENORES DE 65 AÑOS Y REACCIÓN ADVERSA DOCUMENTADA, MUTACIONES DE RESISTENCIA O PROGRESIÓN A FASE BLÁSTICA CON EL TRATAMIENTO DE NILOTINIB. NO SE REQUIERE DE LLENADO DE FORMULARIO PARA SU PRESCRIPCIÓN; EN SU LUGAR, SE DEBE ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.	41-0451	RE	2A
--	----------------	-----------	-----------

AGENTES INMUNOMODULADORES

INMUNOGLOBULINA LINFOCÍTICA (GLOBULINA ANTITIMOCÍTICA EQUINA) 50 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA CON 5 mL PRESCRIPCIÓN POR HEMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA Y ESPECIALISTAS DEL EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS: 1. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RECHAZO DEL ALOINJERTO RENAL Y CARDÍACO. 2. TERAPIA DE INDUCCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RECHAZO DEL ALOINJERTO EN TRASPLANTE CORAZÓN/PULMÓN O DE PULMÓN. 3. TRATAMIENTO DE ANEMIA APLÁSICA DE MODERADA A SEVERA EN PACIENTES NO CANDIDATOS PARA TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA. 4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD INJERTO VERSUS HUESPED SIGUIENTE AL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.	41-4036	HRE	2A
--	----------------	------------	-----------

INMUNOGLOBULINA DE CONEJO ANTITIMOCITOS HUMANOS 25 mg POLVO PARA SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN FRASCO AMPOLLA PRESCRIPCIÓN POR HEMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA, ESPECIALISTAS DEL EQUIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS: 1. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RECHAZO AGUDO DESPUÉS DE TRASPLANTE RENAL, MÉDULA ÓSEA, CORAZÓN/PULMÓN, HÍGADO, INTESINAL O MULTIVISCERAL, EN CONJUNTO CON OTROS AGENTES INMUNOSUPRESORES.	41-4037	HRE	2A
--	----------------	------------	-----------

2. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA APLÁSICA EN PACIENTES QUE NO HAN RESPONDIDO A LA INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCÍTICA EQUINA.
3. ANEMIA APLÁSICA DE MODERADA A GRAVE EN PACIENTES EN LOS QUE NO ES FACTIBLE UN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

**INTERFERÓN ALFA 2-b DE ORIGEN ADN 41-4132 HRE 3A
RECOMBINANTE 10.000.000 U.I.**

POLVO LIOFILIZADO Ó SOLUCIÓN INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN MELANOMA MALIGNO PARA TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE RECURRENCIA, PARA INICIAR ANTES DE 56 DÍAS POST-EXCISIÓN QUIRÚRGICA Y LESION > 4 MM O COMPROMISO GANGLIONAR) A UNA DOSIS DE 20 MILLONES UI/M2/DÍA IV/IM POR 5 DÍAS/SEMANA POR 4 SEMANAS Y LUEGO 10 MILLONES UI/M2/DÍA SC 3 DÍAS/SEMANA POR 48 SEMANAS

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL SOLAMENTE PARA SU ADMINISTRACIÓN BAJO ESQUEMA DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA 3 DÍAS/SEMANA POR 48 SEMANAS

**INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN 41-4135 HRE 2A
RECOMBINANTE, 22 ug (6 millones de U.I)/ 0.5 mL**

SOLUCIÓN INYECTABLE.

JERINGA PRELLENADA DE 1 mL

USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. PREVIA VALORACIÓN POR PROTOCOLO POR LA COMISIÓN INSTITUCIONAL DE NEUROLOGÍA (ESCLEROSIS MÚLTIPLE).

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN 41-4136 RE 2A

RECOMBINANTE 44 ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. NO CONTIENE ALBÚMINA HUMANA. CONTIENE PRESERVANTE. FÓRMULA. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO TIPO I Ó DE PLÁSTICO DE 1 mL. O

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE 44 ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. CONTIENE ALBÚMINA HUMANA. NO CONTIENE PRESERVANTE. FÓRMULA. SOLUCIÓN INYECTABLE. JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO TIPO I Ó DE PLÁSTICO DE 1 mL O

INTERFERÓN BETA 1-a DE ORIGEN ADN RECOMBINANTE, 44 ug (12 millones de UI) / 0,5 mL. NO CONTIENE ALBÚMINA HUMANA. CONTIENE PRESERVANTE. FÓRMULA. SOLUCIÓN INYECTABLE. CARTUCHO DE VIDRIO PRELLENADO CON 1.5 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE PARA SER INSERTADO EN UN AUTO-INYECTOR. PARA DOSIS MÚLTIPLE (TRES DOSIS).

USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. PREVIA VALORACIÓN POR PROTOCOLO POR LA COMISIÓN INSTITUCIONAL DE NEUROLOGÍA (ESCLEROSIS MÚLTIPLE).

SE AUTORIZA SU DESPACHO PARA USO DOMICILIAR O EXTRAINSTITUCIONAL

43 ELECTROLITOS Y SOLUCIONES PARENTERALES

Código Clave Usuario

FOSFATOS NEUTROS

43-0780 E 2A

Sachets 1 g Ó 1.2 g

USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA,
NEFROLOGÍA, PEDIATRÍA, REUMATOLOGIA, UROLOGIA, UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS

45 AGENTES OFTALMOLÓGICOS

Código Clave Usuario

DICLOFENACO SÓDICO 0.1%
SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL
FRASCO GOTERO CON 5 mL

45-6670 RE 2A

PRESCRIPCIÓN POR OFTALMOLOGÍA:

1. PROFILAXIS PRE Y POSTOPERATORIA DEL EDEMA MACULAR CISTOIDEO, EN EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA E IMPLEMENTACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR
2. CIRUGÍA DE CATARATA E IMPLEMENTACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR.
3. CIRUGÍA DE CATARATA PARA INHIBICIÓN DE MIOSIS INTRAOPERATORIA COMO COMPLEMENTO DEL EFECTO ANTICOLINÉRGICO LOCAL.
4. DOLOR POSTOPERATORIO, CON CONTRAINDICACIÓN PARA EL USO DE ESTEROIDES (AUMENTO PIO).

NOTA: PRESCRIPCIÓN MÁXIMA POR 1 MES O 1 FRASCO.

RIBOFLAVINA > 0.1 % p/v (COMO FOSFATO DE RIBOFLAVINA) CON DEXTRANO 500 AL 20% p/v
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO TÓPICO
JERINGA PRELLENADA CON 3 mL (UNIDOSIS)

45-7480 HRE 3 A

USO EXCLUSIVO EN LA CLÍNICA OFTÁLMOLÓGICA DE LA C.C.S.S. PARA SER UTILIZADA EN EL PROCEDIMIENTO CROSSLINKING DEL COLÁGENO DE LA CórNEA POR TÉCNICA TRANS-EPITELIAL PARA QUERATOCONO

TROPICAMIDA 0.5% (5 mg/mL) A 0.8% (8 mg/mL) MÁS HIDROCLORURO DE FENILEFRINA AL 5% (50 mg/mL)
SOLUCIÓN ESTÉRIL PARA USO OFTÁLMICO CON PRESERVANTE
FRASCO GOTERO CON 5 mL

45-7723 HE 2C

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

46 PREPARACIONES DERMATOLÓGICAS

	Código	Clave	Usuario
ACITRETINA 25 mg CÁPSULAS USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS SEVERA.	46-0089	RE	2C
FLUOROURACILO 5% (50 mg/g) CREMA TUBO CON 20 g ó 25 g ó 40 g. VÍA DE ADMINISTRACIÓN: USO TÓPICO PARA APLICACIÓN CUTÁNEA Y VAGINAL. SINÓNIMO DE USO TÓPICO: USO EXTERNO. USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA, CIRUGIA RECONSTRUCTIVA, ONCOLOGIA MÉDICA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICA Y CARCINOMA DE PIEL (CÉLULAS BASALES). GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE VAGINA.	46-2555	RE	2C
METRONIDAZOL BASE 0.75% (7.5 mg/g) GEL TUBO CON 30 g PRESCRIPCIÓN POR DERMATOLOGÍA: 1. TRATAMIENTO TÓPICO DE LESIONES INFLAMATORIAS DE ROSÁCEA (PÁPULAS, PÚSTULAS Y ERITEMA). NOTA: DURACIÓN USUAL DE TRATAMIENTO 3 SEMANAS. MÁXIMO: 9 SEMANAS. ANOTAR DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.	46-2665	RE	2B
METOXALENO 10 mg CAPSULA O METOXALENO 10 mg TABLETA. USO EXCLUSIVO DERMATOLOGÍA PARA TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON RADIACIÓN ULTRAVIOLETA (PUVA)	46-2750	RE	3A
PIMECROLIMUS 1% (10 mg/g) CREMA TUBO CON 15 g PRESCRIPCIÓN POR DERMATOLOGÍA Y ALERGOLOGÍA: 1. DERMATITIS MODERADA A SEVERA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES CON: i. REACTIVACIÓN DE PROCESO ATÓPICO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS LOM. ii. EFECTOS ADVERSOS DOCUMENTADOS POR EL USO CRÓNICO DE ESTEROIDES TÓPICOS (ATROFIA CUTÁNEA, ESTRÍAS, TELANGECTASIAS O HIPOPIGMENTACIÓN). 2. ECZEMA SEVERO ATÓPICO. NOTA: PARA AMBAS INDICACIONES: - TIEMPO DE TRATAMIENTO: 6 SEMANAS (NO SE USA DE FORMA CONTINUA POR PERIODOS MÁS PROLONGADOS). - REACTIVACIÓN DEL PROCESO: PUEDE REPETIR CICLO DE FORMA INTERMITENTE (USO NO CONTINUO) HASTA UN MÁXIMO DE UN AÑO. PERIODOS MAYORES NO SON RECOMENDADOS DEBIDO AL RIESGO DE NEOPLASIA, LINFOMA Y CÁNCER DE PIEL. ANOTAR EL DIAGNÓSTICO EN LA RECETA EDUS E INDICAR EN LA CASILLA DE OBSERVACIONES EL CRITERIO CORRESPONDIENTE QUE JUSTIFIQUE SU USO.	46-7381	RE	2B

POTASIO YODURO 1 g/mL

46-7450 M 1A

FÓRMULA. SOLUCIÓN SATURADA ORAL

*FRASCO GOTERO Ó FRASCO CON GOTERO CON 30
mL*

48 ANTÍDOTOS

	<i>Código</i>	<i>Clave</i>	<i>Usuario</i>
ACETILCISTEÍNA 600 mg. GRANULADO PARA SOLUCIÓN ORAL O ACETILCISTEÍNA 600 mg. TABLETA ESFERVESCENTE	48-7250	R	2C
USO EXCLUSIVO EN INTOXICACION POR ACETAMINOFÉN Y EN PREVENCIÓN NEFROTOXICIDAD POR USO MEDIOS DE CONTRASTE			

FLUMAZENIL 0.1 mg/mL	48-3895	HR	2B
SOLUCIÓN INYECTABLE			
AMPOLLA CON 5 mL Ó 10 mL.			
USO EXCLUSIVO EN INTOXICACIÓN CON BENZODIACEPINAS, CON COMPROMISO NEUROLÓGICO (MENOS 11 PTOS CON ESCALA DE GLASGOW)			

50 MISCELÁNEOS

	Código	Clave	Usuario
ACEITE DE TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA	50-7175	R	3A
<i>ENVASE CON 480 mL a 950 mL</i>			
USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL, PARENTERAL Y ENTERAL Y POR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS			
ALPROSTADIL 500 ug	50-4503	HRE	2B
SOLUCIÓN INYECTABLE, CONCENTRADO			
AMPOLLA 1 mL			
A. USO EXCLUSIVO PARA PACIENTES NEONATOS MIENTRAS SON REFERIDOS DE EMERGENCIA AL HNN PRECRITO BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL PEDIATRA DEL HOSPITAL CORRESPONDIENTE QUE ATIENDE EL CASO. PRESCRIPCIÓN POR PEDIATRÍA, NEONATOLOGÍA, CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIACA.			
B. PARA CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN PROTOCOLO CORRESPONDIENTE POR ESPECIALISTAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE DE HÍGADO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR			
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS YODADOS AL 38% P/P DEL ACEITE DE ADORMIDERA (AMAPOLA).	50-3765	HRE	3A
SOLUCIÓN ACEITOSA INYECTABLE			
AMPOLLA CON 10 mL			
USO EXCLUSIVO ONCOLOGÍA MÉDICA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA, SEGÚN PROTOCOLO.			
FÓRMULA ENTERAL CON NUTRIENTES COMPLEJOS EXENTA DE PROTEÍNAS Y LIBRE DE AMINOÁCIDOS	50-6862	R	3A
APORTE CALÓRICO: 88-90% DE CARBOHIDRATOS, 10-12% DE GRASA. VITAMINAS Y MINERALES			
POLVO PARA DILUCIÓN			
LATA CON 400 g A 456 g			
USO EXCLUSIVO EN PACIENTES MAYORES DE 3 AÑOS CON ENFERMEDADES METABÓLICAS (CON AMINOÁCIDOPATIAS O TRASTORNOS DEL CICLO DE LA UREA (FASE 2)). POR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS.			
FÓRMULA ENTERAL DE NUTRIENTES COMPLEJOS (INTACTOS, POLIMÉRICOS) PARA USO EN NIÑOS PREMATUROS. EN POLVO PARA DILUCIÓN.	50-6900	HE	2B
ENVASE CON 400 g.			
USO EXCLUSIVO PEDIATRÍA NEONATOLÓGICA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS			
FÓRMULA ENTERAL CON NUTRIENTES COMPLEJOS EXENTA DE PROTEÍNAS Y LIBRE DE AMINOÁCIDOS.	50-7187	RE	3A HNN

APORTE CALÓRICO 45-60% DE CARBOHIDRATOS, 40-55%
 GRASA. VITAMINAS Y MINERALES
 POLVO PARA DILUCIÓN
 LATA CON 400 a 456 g
 USO EXCLUSIVO SERVICIO GENETICA Y ENFERMEDADES
 METABOLICAS. H.N.N. PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON
 ENFERMEDADES METABÓLICAS (CON AMINOÁCIDOPATIAS O
 TRASTORNOS DEL CICLO DE LA UREA (FASE 1)

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A LOS CARBOHIDRATOS 50-6856 HR 3A
 COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL LOCAL, PRESCRIPCIÓN POR UN
 MÁXIMO DE 15 DÍAS.

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES HEPATÓPATAS 50-6857 HR 2A
 USO EXCLUSIVO DE COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL.
 PRESCRIPCIÓN MÁXIMA PARA 15 DÍAS.

FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES NEFRÓPATAS CRÓNICOS 50-6858 HR 2A
 USO EXCLUSIVO DE COMISIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL, PARA USO
 DE PACIENTES PORTADORES DE NEFROPATÍA CRÓNICA SIN TERAPIA
 DE SUSTITUCIÓN RENAL. PRESCRIPCIÓN MÁXIMA PARA 15 DÍAS.

FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE FENILALANINA: 50-6863 R 3A
 PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO: PROTEINA 21- 33%,
 GRASA 18-20% CARBOHIDRATOS 57- 67% con VITAMINAS Y
 MINERALES.
 POLVO PARA DILUCIÓN
 LATA CON 400 A 456 gramos
 USO EXCLUSIVO MAYORES DE 3 AÑOS CON FENILCETONURIA E
 HIPERFENILALANINEMIAS (FASE 2)
 USO POR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE
 ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS

FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE FENILALANINA 50-6845 RE 3A
 PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO: 11-14% DE
 HNN
 PROTEÍNAS, 44-48% DE GRASA, 40-45% DE CARBOHIDRATOS,
 VITAMINAS Y MINERALES
 POLVO PARA DILUCIÓN. LATA CON 400 - 456 g
 USO EXCLUSIVO SERVICIO GENETICA Y ENF. METABOLICAS. H.N.N.
 PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON HIPERFENILALANINEMIAS
 INCLUIDA LA FENILCETONURIA(FASE 1)

FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS DE CADENA RAMIFICADA 50-7235 RE 3A
 HNN
 PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO: 39-46 % DE
 CARBOHIDRATOS, 10-14% DE PROTEÍNAS, 42-48% DE GRASA,
 , VITAMINAS Y MINERALES
 POLVO PARA DILUCIÓN. CON O SIN SABOR
 LATA 400 A 456 g

USO EXCLUSIVO SERVICIO GENETICA Y ENF. METABOLICAS. H.N.N.
PARA PERSONAS MENORES DE 3 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE LA
ENFERMEDAD DE LA ORINA DE JARABE DE ARCE U OTROS
DESÓRDENES DEL METABOLISMO DE LOS AMINOÁCIDOS DE CADENA
RAMIFICADA.
PEDIATRÍA (FASE 1)

**FÓRMULA ENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS DE 50-6861 R 3A
CADENA RAMIFICADA:**

PORCENTAJES COMO APORTE CALÓRICO 55.6%-58% DE
CARBOHIDRATOS, 20%-24% DE PROTEÍNAS Y 19%-20.7% DE
GRASA. VITAMINAS Y MINERALES. NO CONTIENE LEUCINA,
ISOLEUCINA NI VALINA

POLVO PARA DILUCIÓN

LATA CON 400 g A 456 g

USO EXCLUSIVO EN MAYORES DE 3 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO
DE LA ENFERMEDAD DE LA ORINA DE JARABE DE ARCE U OTROS
DESORDENES DEL METABOLISMO DE AMINOÁCIDOS DE CADENA
RAMIFICADA (FASE 2)

**FÓRMULA ENTERAL MODIFICADA DE AMINOÁCIDOS 50-6864 RE 3A
PARA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS CON ACIDEMIA HNN
PROPIÓNICA Ó METILMALÓNICA MENORES DE 3
AÑOS DE EDAD.**

PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO POR CADA 100 g DE
POLVO: 40%-45% DE CARBOHIDRATO, 10-14% DE PROTEÍNA,
44%-48% DE GRASA, VITAMINAS, MINERALES Y
OLIGOELEMENTOS.

POLVO PARA DILUCIÓN.

ENVASE CON 400 g – 455 g

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE GENÉTICA Y ENFERMEDADES
METABÓLICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS EN PACIENTES
MENORES DE 3 AÑOS CON ACIDEMIA PROPIÓNICA O METILMALÓNICA

**FÓRMULA ENTERAL MODIFICADA DE AMINOÁCIDOS 50-6866 R 3A
PARA ALIMENTACIÓN DE PERSONAS CON ACIDEMIA
PROPIÓNICA O METILMALÓNICA MAYORES DE 3
AÑOS DE EDAD.**

PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO POR CADA 100 g DE
POLVO: 55%-66% DE CARBOHIDRATO, 20-32% DE PROTEÍNA,
0%-20% DE GRASA, VITAMINAS, MINERALES Y
OLIGOELEMENTOS.

POLVO PARA DILUCIÓN.

ENVASE CON 400 – 500 GRAMOS.

USO EXCLUSIVO EN MAYORES DE 3 AÑOS CON ACIDEMIA PROPIÓNICA
O METILMALÓNICA

**FÓRMULA MODIFICADA PARA ALIMENTACION DE 50-7240 R 2B
LACTANTES.**

COMPOSICION EN 100 g DE POLVO: PORCENTAJE COMO APORTE CALÓRICO: 7-10% PROTEINAS, 40-45% CARBOHIDRATOS, 45-50% GRASAS, VITAMINAS Y MINERALES.

POLVO

LATA CON 400 g A 1 K.

USO EXCLUSIVO EN NIÑOS HASTA LOS 6 MESES DE EDAD EN DONDE NO ES POSIBLE LA LACTANCIA MATERNA, COMO POR EJEMPLO: HOSPITALIZACIÓN DE LA MADRE, MADRE CON INFECCIÓN POR VIH, MADRE ADICTA A DROGAS, EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA O PROPILTIOURACILO, MUERTE MATERNA

FORTIFICANTE DE LECHE MATERNA

50-6859 HRE 2B

POLVO

SOBRE CON 0.90 g DE POLVO PARA DILUCIÓN EN LECHE MATERNA

USO EXCLUSIVO DE NEONATOLOGÍA PARA SER UTILIZADO EN NIÑOS CON PESO INFERIOR A 1600 g

L-CARNITINA 30%.

50-7130 R 3A

SOLUCIÓN ORAL

FRASCO CON 10 mL Ó 60 mL Ó 100 mL

USO EXCLUSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA PRIMARIA DE CARNITINA EN PACIENTES CON UN ERROR GENÉTICO DE SU METABOLISMO

POTASIO 2 mmol / LITRO

50-4455 HR 3A

SOLUCIÓN PARA HEMOFILTRACIÓN. 5 LITROS

BOLSA PLÁSTICA DE DOBLE COMPARTIMENTO

USO EN PACIENTES CRÍTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA QUE REQUIEREN HEMOFILTRACIÓN

SOLUCIÓN ANTICOAGULANTE DE CITRATO DE SODIO Y DEXTROSA (USO EN LA AFÉRESIS)

50-7255 HR 3A

BOLSA CON 750 mL

USO EXCLUSIVO EN LA AFÉRESIS; EN LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL EN CIRCUITOS EXTRACORPÓREOS EN SOPORTE RENAL CONTINUO

52 MEDIOS PARA RADIODIAGNÓSTICOS

	Código	Clave	Usuario
ÁCIDO IOXITALÁMICO (COMO LA SAL HIDROSOLUBLE DE IOXITALAMATO DE MEGLUMINA) AL 55% (550 mg / mL) CON POLIVIDONA AL 14% (140 mg / mL) CONTIENE UN 25% DE YODO. SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 20 mL USO EXCLUSIVO RADIOLOGÍA	52-4166	HE	2A
ALBÚMINA AGREGADA. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc-ALBUMINA AGREGADA POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR	52-4960	HE	3A
BESILESOMAB MARCADO CON TECNECIO (99^mTc) KIT (NO CONTIENE SUSTANCIA RADIACTIVA) POLVO LIOFILIZADO CON DILUENTE. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO ESPECIALISTAS EN MEDICINA NUCLEAR, EN ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS DE OSTEOMIELITIS	52-4974	HRE	3A
BETIATIDA. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc- MERTIATIDA POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR	52-4962	HE	3A
BICISATE. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc-BICISATE POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR	52-4954	HE	3A
CITRATO DE GALIO (67 Ga), 1 A 3 mCi (37 a 111 MEGABECQUERELES) DE ⁶⁷GALIO/mL SOLUCIÓN ACUOSA ESTÉRIL. INYECTABLE FRASCO AMPOLLA CON 5 A 15 mL USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR	52-4970	HE	3A

DIATRIZOATO DE MEGLUMINA 66% (660 mg/mL) Y 52-6660 HE 2C
DIATRIZOATO DE SODIO AL 10 % (100mg/mL)
SOLUCIÓN ORAL
ENVASE CON 30 mL
USO EXCLUSIVO RADIOLOGÍA

IOBENGUANO (¹³¹I) 5 mL DE SOLUCIÓN ESTÉRIL. 52-4976 HE 3A
INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 15 mL QUE
CONTIENE 5 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE CON
46.25 MBq (1.25 mCi) (9.25 MBq/mL [0.25 mCi/mL]) a
55.5 MBq (1.5 mCi) (11.1 MBq/mL (0.31 mCi/mL))
(CORRESPONDIENTE A RADIOACTIVIDAD
CALIBRADA EN LA FECHA Y HORA DE
CALIBRACIÓN.)
PRESENTACIÓN MONODOSIS. SUSTANCIA
RADIATIVA
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

MEBROFENINA. PARA LA PREPARACIÓN DE 52-4961 HE 3A
TECNECIO ^{99m}Tc- MEBROFENINA
POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

NORCOLESTEROL IODADO (¹³¹I) 37 MBq (1 mCi) a 74 52-4977 HE 3A
MBq (2 mCi) CON UNA CONCENTRACIÓN DE
ACTIVIDAD DE 7,5 MBq/mL (0.20 mCi/mL) a 15 MBq/mL
(0.40 mCi/mL) CORRESPONDIENE A LA
RADIOACTIVIDAD EN LA FECHA Y HORA DE
CALIBRACIÓN.

SUSTANCIA RADIATIVA
SOLUCION INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA CONTIENE 2.5 mL a 10 mL
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

OCTREÓTIDA MARCADO CON INDIO 111 (111 In); 3 a 52-4971 HE 3A
5 Mci (111 a 185 MEGABECQUERELES)/mL DE INDIO
111. LIOFILIZADO. INYECTABLE. KIT PARA LA
PREPARACIÓN DE INDIO III-PENTETREÓTIDA.
(SUSTANCIA RADIATIVA) Ó
EDDA/HYNIC-Tyr3-OCTREÓTIDA MARCADA CON
TECNECIO (^{99m}Tc). INYECTABLE. KIT (NO CONTIENE
LA SUSTANCIA RADIATIVA).
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

OXIDRONATO. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO ^{99m}Tc - OXIDRONATO Ó MEDRONATO. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO ^{99m}Tc - MEDRONATO.

POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

PENTETATO. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO ^{99m}Tc - PENTETATO

POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

Uso EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

PERTECNECIATO DE SODIO ^{99m}Tc . TECNECIO (^{99m}Tc): PROVENIENTE DE UN GENERADOR DE $^{99\text{MOLIBDENO}} / \text{TECNECIO } (^{99m}\text{Tc})$

(SISTEMA CERRADO DE PRODUCCIÓN DE TECNECIO METAESTABLE POR DECAIMIENTO RADIOACTIVO DEL MOLIBDENO) 74GBq (2Ci (CURIES)) A 277.5 GBq (7.5 Ci (CURIES)).

INYECTABLE.

SUSTANCIA RADIATIVA

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

PIROFOSFATO. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO ^{99m}Tc - PIROFOSFATO

POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

SAMARIO (^{153}Sm) LEXIDRONAM PENTASÓDICO, 1.3 GBq/mL

SOLUCIÓN ACUOSA ESTÉRIL ISOTÓNICA.

INYECTABLE.

FRASCO AMPOLLA DE 10 A 15 mL

SUSTANCIA RADIATIVA

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR, COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS, QUE NO SON TRIBUTARIOS DE TRATAMIENTO CON RADIACIÓN Y QUE HAN AGOTADO LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR, EL CASO DEBE SER VALORADO EN FORMA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA POR ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA Y MEDICINA PALIATIVA.

SESTAMIBI PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO ^{99m}Tc - SESTAMIBI

POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE

FRASCO AMPOLLA

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

SUCCIMERO. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc-SUCCIMERO 52-4953 HE 3A
POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

SULFURO COLOIDAL. PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc-SULFURO COLOIDAL 52-4956 HE 3A
POLVO LIOFILIZADO. INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

SULFURO DE RENIO COLOIDAL (NANOCOLOIDE). PARA LA PREPARACIÓN DE TECNECIO 99^mTc-SULFURO DE RENIO COLOIDAL (NANOCOLOIDE). 52-4973 HE 3A
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO POR ESPECIALISTAS EN MEDICINA NUCLEAR

SULFURO DE RENIO (186Re) COLOIDAL. CON 0.5 a 10 mL DE SUSPENSIÓN COLOIDAL ESTÉRIL. INYECTABLE. FRASCO AMPOLLA DE 15 mL que contiene 0.5 A 10 mL DE SOLUCIÓN INYECTABLE CON 148 MBq/mL (4.00 mCi/mL) A 370 MBq/mL (10.00 mCi/mL) (CORRESPONDIENTE A RADIOACTIVIDAD CALIBRADA EN LA FECHA Y HORA DE CALIBRACIÓN). PRESENTACIÓN MULTI-DOSIS. SUSTANCIA RADIACTIVA 52-4979 HRE 3 A
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE RADIOSINOVECTOMÍA

TROPANO (TRODAT-1). PARA LA PREPARACIÓN DE INYECCIÓN DE TECNECIO 99 mTc-TROPANO 52-4978 HE 3 A
SOLUCIÓN INYECTABLE
FRASCO AMPOLLA
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

¹³¹ YODO (COMO YODURO DE SODIO Na ¹³¹ I) 1 MILICURIE (mCi) (37 MEGABECQUERELES) A 200 MILICURIES (mCi) (7400 MEGABECQUERELES) 52-4968 HE 3A
SUSTANCIA RADIOACTIVA.
CÁPSULA
ENVASE PLÁSTICO PROTEGIDO CON UN BLINDAJE PLOMADO.
USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

¹³¹YODO (COMO YODURO DE SODIO Na¹³¹I) 25 52-4969 HE 3A
MILICURIES (925 MEGABECQUERELES) A 200
MILICURIES (7400 MEGABECQUERELES)

SUSTANCIA RADIATIVA

SOLUCIÓN ORAL.

ENVASE CON TAPA DE CIERRE

USO EXCLUSIVO MEDICINA NUCLEAR

53 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

	Código	Clave	Usuario
FLUORESCINA SÓDICA 25 % (250 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 2 mL O FRASCO AMPOLLA CON 2 mL O FLUORESCÉINA SÓDICA AL 10% (100 mg/mL). SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA CON 5 mL O FRASCO AMPOLLA CON 5 mL USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGÍA	53-3910	HE	2A

GONADORELINA 100 ug (HIDROCLORURO DE GONADORELINA ó COMO ACETATO DE GONADORELINA) POLVO LIOFILIZADO O SOLUCIÓN. INYECTABLE. AMPOLLA O FRASCO AMPOLLA USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGÍA COMO MEDIO DE DIAGNOSTICO Y GINECOLOGÍA EN PACIENTE CON BAJA RESERVA FOLICULAR, NO RESPONDEDORA A CLOMIFENO CITRATO Y SEGURIDAD DE REALIZACIÓN DE FOLICULOGRAMA CONTROL.	53-4210	HRE	2A
--	----------------	------------	-----------

Anexos

5. En caso de modificación indique:

Nueva forma farmacéutica (fuerza o presentación): _____

Modificación en las restricciones de uso (anotar beneficios de la modificación y justificación técnica si corresponde)

Estimación de cantidad de pacientes adicionales que se beneficiarían con la modificación: _____

Estimación de la cantidad de medicamento requerido por la modificación _____

6. Análisis de la evidencia científica que justifica la solicitud planteada:

Se debe hacer un resumen del análisis de la evidencia científica, enfatizando la información de eficacia seguridad del medicamento, adjuntando las referencias bibliográficas (ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, etc.) Se solicita no adjuntar el artículo completo o revisiones bibliográficas. Utilizar hojas adicionales en caso necesario.

6. Datos del proponente:

• Nombre y cargo en la CCSS: _____

• Centro o establecimiento de trabajo de la CCSS: _____

Contacto para notificaciones:

Teléfono (personal o del servicio): _____

Correo electrónico Institucional: _____ Correo alternativo: _____

Firma: _____ Fecha de la solicitud: _____

Opinión y recomendación del Comité Local:

Avalado en Sesión 2023-25 (GM-CCF-3283-2023)

Anexo 2. Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento agudo en la Caja Costarricense de Seguro Social



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento agudo en la Caja Costarricense de Seguro Social

No se tramitarán solicitudes ilegibles, con información incompleta o que no incluya resultados que justifican la solicitud.

UP:	Servicio:	Fecha de solicitud:
Nombre del paciente:		Identificación:
Edad:	Peso:	Talla o ASC (si corresponde)
Diagnostico que justifica solicitud:		
En caso de continuación de terapia, indicar clave previa:		

Medicamento solicitado (principio activo):	Código (1-10 ó 1-11):
Dosificación (fuerza, vía de administración e intervalo):	
Duración (días):	

Epicrisis: resumen breve del caso indicando condición clínica del paciente, comorbilidades, tratamientos previos para diagnostico que justifica la solicitud, contraindicaciones a otras terapias LOM y cualquier otra información clínica relevante para el análisis del caso. **Se debe de adjuntar los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete que justifiquen la solicitud.**

Justificación de la solicitud: en caso de que exista lineamiento que apoya solicitud, indicar cual y en caso de no existir aprobaciones previas para este contexto, adjuntar pequeña justificación con base en la medicina basada en evidencia, pueden usar páginas adicionales (adjuntar bibliografía).

Nombre médico prescriptor:	Código:
Especialidad:	Teléfono para contactar a prescriptor:
Observaciones (espacio exclusivo para uso por el AMTC):	
Aprobado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Clave asignada: _____ Observaciones:	

Estos formularios deben ser tramitados única y exclusivamente vía correo electrónico a Firma Digital Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica gm_df_amt@ccss.sa.cr, caso contrario no será tramitado.

SESIÓN COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA: 2024-01

Anexo 3. Fomulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social

Este es un documento de uso oficial de la CCSS con información confidencial, avalado por Comité Central de Farmacoterapia en su sesión **2023-20**, celebrada el 19 de mayo de 2023

Art. 9 Código de Moral Médica: Todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad

1. Identificación

Fecha de la solicitud: _____

Centro médico: _____

Servicio: _____

Nombre del paciente: _____

No. de identificación: _____

Sexo: _____ Edad: _____ años

Residencia: _____

Fecha de primera consulta en la especialidad: _____

Nombre del prescriptor: _____

Código: _____

Especialidad _____

Teléfono contacto del prescriptor: _____

2. Medicamento solicitado:

Nombre principio activo: _____

Presentación y fuerza: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

Vía de administración: _____

Duración del tratamiento: _____

Solicitud por: Primera vez

Continuación

En caso de continuación señalar: Fecha de inicio: _____

Centro médico que lo inició: _____

Clave de autorización (CCF, DFE, CLF): _____

Iniciado por otros medios (especifique): _____

3. Diagnósticos que justifiquen la presente solicitud del medicamento NO LOM:

4. Tratamiento(s) farmacológico(s) actual(es) o el último recibido para esta patología (especificar dosis máximas prescrita y respuesta obtenida), en el siguiente cuadro:

Medicamento	Fecha inicio	Dosis	Fecha SS	Respuesta/ motivo de suspensión /observaciones

5. Epicrisis: resumen breve del caso con descripción cronológica de la evolución clínica e intervenciones terapéuticas, estudios relevantes y otros (anotar AHF, APP y APNP), anotar tratamientos farmacológicos actuales para las comorbilidades. En caso de continuaciones **solo** brindar la información de la evolución posterior al tratamiento solicitado y los cuadros comparativos necesarios previo y posterior al tratamiento:

Peso _____ Kg Talla _____ cm ASC: _____ m² IMC: _____ Kg/m² ECOG: _____

Adjuntar resultados de laboratorio, gabinete y escalas pertinentes en orden cronológico:

Fecha	Estudio	Resultado	Tratamientos en el momento del estudio

6. Justificación científica de la solicitud: Anotar lineamiento institucional que apoya el uso del medicamento. Si no existe un lineamiento institucional se debe hacer un resumen del análisis de la evidencia científica en el contexto clínico del paciente, enfatizando la información de seguridad y beneficio para el paciente. Se puede adjuntar la lista de referencias bibliográficas, no adjuntar el artículo completo ni revisiones bibliográficas del medicamento o del tema.

7. Declaración jurada sobre inexistencia de conflicto de interés y veracidad de los datos clínicos del caso: Yo _____, código del Colegio de Médicos y Cirujanos _____,

DECLARO lo siguiente: 1. Esta solicitud de uso de medicamento NO LOM, la realizo sin conflicto de interés alguno, que ponga en duda la imparcialidad de la información suministrada y sin que propicie algún beneficio o favorecimiento a mi favor o terceros. 2. Que me comprometo a documentar e informar objetivamente la evolución clínica y el resultado producto de la intervención a este paciente con el medicamento NO LOM solicitado, así como todo aquello que me sea requerido en relación con la prescripción del medicamento solicitado y mantener un seguimiento adecuado del paciente o delegar lo anterior de modificarse mi condición de médico tratante. 3. Finalmente declaro que **sí () no ()** he atendido en Consulta Privada a : (Nombre completo del paciente) _____, número de identificación: _____.

Firma del médico solicitante: _____

8. Sesión clínica del servicio que avaló la solicitud actual del medicamento.

Acuerdo de la sesión justificando la solicitud del medicamento:

N° de sesión

Fecha de la sesión:

Nombre y código del coordinador de la sesión:

Firma del coordinador de la sesión:

9. Criterio del Comité Local de Farmacoterapia:

Acuerdo de la sesión:

N° de sesión:

Fecha de la sesión:

Costo del medicamento:

Costo del medicamento: (coordinar con CLF)

Unitario: _____

Mensual: _____

Semestral: _____

Cuenta con registro sanitario: Si No Cuenta con proveedor: Si No

Nombre y código del coordinador del Comité Local:

Firma del coordinador de la sesión o secretaría técnica del CLF:

Anexo 4. Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA)

No se tramitarán solicitudes ilegibles, con información incompleta o que no incluya resultados que justifican la solicitud.

UP: Servicio: Fecha de solicitud:

Nombre del paciente: Identificación:

Edad: Peso: Diagnostico que justifica solicitud:

Medicamento solicitado (principio activo): Código LOM:

Dosificación (fuerza, vía de administración e intervalo):

Duración (días):

Epicrisis: resumen breve del caso indicando condición clínica del paciente, comorbilidades, tratamientos previos para diagnostico que justifica la solicitud, contraindicaciones a otras terapias LOM y cualquier otra información clínica relevante para el análisis del caso. **Se debe de adjuntar los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete que justifiquen la solicitud.**

Nombre médico prescriptor: Código:

Especialidad: Teléfono para contactar a prescriptor:

Observaciones: **(espacio de uso exclusivo por el AMTC)**

Aprobado: • No • Sí, Clave asignada: _____.	Observaciones

Estos formularios deben ser tramitados única y exclusivamente vía correo electrónico a Firma Digital Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica gm_df_amt@ccss.sa.cr, caso contrario no será tramitado.

SESIÓN COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA: 2024-01

Anexo 5. Uso de medicamentos adquiridos en farmacias privadas.

USO DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS EN FARMACIAS PRIVADAS.

FECHA _____

El suscrito _____, cédula de identidad número _____, en mi condición de Y padre o madre, Y tutor, Y apoderado legal del menor, _____ o, Y en mi calidad de usuario, hago constar que eximo de responsabilidad al Profesional de Medicina, al Servicio de Farmacia y al Servicio de Enfermería de _____ y a la Caja Costarricense de Seguro Social por la revisión, custodia, eventual pérdida o deterioro de medicamentos adquiridos externamente a la Institución, para ser utilizados durante la hospitalización con la aprobación médica del Dr (a)

Firma o huella digital del responsable

Firma o huella digital e identificación del testigo

Revisado por Profesional de Farmacia

Firma _____

Nombre y firma del Profesional de Farmacia

Jefe del Servicio de Enfermería

Firma _____

Nombre y firma del Profesional de Enfermería

Aprobado en Sesión del Comité Central de Farmacoterapia No. 2013-17, realizada el 15 de mayo de 2013

Anexo 6. Formulario para solicitud de medicamento – LOM almacenable (SA-T) por consulta especializada a distancia – Telemedicina.



**Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica**

☎ Teléfonos 25391070
25391071
☎ Fax : 25391087

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO – LOM ALMACENABLE (SA-T)
POR CONSULTA ESPECIALIZADA A DISTANCIA-TELEMEDICINA**

Fecha: _____

DATOS DEL CENTRO SOLICITANTE

Centro de Salud	U.P	Médico prescriptor	Especialidad (si procede)

DATOS DEL CENTRO CONSULTADO

Centro de Salud	U.P	Médico prescriptor	Especialidad

DATOS DEL PACIENTE (o los pacientes), MEDICAMENTO Y DE LA PRESCRIPCION

Iniciales	Expediente	Diagnóstico	Código 1-10	Nombre del medicamento (Oficial o Genérico)	Presentación	Fuerza	Vía	Dosis	Duración	Cantidad Solicitada

SA-T: _____

CANTIDAD AUTORIZADA: _____

Anexo 7. Reporte de falla farmacéutica.



LABORATORIO DE NORMAS Y CALIDAD DE MEDICAMENTOS
REPORTE DE FALLA FARMACÉUTICA
Favor llenar un formulario por producto

Para uso del LNCM

<p>farmacéutica: Cualquier cambio que se produzca en una forma farmacéutica, que no corresponda a las características propias del producto y su presentación según su ficha técnica.</p>	
<p>IMPORTANTE: Este formulario debe completarse UNICAMENTE para el reporte de casos de Falla Farmacéutica al Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos (LNCM). Luego de la investigación del caso el LNCM emitirá un informe del resultado al interesado. Para el reporte de fallas terapéuticas o reacciones adversas a medicamentos se debe utilizar la boleta de reporte correspondiente y dirigirla al Centro Nacional de Farmacovigilancia. El LNCM tramitará estos casos únicamente ante solicitud del Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud o bien de la Dirección de Farmacoepidemiología de la C.C.S.S.</p>	
DATOS DEL MEDICAMENTO	
1. Nombre genérico:	2. Código de Producto:
3. Laboratorio fabricante:	4. País de origen:
5. Lote (s):	6. Vencimiento:
7. Concentración del producto/forma farmacéutica:	
8. Cantidad de unidades no conformes observadas:	9. Cantidad total de unidades revisadas:
10. Cantidad de muestra enviada:	
11. ¿Se adjunta copia del registro de temperaturas y humedades del sitio(s) donde se almacena el producto durante su custodia en el centro? <input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No existen registros <input type="checkbox"/> No aplica para este reporte	
Observaciones:	
12. Descripción de la falla farmacéutica observada (puede emplear hoja adicional si fuera necesario):	
DATOS DEL NOTIFICADOR	
Nombre:	
Profesión:	Especialidad/Puesto:
Centro de trabajo:	Teléfono de contacto:
Correo electrónico:	Fax:
Firma:	Fecha:

AL COMPLETAR EL REPORTE DEBE ENVIARSE A:

UNIDAD COORDINACIÓN EXTERNA, LABORATORIO DE NORMAS Y CALIDAD DE MEDICAMENTOS
 Dirección: Antiguo Hospital San Rafael, Alajuela, Tel. 2441-0730 ext 1023 o 1024 Fax. 2441-0724

FCE01202

Anexo 8. Formulario de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento.

N°

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 N° de cédula: _____

Género: Femenino Masculino Edad: _____ Peso (Kg): _____

MEDICAMENTO (S)*			Dosis diaria	Vía de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de prescripción
Nombre	Laboratorio	N° de lote			Inicio	Final	

TIPO DE NOTIFICACIÓN:	REACCIÓN ADVERSA <input type="checkbox"/> FALLA TERAPÉUTICA <input type="checkbox"/>	Fecha del evento		Desenlace: persiste, recuperado con o sin secuelas, mortal, etc
		Inicio	Final	
Describe el evento				

1) La reacción mejoró al retirar el medicamento: SI NO

2) Hubo reexposición al medicamento: SI NO

3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo): SI NO

4) Requirió ingreso hospitalario: SI NO

OBSERVACIONES ADICIONALES:

(Utilice hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre.....
 Profesión.....
 Especialidad.....
 Lugar de trabajo.....
 N° de teléfono.....
 Correo electrónico.....
 Fecha del reporte.....

Firma y sello _____
 Código _____

Contáctenos: www.ministeriodesalud.go.cr

Anexo 9. Reglamento para la tramitación de donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social.

REGLAMENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE DONACIONES A FAVOR DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

REGLAMENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE DONACIONES A FAVOR DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

(aprobado por Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en el artículo 1º de la sesión 8130 celebrada el 8 de febrero del 2007)

Nota: [Lo suprimido en dicho reglamento (...) no se aplica a materia de medicamentos]

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º—**Alcance.** El presente reglamento regula las potestades, requisitos y trámite de los ofrecimientos de donación a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social. En consecuencia, no contempla la posibilidad de la institución de efectuar donaciones a favor de terceros.

Artículo 2º—**Bienes sujetos a donación.** Son bienes susceptibles de ser recibidos por donación los siguientes:

(...)

b) Bienes muebles:

b-1 Medicamentos.

(...)

Artículo 3º—**Verificación del cumplimiento de las disposiciones.** Las Gerencias de División serán las encargadas de velar porque se dé cumplimiento al presente Reglamento y se promueva su objeto en apego a la normativa establecida.

CAPÍTULO II

De los órganos competentes

Artículo 4º—**De las competencias en materia de donaciones.** Los órganos que de seguido se indican, tienen las siguientes competencias:

Órganos.

- Junta Directiva:
- Gerencias de División:
- Direcciones Regionales:
- Directores de Órganos Desconcentrados:
- Directores de Órganos Concentrados:

Competencias.

- a) Solicitar, aceptar y rechazar las donaciones a favor de cualquier dependencia de la institución, según el valor de la donación.
- b) Autorizar el pago de los costos de transporte y montaje de los bienes donados.
- c) Autorizar el pago de los costos de transporte y montaje de los bienes donados.
- d) En el caso de donaciones aceptadas por la Junta Directiva ésta podrá delegar la suscripción de la escritura en quien considere necesario.

DIRECCIÓN JURÍDICA INSTITUCIONAL

- a) Emitir los criterios cuando exista alguna duda sobre la procedencia jurídica de la donación en caso de procedimientos cuya aprobación corresponda a la Junta Directiva, Gerencias de

- División o bien de aquellos órganos con competencia para resolver donaciones pero que carezcan de asesoría legal a nivel local.
- b) Formalizar las escrituras de donación.
 - c) Elaborar los contratos y otros documentos legales cuando así corresponda.

ASESORÍAS LEGALES DE DIRECCIONES REGIONALES Y DE ÓRGANOS DE LA CCSS

- a) Emitir los criterios cuando exista alguna duda sobre la procedencia jurídica de la donación, en caso de procedimientos cuya aprobación corresponda a la máxima autoridad del centro de trabajo donde se encuentran adscritos.
- b) Elaborar los contratos y otros documentos legales de los procedimientos de donación indicados en el punto anterior, excepto la confección de la escritura pública, hasta tanto no se les habilite.

Artículo 5º—**De los montos para aceptar las donaciones.** Los órganos con competencia para aprobar donaciones podrán conocer aquellas solicitudes cuyo monto corresponda como máximo a los definidos por la Junta Directiva para proceder a la adjudicación de procesos de contratación administrativa.

CAPÍTULO III

Del donante

Artículo 6º—**Condiciones del donante.** Podrán efectuar donaciones a favor de la CCSS personas físicas o jurídicas con capacidad para disponer de los bienes ofrecidos en donación en los términos establecidos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 7º—**Obligaciones del donante.** Para efectuar donaciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, el donante deberá:

- a) Aportar a la Administración toda la información requerida para tramitar la donación.
- b) Permitir la inspección del bien sujeto a donación, tanto en caso que los órganos encargados de brindar la respectiva recomendación técnica lo requieran para el cumplimiento de sus funciones, como en el supuesto de necesitarse cualquier revisión en forma previa a la recepción efectiva del bien una vez aprobada la gestión de donación.

CAPÍTULO IV

De la recomendación técnica

Artículo 8º—**De la recomendación técnica.** En forma previa a la aceptación de una donación, los órganos competentes conforme a este reglamento para resolver la misma deberán gestionar ante las instancias institucionales competentes según la naturaleza del bien, la confección de una recomendación técnica. Dicha recomendación se podrá prescindir en los siguientes supuestos:

- a) Tratándose de donaciones de dinero.
- b) Cuando de los elementos aportados por el donante o bien de las evidencias recopiladas por la Administración en el expediente de la respectiva donación, se justifique en forma suficiente que el bien ofrecido en donación representa un beneficio para la institución en atención de su utilidad, los requerimientos para instalación, funcionamiento y limitaciones para obtener repuestos.

Artículo 9º—**Contenido Mínimo del Informe de Recomendación.** El informe de recomendación técnica deberá contemplar los siguientes contenidos:

- a) Nombre del órgano autorizado y fecha y día de la recomendación
- b) Antecedentes del estudio
- c) Criterios utilizados para brindar la recomendación técnica, incluyendo las posibles inspecciones efectuadas al mismo.
- d) Análisis del bien ofrecido en donación.
- e) Recomendación que debe incluir una justificación respecto de la razonabilidad para la aceptación o el rechazo de lo donado.

CAPÍTULO V

Procedimiento para la recepción de donaciones

Artículo 10. —**Requisitos de los ofrecimientos de donación.** La propuesta de donación por parte de personas físicas, personas jurídicas nacionales e internacionales, deberán ser suscritas por quien disponga de capacidad jurídica para disponer del bien. El ofrecimiento respectivo deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Descripción de aquellos elementos indispensables para lograr identificar en forma adecuada el bien ofrecido en donación.
- b) En el caso de personas físicas, aportar copia certificada de la cédula de identidad, mientras que en las personas jurídicas la respectiva certificación de personería.
- c) Cuando la realización de la donación requiera la existencia de un acuerdo firme de un órgano colegiado, deberá aportarse la certificación del respectivo acuerdo.
- d) Señalamiento de medio o lugar para atender notificaciones.

Artículo 11. —**De la presentación del ofrecimiento de donación.** Los ofrecimientos para efectuar donaciones a favor de la CCSS podrán presentarse ante cualquier dependencia de la institución. Recibido el ofrecimiento, deberá ser remitido al Administrador del órgano con la competencia para resolver la respectiva gestión de donación conforme lo establecido en el capítulo 1 del presente reglamento, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir del día siguiente a la entrega del ofrecimiento.

Artículo 12. —**De la valoración inicial del ofrecimiento de donación.** Recibido el ofrecimiento de donación por parte del Administrador, el mismo deberá proceder en el plazo máximo de tres días hábiles a partir de su recepción, a la conformación del expediente y a la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos en el artículo 11 del presente reglamento. De existir alguna omisión en la solicitud relativa a la capacidad del donante, su representante o bien la descripción del bien no resulte suficiente para poder identificar el mismo, siendo imposible subsanar dichos elementos mediante la evacuación de evidencias por la propia Administración, se concederá al donante el plazo de cinco días para que proceda a la subsanación respectiva, aportando los documentos necesarios. A solicitud del donante, dicho plazo podrá prorrogarse por un máximo de tres días hábiles, tomando en consideración la complejidad de los documentos requeridos.

Vencido el plazo conferido al donante para la subsanación de la gestión, sin que se cumpla con lo solicitado, se procederá al archivo de la gestión de donación. El archivo del ofrecimiento de donación no implicará el rechazo de la misma, puesto que en el momento que el donante cumpla con lo solicitado por la Administración, se continuará con el procedimiento aquí regulado.

Artículo 13. —**De la evacuación de criterios técnicos.** Subsanao cualquier defecto del ofrecimiento de donación, en caso de ser procedente la presentación de la recomendación técnica, el Administrador solicitará la misma según la naturaleza del bien sujeto a donación, por parte del órgano competente institucional según la naturaleza del bien. El informe con la recomendación técnica respectiva deberá ser presentado dentro los siguientes 45 días.

Artículo 14. —**Pronunciamiento en cuanto a la aprobación de la donación.** Recibidos los criterios técnicos cuando resulten procedentes, se remitirá el expediente para la respectiva decisión final, al órgano competente según la cuantía de la donación, en los términos definidos en el capítulo 1 del presente reglamento, mismo que deberá pronunciarse en el plazo máximo de cinco días hábiles a partir del traslado del expediente.

(...)

Artículo 16. —**De la recepción del bien donado.** El órgano que desarrolló el procedimiento de donación recibirá el bien donado, salvo en el caso específico de dinero, títulos valores u otros de igual o similar naturaleza, cuya recepción corresponderá al Gerente de la División Financiera.

Al momento de recibir el bien, la unidad respectiva deberá verificar que corresponda a las características del bien ofrecido en donación. En caso contrario, no se podrá recibir el bien y deberá informar al órgano que aprobó la donación para lo que corresponda.

Igualmente, deberá proceder inmediatamente a hacer las gestiones necesarias, y según las disposiciones que resulten aplicables, para registrar dichos bienes a nombre de la institución.

Artículo 17. —**Disposiciones supletorias.** En caso de omisión de las disposiciones del

presente reglamento, se aplicará en forma supletoria el Código Civil, y otras disposiciones que resulten aplicables, en tanto no resulte contrario a normas y principios del Derecho Administrativo.

Artículo 18. —**Derogatorias.** Las reglamentaciones pre-existentes, quedan derogadas en lo que se opongan al presente Reglamento.

Transitorio I. —Las diferentes dependencias institucionales cuentan con un plazo de seis meses, contados a partir de la vigencia de este reglamento, para registrar los bienes que hubiesen sido donados a favor de la institución, según la normativa que rige la materia”.

San José, 12 de febrero del 2007. —Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva. —1 vez. —C-100450. — (12741).

Anexo 10. Comités Locales de Farmacoterapia.

COMITÉS LOCALES DE FARMACOTERAPIA

El Comité Local de Farmacoterapia es un ente técnico conformado por diversos especialistas que fungen como instancia técnica de enlace entre el personal médico de la unidad, servicio de farmacia, Comité Central de Farmacoterapia (CCF), Dirección de Farmacoepidemiología (DFE), Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (AMTC) y Área de Fármaco-Economía y Estudios de Utilización de Medicamentos (AFEC-EUM).

El CLF está conformado por profesionales en ciencias de la salud (Medicina, Farmacia, Enfermería), nombrados por la Dirección Médica de cada centro (hospital o Área de Salud), y su estructura debe ser concordante con el nivel de complejidad de la atención ofrecido en cada unidad.

La Dirección Médica y otras autoridades deben brindar los insumos necesarios para el cumplimiento de las funciones asignadas a los CLF tales como un espacio adecuado para la reunión, el apoyo secretarial, equipo de cómputo, tiempo necesario de los integrantes del CLF.

FUNCIONES:

Entre las funciones que le corresponde realizar al CLF se incluyen:

1. Realizar sesiones periódicas, como mínimo 2 veces al mes, con un quórum de la mitad más uno de los miembros, para atender los asuntos de su competencia, en cada una de ellas deben realizar un acta que haga constar las actividades realizadas, así como los presentes en cada sesión, con las firmas respectivas.
2. Velar porque la unidad cuente con una selección local apropiada de medicamentos, acorde con las características de morbilidad local y la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), con base en una evaluación objetiva de la eficacia, seguridad.
3. Promover a nivel local el uso racional de medicamentos, bajo el binomio diagnóstico-tratamiento y potencializando la relación beneficio-riesgo a favor de los pacientes.
4. Colaborar con el CCF en la vigilancia del cumplimiento a nivel local de la normativa y lineamientos Institucionales para la utilización de los medicamentos LOM.
5. Evaluar a nivel local el uso clínico de los medicamentos incluidos en la LOM, mediante la realización de los estudios de utilización de medicamentos.
6. Asesorar a los profesionales de la salud de la unidad, sobre los diferentes aspectos relativos al uso de los medicamentos.
7. Facilitar el proceso de educación permanente sobre el tema de medicamentos y farmacoterapia a nivel local, con la coordinación y realización de actividades educativas.
8. Asegurar el proceso de información permanente a los profesionales de la salud que laboran en la unidad, para facilitar el cumplimiento de la legislación, normativas recomendaciones oficiales de organismos internacionales de referencia para el uso adecuado y seguro de los medicamentos.
9. Apoyar y asesorar al prescriptor en la presentación de solicitudes para atender la necesidad excepcional de medicamentos no LOM, para asegurar el aporte de toda la información solicitada en los formularios establecidos.
10. Recibir las solicitudes de tratamiento **AGUDO Y CRÓNICO** con medicamentos no LOM, para su análisis y emisión de un criterio del consenso local, en concordancia con

- fundamentos científicos válidos e información de alta calidad. Si procede, se remitirá la solicitud al CCF o AMTC para su resolución.
11. Asegurar que toda solicitud de medicamentos no LOM cuente con la respectiva verificación presupuestaria, de previo a su análisis local y remisión al nivel central.
 12. Conocer y aplicar los lineamientos para medicamentos no LOM acreditados para gestión local por el CLF, en aquellas unidades específicamente designadas por el CCF para este plan.
 13. Resolver solicitudes de medicamentos no LOM, por delegación expresa del CCF:
 - a. **Continuaciones de tratamiento crónico:** A solicitud del prescriptor, recibir, analizar y resolver las solicitudes de continuación de tratamiento crónico con *medicamentos no LOM* previamente autorizados por el CCF, **previa verificación del cumplimiento de los aspectos administrativos y presupuestarios vigentes**, según las justificaciones científicas pertinentes, los lineamientos establecidos por el CCF y el informe semestral sobre el beneficio obtenido.
 - b. **Medicamentos acreditados para uso crónico o por tiempo definido:** A solicitud del prescriptor, el CLF debe recibir, evaluar y resolver las solicitudes de medicamentos no LOM ACREDITADOS para uso crónico o por un plazo definido, como caso nuevo o para la continuación del tratamiento, según los lineamientos de la acreditación vigente.
 - c. **Medicamentos acreditados para uso agudo:** A solicitud del prescriptor, el Coordinador Médico del CLF o el delegado de la Dirección Médica, deberá recibir, evaluar y resolver las solicitudes de medicamentos no LOM ACREDITADOS para uso agudo según los lineamientos de la acreditación vigente y reportar los casos autorizados al CLF.
 14. Llevar un registro en una base de datos, con todos los casos de solicitudes de medicamentos no LOM, seguimientos y asuntos atendidos en el CLF, para emitir los informes respectivos; en donde se incluyan los siguientes ítems: identificación del paciente, edad, sexo, diagnóstico, medicamento aprobado o no aprobado.
 15. Recibir los acuerdos emitidos por el CCF relacionados con las solicitudes de medicamentos no LOM y gestionar lo procedente (la farmacia local recibe copia del acuerdo para proceder, con el fin de despachar oportunamente el medicamento al paciente).
 16. Informar al médico prescriptor sobre la resolución final emitida por el CCF, o el CLF si procede, de la petición de medicamentos no LOM.
 17. Recibir las circulares y comunicaciones del CCF, AMTC, AFEC-EUM y DFE, y asegurar la comunicación a los profesionales en salud de la unidad.
 18. Emitir sugerencias o recomendaciones al CCF sobre temas relacionados con la Política Institucional de Medicamentos y su implementación.
 19. Contar con procesos que aseguren la confidencialidad de los datos personales de los pacientes.
 20. Emitir los informes correspondientes al CCF, atendiendo los intervalos semestrales o anuales según normativa LOM vigente.
 21. Recibir solicitudes de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos a la LOM mediante el formulario establecido en la Normativa LOM y remitir al CCF para su análisis y resolución.
 22. Devolver las solicitudes que no cumplan con los requisitos científico-técnicos, administrativos y legales vigentes.
 23. Fomentar la participación activa de todos los funcionarios en los programas de FARMACOVIGILANCIA (*notificación de sospecha de reacciones adversas, de falla terapéutica, de errores de medicación, de falla farmacéutica*), según los lineamientos

del Centro Nacional de Farmacovigilancia y los Procesos y Flujogramas Institucionales (Gerencia Médica N°11.591-8, 11 de octubre del 2012).

24. Las solicitudes enviadas al CLF deben ser enviadas en forma digital, con las firmas correspondientes. El CLF las analizará y aquellas que considere que deben ser elevadas al CCF deberán ir en forma digital para ser valoradas.

CONSTITUCIÓN:

A nivel internacional, se recomienda que el Director Médico sea el coordinador del CLF; por cuanto, es la fuente principal de autoridad para asegurar la calidad de la atención y el Jefe de Farmacia el responsable de la Secretaría Técnica.

Los delegados deben cumplir con los mismos atestados del que representa (incluyendo la especialidad), según se detalla a continuación:

I. HOSPITALES NACIONALES:

- **Director (a) médico o su delegado**
- Jefatura de Farmacia o su delegado
- Representante de la Sección de Medicina o su delegado
- Representante de la Especialidad en Oncología Médica
- Jefatura de Enfermería o su delegado

II. HOSPITALES REGIONALES Y PERIFÉRICOS:

- **Director (a) médico o su delegado**
- Jefatura de Farmacia o su delegado
- Representantes de los diferentes servicios generales o especializados, o sus delegados.
- Jefatura de Enfermería o su delegado

III. ÁREAS DE SALUD:

- **Director (a) médico o su delegado**
- Director (a) de Farmacia o su delegado
- Representante de Medicina General
- Representante de la especialidad de Medicina
- Jefatura de Enfermería o su delegado

Anexo 11. Consentimiento informado para uso compasivo de un medicamento en la CCSS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO COMPASIVO DE UN MEDICAMENTO EN LA CCSS.

Yo, (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)....., cédula, atendido en el.....(CENTRO MÉDICO), con domicilio en (ANOTAR LA DIRECCIÓN Y TELÉFONO).....
declaro que he recibido y comprendido información suficiente sobre mi condición de salud y las posibilidades de tratamiento; dadas las características de la enfermedad que padezco, el médico en la CCSS me explica que en la actualidad no se dispone de medicamentos con indicación oficial para mi tratamiento.

He hablado con el médico Dr..... (ANOTAR EL NOMBRE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR), quien me indica que tengo una alta probabilidad de que con el medicamento (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)..... pueda obtener el siguiente beneficio, además de que puedan ocurrirme los siguientes efectos adversos.....

Comprendo que dadas las características de la enfermedad que padezco, el poder usar el medicamento propuesto bajo prescripción médica en la CCSS es un acto voluntario; además, he podido hacer todas las preguntas sobre el tratamiento que he considerado pertinentes.

Doy libremente mi consentimiento para ser tratado con el medicamento, bajo control médico en el Servicio de, y en apoyo de la expectativa de beneficio que propone el prescriptor, eximo de cualquier responsabilidad a la CCSS que va adquirir el medicamento para mi tratamiento.

Firma del paciente.....

Testigo (nombre y N° cédula).....Firma _____

EN CASO DE PACIENTE MENOR DE EDAD O INCAPAZ, EL CONSENTIMIENTO SERÁ SUSCRITO POR EL RESPONSABLE LEGAL Y DEBE ANOTAR LA RELACIÓN EXISTENTE: PADRE, MADRE, TUTOR, ETC.

Nombre y apellidos

N° de cédula Relación con el paciente.....

Doy mi conformidad para que (NOMBRE DEL PACIENTE) reciba el tratamiento con (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

Fecha.....Firma del representante_____

Testigo.....Firma del Testigo_____

Anexo 12. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Nombre del centro de salud
Servicio de Farmacia

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE
DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN
PERIODO MAYOR A UN MES**

Quien suscribe, _____
número de documento de identidad _____ en mi calidad de
() Persona paciente () Representante legal del paciente: _____

DECLARO LO SIGUIENTE:

Primero: Que por motivo de (Marque con una x la opción que corresponda):

() Viaje fuera del país por un tiempo de _____ (máximo 3 meses)
Fecha de salida del país: _____ Fecha de regreso al país _____
(día/mes/año) (día/mes/año)

() Viaje dentro del territorio nacional por un tiempo de _____ (máximo 3 meses)
Justifique: _____

() Otro. Justifique: _____

Segundo: Que, por lo anterior, requiero que el Servicio de Farmacia de mi centro de adscripción, me autorice el adelanto y despacho excepcional de mis recetas por un periodo de _____ mes(es) (máximo 3 meses).

Tercero: Que la información con la que completo este formulario de solicitud es verdadera y comprobable.

Realizo esta solicitud y firmo al ser las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____, en _____
(centro de salud al que se encuentra adscrito).

Nombre de la persona paciente o representante legal	Firma	No. documento de identidad
---	-------	----------------------------

Anexo 13. Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Nombre del centro de salud

Servicio de Farmacia

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN PERIODO MAYOR A UN MES

Quien suscribe, _____,
número de documento de identidad _____, en mi calidad
de () Persona paciente () Representante legal del
paciente: _____, dejo constancia de que, tras mi
solicitud, el Servicio de Farmacia de mi centro de salud autorizó en forma excepcional el
despacho adelantado de recetas por un periodo mayor a un mes, por lo que retiré los
siguientes medicamentos, con las siguientes dosis y cantidades correspondientes a
_____mes(es) (*máximo 3 meses*):

Medicamento	Dosis	Cantidad	Fecha de vencimiento

Soy consciente sobre mi responsabilidad con el uso de estos medicamentos y la necesidad del seguimiento y control médico. De esta forma exoneró a la CCSS de cualquier responsabilidad por cualquier situación que pueda generarse por su manejo.

Nombre de la persona paciente o quien retira	Firma	No. documento de identidad
Nombre del funcionario del Servicio de Farmacia que entrega	Firma	Fecha de entrega

Anexo 14. Clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC)

A. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

A02 FARMACOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ACIDEZ

A02A	Antiácidos		
	A	Compuestos conteniendo magnesio	
		04	Hidróxido de magnesio
	B	Compuestos conteniendo aluminio	
		01	Hidróxido de aluminio
		10	Combinaciones

A02B Drogas para el Tratamiento de la úlcera péptica y reflujo gastroesofágico

A	Antagonistas de los receptores H ₂		
	01		Cimetidina
	02		Ranitidina
	03		Famotidina
C	Inhibidores de la Bomba de Protones		
	01		Omeprazol
	02		Pantoprazol
	03		Lanzoprazol
	05		Esomeprazol

A03 DROGAS PARA TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

A03B	Belladona y Derivados, puros		
	A	Alcaloides de Belladona	
		01	Atropina
	B	01	Butilescopolamina

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02-112020

A03F	Propulsivos		
	A	Propulsivos	
		01	Metoclopramida

A04 ANTIEMÉTICOS Y ANTINAUSEOSOS

A04A	Antieméticos y antinauseosos		
	A	Antagonistas de serotonina (5HT ₃)	
		02	Granisetron
		03	Tropisetron
	D	Otros antieméticos	
		12	Aprepitant

A05 TERAPIA BILIS E HÍGADO

A05A	PREPARACIONES ÁCIDO BILIAR		
	A	Preparaciones ácido biliar	
		02	Ácido ursodeoxicólico

A06 LAXANTES

A06A

Laxantes

B

Laxantes por contacto

02

Bisacodilo

05

Aceite de castor (ricino)

58

Picosulfato de sodio,
combinaciones

C

Incrementadores del Bolo Intestinal

01

Ispagula (semilla de psilla)

D

Laxantes actúan osmóticamente

11

Lactulosa

X

Otros laxantes

01

Glicerol (supositorios)

A07 AGENTES ANTIDIARREICOS, ANTINFLAMATORIOS INTESTINALES Y ANTIINFECCIOSOS

A07A

Antiinfecciosos intestinales

A

Antibióticos

01

Neomicina

02

Nistatina

A07B

Absorbentes intestinales

B

Preparaciones de bismuto

A07C

Electrolitos con carbohidratos

A

Fórmulas de sales para rehidratación oral

A07D

Antipropulsivos

A

Antipropulsivos

03

Loperamida

A07E

Agentes antiinflamatorios intestinales

C

Ácido aminosalicílico y Agentes similares

01

Sulfasalazina

02

Mesalazina

A09 DIGESTIVAS, INCLUYENDO ENZIMAS

A09A

Digestivas, incluyendo enzimas

A

Preparaciones enzimas

02

Multienzimas (lipasa, proteasa,
etc)

A10 DROGAS USADAS EN DIABETES (TERAPIA HIPOGLICEMIANTE)

A10A

Insulinas

B

Insulinas y análogos para inyección, acción rápida

01

Insulina de acción rápida
(humana)

	C	Insulinas y análogos para inyección, acción intermedia	01	Insulina de acción intermedia (humana)
	D	Insulinas y análogos inyectables, de acción intermedia o prolongada combinadas con acción rápida	04	Insulina lispro
	E	Insulinas y análogos inyectables de acción prolongada.	04	Insulina glargina
A10B		Hipoglicemiantes, excl. insulina		
	A	Biguanidas	02	Metformina
	B	Derivados de urea y sulfonamidas	01	Glibenclamida
			09	Glicazida
A11 VITAMINAS				
A11C		Vitamina A y D, incl. combinaciones de ambas		
	A	Vitamina A sin combinar	01	Retinol (Vitamina A)
	C	Vitamina D y análogos	03	Alfacalcidol
			04	Calcitriol
			05	Colecalciferol (Vitamina D3)
A11D		Vitamina B1 SOLA y en combinación con vitamina B6 y B12.		
	A	Vitamina B1 sin combinar	01	Tiamina
A11G		Ácido ascórbico (Vitamina C) incl. combinaciones		
	A	Ácido ascórbico (Vitamina C) sin combinar	01	Ácido ascórbico
A11H		Otras preparaciones de vitaminas sin combinar		
	A	Otras combinaciones de vitaminas sin combinar	02	Piridoxina (Vitamina B6)
			04	Riboflavina
A12 SUPLEMENTOS MINERALES				
A12A		Calcio		
	A	Calcio	03	Gluconato de calcio
			04	Carbonato de calcio
A12B		Potasio		
	A	Potasio	01	Cloruro de potasio
			05	Gluconato de potasio
A12C		Otros suplementos minerales		

	A	Sodio	
		01	Cloruro de sodio
	C	Magnesio	
		02	Sulfato de magnesio
A14	AGENTES ANABOLIZANTES PARA USO SISTÉMICO		
A14A	Esteroides anabólicos		
	A	Derivados androgénicos	
		05	Oximetolona
A16	OTROS PRODUCTOS DEL APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO		
A16A	Otros productos del aparato digestivo y metabolismo		
	A	Aminoácidos y derivados	
		01	Levocarnitina
B	SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS		
B01	AGENTES ANTITROMBÓTICOS		
B01A	Agentes Antitrombóticos		
	A	Antagonistas de vitamina K	
		03	Warfarina sódica
	B	Grupo heparino	
		01	Heparina
		05	Enoxaparina
	C	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluida la heparina	
		04	Clopidogrel
		06	Ácido acetilsalicílico
		17	Tirofibán
	D	Enzimas	
		01	Estreptoquinasa
B02	ANTIHEMORRÁGICOS		
B02A	Antifibrinolíticos		
	A	Aminoácidos	
		01	Ácido aminocaproico
B02B	Vitamina K y otros hemostáticos		
	A	Vitamina K	
		01	Fitomenadiona
	C	Hemostásico local	
		01	Gelatina absorbible
	D	Factores de la coagulación sanguínea	
		02	Factor VIII de la coagulación
		03	Complejo coagulante anti-inhibidor del Factor VIII.
		04	Factor IX de la coagulación
		05	Factor VII de la coagulación

B03 ANTIANÉMICOS

B03A

Preparaciones de hierro

- | | | | |
|----------|---|-----------|---|
| A | Preparaciones orales de hierro bivalente | 02 | Hierro fumarato |
| B | Preparaciones orales de hierro trivalente | 04 | Hidróxido férrico |
| C | Preparaciones parenterales de hierro trivalente | 03 | Hierro- sorbitol- ácido cítrico, complejo |
| | | 06 | Hierro dextrano – óxido férrico, complejo |

B03B

Vitamina B12 y Ácido fólico

- | | | | |
|----------|---|-----------|-----------------|
| A | Vitamina B12 (cianocobalamina y análogos) | 01 | Cianocobalamina |
| B | Ácido fólico y derivados | 01 | Ácido fólico |

B03X

Otras preparaciones antianémicas

- | | | | |
|----------|----------------------------------|-----------|----------|
| A | Otras preparaciones antianémicas | 01 | Epoetina |
|----------|----------------------------------|-----------|----------|

B05 SUSTITUTOS DE LA SANGRE Y SOLUCIONES DE PERFUSIÓN

B05A

Sangre y productos relacionados

- | | | | |
|----------|--|-----------|----------|
| A | Sustitutos de la sangre y fracciones proteína plasma | 01 | Albúmina |
| | | 05 | Dextrán |

B05B

Soluciones IV.

- | | | | |
|----------|---|-----------|--------------------------------|
| A | Soluciones para nutrición parenteral | 01 | Aminoácidos |
| | | 02 | Emulsión de lípidos |
| | | 03 | Carbohidratos |
| B | Soluciones que afectan el balance electrolítico | 01 | Electrolitos |
| | | 02 | Electrolitos con carbohidratos |
| C | Soluciones que producen diuresis osmótica | 01 | Manitol |

B05C

Soluciones para irrigación

- | | | | |
|----------|----------------------------------|-----------|------------------------------|
| X | Otras soluciones para irrigación | 03 | Ácido aminoacético (glicina) |
|----------|----------------------------------|-----------|------------------------------|

B05D

Diálisis peritoneal

- | | |
|----------|-----------------------|
| A | Soluciones isotónicas |
|----------|-----------------------|

	B	Soluciones hipertónicas	
B05X		Aditivos a soluciones intravenosas	
	A	Soluciones electrolíticas	
		01	Cloruro de potasio
		02	Bicarbonato de sodio
		03	Cloruro de sodio
		05	Sulfato de magnesio
		06	Fórmula fosfatos, incluye combinaciones con otras sales de potasio
		16	Soluciones cardioplégicas
		30	Solución de electrolitos
		31	Electrolitos en combinación con otros fármacos
	C	Vitaminas	
B05Z		Hemodiálisis y hemofiltrados	
	B	Hemofiltrados	
B06		OTROS AGENTES HEMATOLÓGICOS	
B06A		Otros agentes hematológicos	
	A	Enzimas	
		03	Hialuronidasa
C		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
C01		TERAPIA CARDIACA	
C01A		Glicósidos cardíacos	
	A	Glicósidos digitálicos	
		05	Digoxina
C01B		Antiarrítmicos Clase I y III	
	A	Antiarrítmicos Clase IA	
	B	Antiarrítmicos Clase IB	
		01	Lidocaína
	D	Antiarrítmicos Clase III	
		01	Amiodarona
C01C		Estimulantes cardiacos, excluido glicósidos cardiacos	
	A	Agentes adrenérgicos y dopaminérgicos	
		03	Norepinefrina
		04	Dopamina
		06	Fenilefrina
		07	Dobutamina
		24	Epinefrina
C01D		Vasodilatadores usados en enfermedades cardiacas	
	A	Nitratos orgánicos	
		02	Glicerilo trinitrato
		08	Isosorbide dinitrato

C01E	Otras preparaciones cardiacas		
A	Prostaglandinas	01	Alprostadil
B	Otras preparaciones cardiacas	03	Indometacina
		10	Adenosina
C02	ANTIHIPERTENSIVOS		
C02A	Agentes antiadrenérgicos de acción central		
B	Metildopa	01	Metildopa (levorrotatoria)
C02D	Agentes que actúan sobre el músculo liso arteriolar		
B	Derivados de hidrazinofalazina	02	Hidralazina
D	Derivados de nitroferricianida	01	Nitroprusiato de sodio
C03	DIURÉTICOS		
C03A	Diuréticos de techo bajo, Tiazidas		
A	Tiazidas puras	03	Hidroclorotiazida
C03C	Diuréticos de techo alto		
A	Sulfonamidas puras	01	Furosemida
C03D	Agentes ahorradores de potasio		
A	Antagonista de aldosterona	01	Espironolactona
C05	VASOPROTECTIVOS		
C05A	Agentes para tratamiento de hemorroides y fisuras anales, para uso tópico.		
X	Otros agentes para tratamiento hemorroides y fisuras anales, para uso tópico	03	Otras preparaciones, combinaciones (Preparación Antihemorroidal: fórmula: costicosteroide+anestésico local, con o sin astringente).
C05B	Terapia antivariocosa		
B	Agentes esclerosantes para inyección local	04	Tetradecil sulfato de sodio (solución esclerosante)
C07	AGENTES BETABLOQUEADORES		
C07A	Agentes bloqueadores		

	A	Agentes betabloqueadores no selectivos	05	Propranolol
	B	Agentes betabloqueadores selectivos	03	Atenolol
	G	Agentes alfa y betabloqueadores	02	Carvedilol
C08	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO			
C08C	Bloqueadores selectivos de los canales de calcio con efectos vasculares principalmente			
	A	Derivados de dihidropiridina	01	Amlodipino
			06	Nimodipino
C08D	Bloqueadores selectivos de los canales de calcio con efectos cardiacos directos			
	A	Derivados de la fenilalquilamina	01	Verapamilo
C09	AGENTES QUE ACTUAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA			
C09A	Inhibidores de la enzima angiotensina-convertasa, sin combinar			
	A	Inhibidores de la enzima angiotensina-convertasa, sin combinar	02	Enalapril
C09C	Antagonistas de angiotensina II, sin combinar			
	A	Antagonistas de angiotensina II, sin combinar	04	Irbesartán
C09D	Bloqueadores de receptores de angiotensina II (BRA), combinaciones			
	X	Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA), otras combinaciones	04	Valsartán y sacubitrilo
C10	AGENTES MODIFICADORES DE LÍPIDOS			
C10A	Agentes modificadores de lípidos, sin combinar			
	A	Inhibidores de la HMG-CoA reductasa	02	Lovastatina
			07	Rosuvastatina
	B	Fibratos	04	Gemfibrozil
			05	Fenofibrato
	C	Secuestradores de ácidos biliares	01	Colestiramina

D DERMATOLÓGICOS

D01	ANTIMICÓTICOS DE USO DERMATOLÓGICO		
D01A	Antimicóticos para uso tópico		
	C	Derivados de imidazol	
		02	Miconazol
		07	Tioconazol
		10	Bifonazol
	E	Otros antifúngicos para uso tópico	
		12	Ácido salicílico
D01B	Antimicóticos para uso sistémico		
	A	Antibióticos	
		01	Griseofulvina
D02	EMOLIENTES Y PROTECTORES		
D02A	Emolientes y protectores		
	B	Productos conteniendo zinc	
D04	ANTIPRURÍTICOS, INCL, ANTIHISTAMÍNICOS, ANESTÉSICOS, ETC		
D04A	Antipruríticos, incl. antihistamínicos, anestésicos, etc		
	B	Anestésicos para uso tópico	
		01	Lidocaína
D05	ANTIPSORIÁSICOS		
D05B	Antipsoriásicos para uso sistémico		
	A	Psoralenos para uso sistémico	
		01	Triosixaleno sistémico
		02	Metoxaleno
	B	Retinoides para tratamiento de psoriasis	
		02	Acitretina
D06	ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERAPÉUTICOS PARA USO DERMATOLÓGICO		
D06A	Antibióticos para uso tópico		
	X	Otros antibióticos para uso tópico	
		01	Ácido fusídico
D06B	Quimioterapéuticos para uso tópico		
	A	Sulfonamidas	
		01	Sulfadiazina plata
D07	CORTICOSTEROIDES, PREPARACIONES DERMATOLÓGICAS		
D07A	Corticosteroides, sin combinar		
	A	Corticosteroides, débil (grupo I)	
		02	Hidrocortisona
	C	Corticosteroides potentes (grupo III)	
		01	Betametasona
D08	ANTIPSÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
D08A	Antipsépticos y desinfectantes		

	B	Agentes de aluminio	
	C	Biguanidas y amidinas	
		02	Clorhexidina
	E	Fenol y derivados	
		02	Policresuleno
	G	Productos yodados	
		02	Yodo povidone
	X	Otros antisépticos y desinfectantes	
		01	Peróxido de hidrógeno
D10	PREPARACIONES ANTI ACNÉ		
D10B	Preparaciones anti acné para uso sistémico		
	A	Retinoides para el tratamiento del acné	
		01	Isotretinoína
D11	OTRAS PREPARACIONES DERMATOLÓGICAS		
D11A	Otras preparaciones dermatológicas		
	H	Agentes para la dermatitis, excluidos los corticosteroides	
		02	Pimecrolimus
G	SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES		
G01	ANTIINFECCIOSOS Y ANTISEPTICOS GENITOURINARIOS		
G01A	Antiinfecciosos y antisépticos, excluye combinaciones con corticosteroides.		
	F	Derivados de imidazoles	
		04	Miconazol
		08	Tioconazol
	X	Otros antiinfecciosos y antisépticos	
		03	Policresuleno
G02	OTROS GINECOLÓGICOS		
G02A	Oxitócicos		
	B	Alcaloides de la érgota	
		01	Metilergometrina
		02	Alcaloides de la érgota
	D	Prostaglandinas	
		02	Dinoprostona
G02B	Contraceptivos para uso tópico		
	A	Contraceptivos intrauterinos	
		02	D.I.U. plástico con cobre
G02C	Otros ginecológicos		
	B	Inhibidores de la prolactina	
		01	Bromocriptina

		03	Cabergolina
G03	HORMONAS SEXUALES Y REGULADORES DEL SISTEMA GENITAL		
G03A	Contraceptivos hormonales para uso sistémico		
	A	Progestágenos y estrógenos, combinación fija	
		06	Norgestrel y estrógeno
		07	Levonorgestrel y estrógeno
		08	Etonogestrel
	B	Progestágenos y estrógenos, preparaciones secuenciales	
		03	Levonorgestrel y estrógeno
	C	Progestágenos	
		03	Levonorgestrel
		06	Medroxiprogesterona
G03B	Andrógenos		
	A	Derivados del 3-oxoandrosterona (4)	
		03	Testosterona
G03C	Estrógenos		
	A	Estrógenos naturales y semisintéticos, sin combinar	
		03	Estradiol
		57	Estrógenos conjugados
G03D	Progestágenos		
	A	Derivados del pregneno(4)	
		02	Medroxiprogesterona
		04	Progesterona
	B	Derivados del pregnadieno	
		08	Dienogest
G03F	Progestágenos y estrógenos en combinación		
	A	Progestágenos y estrógenos combinaciones fijas	
		10	Norgestrel y estrógenos
	B	Progestágenos y estrógenos, preparaciones secuenciales	
		09	Levonorgestrel y estrógenos
G03G	Gonadotropinas y otros estimulantes de ovulación		
	A	Gonadotropinas	
		01	Gonadotrofina coriónica
		02	Gonadotrofina menopáusica
		08	Coriogonadotropina alfa
	B	Estimulantes de la ovulación sintéticos	
		02	Clomifeno
G03X	Otras hormonas sexuales y reguladores del sistema genital		
	A	Antigonadotropinas	

			01	Danazol
G04	UROLÓGICOS			
	G04B	Urológicos		
		D	Fármacos para frecuencia urinaria e incontinencia	
			04	Oxibutinina
		E	Urológico	
			03	Sildenafil
		X	Otros urológicos	
	G04C	Fármacos utilizados en hiperplasia prostática benigna	06	Fenazopiridina
		A	Antagonista adrenoreceptor alfa	
			01	Alfuzosina
H	SISTEMA DE PREPARACIONES HORMONALES, EXCL. HORMONAS SEXUALES E INSULINAS			
	H01	HORMONAS PITUITARIA, HIPOTALÁMICAS Y ANÁLOGOS		
		H01A	Hormonas del Lóbulo anterior pituitaria y análogos	
		C	Somatropina y análogos	
			01	Somatropina
		H01B	Hormonas de Lóbulo posterior pituitaria	
		A	Vasopresina y análogos	
			02	Diamino diarginina vasopresina acetato (desmopresina)
		B	Oxitocina y derivados	
			02	Oxitocina
		H01C	Hormonas hipotalámicas	
		B	Hormona anticrecimiento	
			02	Octreótida
	H02	CORTICOIDES DE USO SISTÉMICO		
		H02A	Corticosteroide para uso sistémico, sin combinar	
		A	Mineralocorticoides	
			02	Fludrocortisona
		B	Glucocorticoides	
			01	Betametasona
			02	Dexametasona
			04	Metilprednisolona
			06	Prednisolona
			08	Triancinolona
			09	Hidrocortisona
	H03	TERAPIA DE LA TIROIDES		
		H03A	Preparaciones tiroideas	
		A	Hormonas tiroideas	
			01	Levotiroxina de sodio
			02	Liotironina de sodio

H03B	Preparaciones antitiroideas		
	A	Tiouracilos	
		02	Propiluracilo
H03C	Terapia con yodo		
	A	Terapia con yodo	
		01	Solución de yodo fuerte (Lugol)
H05	HOMEOSTASIS DEL CALCIO		
	H05B	Agentes antiparatiroideos	
		X	Otros agentes antiparatiroideos
		02	Paricalcitol
J	ANTIINFECCIOSOS GENERALES PARA USO SISTÉMICO		
	J01	ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO	
		J01A	Tetraciclinas
			A
			Tetraciclina
			02
			Doxiciclina
		J01C	Antibacterianos beta-lactámicos, penicilinas
			A
			Penicilinas de amplio espectro
			01
			Ampicilinas
			04
			Amoxicilina
			E
			Penicilinas sensibles a la beta-lactamasa
			01
			Bencilpenicilina
			08
			Benzatínica bencilpenicilina
			F
			Penicilinas resistentes a la beta-lactamasa
			04
			Oxacilina
			R
			Combinaciones de penicilina, incluyendo inhibidores de beta-lactamasa
			05
			Piperacilina e inhibidor de beta lactamasa
		J01D	Otros antibacterianos beta-lactámicos
			B
			Cefalosporinas de primera generación
			01
			Cefalexina
			03
			Cefalotina
			D
			Cefalosporinas de tercera generación
			01
			Cefotaxima
			02
			Ceftazidima
			04
			Ceftriaxona
			H
			Carbapenemos
			02
			Meropenem
			03
			Ertapenem
			51
			Imipenem+ cilastina
		J01E	Sulfonamidas y trimetoprima
			C
			Sulfonamidas de acción intermedia
			02
			Sulfadiazina

	E	Combinaciones de sulfonamidas y trimetoprim, incl. derivados	
		01	Sulfametoxazol y trimetoprima
J01F	Macrólidos y lincosamidas		
	A	Macrólidos	
		02	Espiramicina
		09	Claritromicina
	F	Lincosamidas	
		01	Clindamicina
J01G	Antibacterianos aminoglucósidos		
	B	Otros aminoglucósidos	
		03	Gentamicina
		05	Neomicina
		06	Amikacina
J01M	Quinolonas, antibacterianos		
	A	Fluoroquinolonas	
		02	Ciprofloxacino
		12	Levofloxacino
J01X	Otros antibacterianos		
	A	Antibacterianos glicopéptidos	
		01	Vancomicina
	D	Derivados de imidazol	
		01	Metronidazol
	E	Derivados de nitrofurano	
		01	Nitrofurantoína
		Otros antibacterianos	
	X	08	Linezolid
J02	ANTIMICÓTICOS PARA USO SISTÉMICO		
J02A	Antimicóticos para uso sistémico		
	A	Antibióticos	
		01	Amfotericina
	B	Derivados del imidazol	
		02	Ketoconazol
	C	Derivados de triazol	
		01	Fluconazol
		02	Itraconazol
		03	Voriconazol
	X	Otros antimicóticos para uso sistémico	
		04	Caspofungina
		06	Anidulafungina

J04 ANTIMICOBACTERIANOS

J04A

Drogas para el tratamiento de la tuberculosis

B	Antibióticos	
	01	Cicloserina
	02	Rifampicina
C	Hidrazidas	
	01	Isoniazida
	51	Isoniazida, combinaciones
D	Derivados de tiocarbamida	
	03	Etionamida
K	Otras drogas usadas para el tratamiento de la tuberculosis	
	01	Pirazinamida
	02	Etambutol
	05	Bedaquilina
	08	Pretomanid

J04B

Drogas para el tratamiento de la lepra

A	Drogas para el tratamiento de la lepra	
	01	Clofazimina
	02	Dapsona

J05 ANTIVÍRICOS PARA USO SISTÉMICO

J05A

Agentes que afectan directamente al virus

B	Nucleósidos y nucleóticos excl. Inh transcript reversa	
	01	Aciclovir
	06	Ganciclovir
	14	Valganciclovir
E	Inhibidores de proteasa	
	03	Ritonavir
	10	Darunavir
F	Inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos y nucleótidos	
	01	Zidovudina
	05	Lamivudina
	06	Abacavir
	07	Tenofovir disoproxil
	13	Tenofovir alafenamida
G	Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos	
	03	Efavirenz
P	Antivirales para el tratamiento infecciones virus Hepatitis C	
	55	Sofosbuvir y velpatasvir

	R	Antivirales para tratamiento de infecciones VIH, combinaciones		
		02		Lamivudina y abacavir
		03		Tenofovir disoproxil y emtricitabina
		06		Emtricitabina, tenofovir disoproxil y efavirenz
		09		Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir disoproxil
		10		Lopinavir y ritonavir
		14		Darunavir y cobicistat
		20		Emtricitabina, tenofovir alafenamida y bictegravir
	X	Otros antivirales		
		08		Raltegravir
		12		Dolutegravir
J06	SUERO INMUNE E INMUNOGLOBULINAS			
	J06A	Suero inmune		
	A	Suero inmune		
		02		Toxoide tetánico
		03		Suero antiofídico
	J06B	Inmunoglobulinas		
	B	Inmunoglobulinas específicas		
		01		Inmunoglobulina anti D (Rho)
		02		Inmunoglobulina tetánica
		03		Inmunoglobulina varicela zoster
		04		Inmunoglobulina hepatitis B
J07	VACUNAS			
	J07A	Vacunas bacterianas		
	J	Vacunas pertussis		
		51		Toxoide tetánico y diftérico con vacuna pertussis
	L	Vacuna neumocócica		
		01		Neumococos, antígeno polisacárido purificado
		02		Neumococos, antígeno polisacárido purificado, conjugado
	M	Vacunas tetánicas		
		51		Toxoide tétano, combinaciones con toxoide difteria
	N	Vacuna tuberculosis		
		01		Tuberculosis, vivo atenuado

J07B	Vacunas virales		
	C	Vacunas hepatitis	
		01	Vacuna Hepatitis B, antígeno purificado
	D	Vacuna sarampión	
		52	Sarampión, combinaciones con parotiditis y rubéola, vivo atenuado.
		53	Sarampión, combinación con rubéola, vivo atenuado
	F	Vacuna para poliomielitis	
		02	Vacuna polio trivalente, vivo atenuado
	G	Vacuna para rabia	
		01	Vacuna para rabia virus completo, inactiva
	H	Vacuna contra la diarrea por rota virus	
	01	Rota virus, vivo atenuado	
	K	Vacuna varicela zoster	
	01	Varicela, vivo atenuado	
M	Vacuna contra virus papiloma		
	01	Papiloma (humano tipo 6,11,16,18)	
J07C	Vacuna bacteriana y viral, combinada		
	A		
		09	Difteria-Hemophilus influenzae B-pertussis-poliomielitis-tétano-hepatitis B
		12	Difteria-pertussis-poliomielitis-tétanos-hepatitis B

L ANTINEOPLÁSICOS Y AGENTES INMUNOMODULARES

L01 AGENTES ANTINEOPLÁSICOS

L01A

Agentes alquilantes

A

Análogos de la mostaza nitrogenada

01 Ciclofosfamida

02 Clorambucilo

03 Melfalán

06 Ifosfamida

09 Bendamustina

X

Otros agentes alquilantes

03 Temozolamida

04 Dacarbazina

L01B	Antimetabolitos			
	A	Análogos de ácido fólico		
		01	Metotrexato	
	B	Análogos de las purinas		
		02	Mercaptopurina	
	C	Análogos de pirimidina		
		01	Citarabina	
		02	Fluorouracilo	
		05	Gemcitabina	
		06	Capecitabina	
	L01C	Alcaloides vegetales y otros productos naturales		
		A	Alcaloides de la vinca y análogos	
01			Vinblastina	
02			Vincristina	
B		Derivados podofilotoxinas		
		01	Etopósido	
D		Taxanes		
		01	Paclitaxel	
		02	Docetaxel	
L01D		Antibióticos citotóxicos y sustancias relacionadas		
		A	Actinomicinas	
			01	Dactinomicina
	B	Antraciclina y sustancias relacionadas		
		03	Epirubicina	
		06	Idarubicina	
		01	Doxorubicina	
	C	Otros antibióticos citotóxicos		
		01	Bleomicina	
		03	Mitomicina	
	L01E	Inhibidores de la proteína quinasa		
		A	Inhibidores de la tirosina quinasa BCR-ABL	
02			Dasatinib	
03			Nilotinib	
B		Inhibidor de la tirosina cinasa del receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR)		
		04	Osimertinib	
E		Inhibidores de proteína quinasa		
		03	Alectinib	

	F	Inhibidores de la quinasa dependiente de iclina (CDK)	
		01	Palbociclib
		02	Ribociclib
	X	Otros inhibidores de la proteína quinasa	
		03	Pazopanib
L01F	C	Anticuerpos monoclonales y conjugados de anticuerpos Inhibidores de CD38 (grupos de diferenciación 38)	
		01	Daratumumab
	D	Inhibidores de HER2 (receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano)	
		02	Pertuzumab
	G	Inhibidores de VEGF/VEGFR (factor de crecimiento endotelial vascular)	
		01	Bevacizumab
L01X		Otros agentes antineoplásicos	
	A	Compuestos de platino	
		01	Cisplatino
		02	Carboplatino
		03	Oxaliplatino
	C	Anticuerpos monoclonales	
		02	Rituximab
		03	Trastuzumab
	E	Inhibidores de proteínquinasa	
		01	Imatinib
		02	Gefitinib
		03	Erlotinib
		04	Sunitinib
		11	Pazopanib
	G	Inhibidores de proteasoma	
		01	Bortezomib
	X	Otros agentes antineoplásicos	
		02	Asparaginasa
		05	Hidroxicarbamida
		14	Tretinoína
		19	Irinotecan
L02	TERAPIA ENDOCRINA		
	L02A	Hormonas y agentes relacionados	
		A	Estrógenos
		01	Diestilestilbestrol
		03	Etinilestradiol

	B	Progestágenos	
		02	Medroxiprogesterona
	E	Gonadotropinas liberadoras de hormonas análogas	
		02	Leuprorelina
		03	Goserelina
	X	Otras hormonas	
L02B		Antagonistas hormonales y agentes relacionados	
	A	Antiestrógenos	
		01	Tamoxifeno
		03	Fulvestrant
	B	Antiandrógenos	
		01	Flutamida
	G	Inhibidores enzimáticos	
		03	Anastrozol
		04	Letrozol
		06	Exemestano
L03		AGENTES INMUNOMODULADORES	
	L03A	Agentes inmunomoduladores	
	A	Factores estimulantes de colonias	
		02	Filgrastim
	B	Interferones	
		05	Interferón alfa 2-b
		07	Interferón beta 1-a
		08	Interferón beta 1-b
	X	Otros inmunoestimulantes	
		03	BCG vacuna
L04		AGENTES INMUNOSUPRESORES	
	L04A	Agentes inmunosupresores	
	A	Inmunosupresores selectivos	
		03	Inmunoglobulina antilinfocítica (equina)
		04	Inmunoglobulina antitímocito (conejo)
		06	Ácido micofenólico
		13	Leflunomida
		27	Fingolimod
		36	Ocrelizumab
	B	Inhibidor de factor alfa de necrosis tumoral (TNF- α)	
	C	Inhibidores de interleucina	
		01	Daclizumab

		02	Basiliximab
	D	Inhibidores de calcineurina	
		01	Ciclosporina
		02	Tacrolimus
	X	Otros inmunosupresores	
		01	Azatioprina
		02	Talidomida
M	SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO		
	M01	PRODUCTOS ANTIRREUMÁTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS	
	M01A	Productos antirreumáticos/antiinflamatorios no esteroideos	
		B	Derivados de ácido acético y sustancias relacionadas
		01	Indometacina
		02	Sulindaco
		05	Diclofenaco
		C	Oxicanes
		02	Tenoxicam
		E	Derivados del ácido propiónico
		01	Ibuprofeno
	M01C	Agentes antirreumáticos específicos	
		B	Preparaciones de oro
		C	Penicilamina y agentes similares
		01	Penicilamina
	M03	MÚSCULO RELAJANTES	
	M03A	Músculo relajantes, agentes con actividad periférica	
		B	Derivados de colina
		01	Suxametonio (Succinilcolina)
		C	Otros compuestos de amonio cuaternario
		01	Pancuronio
		04	Atracurio
		09	Rocuronio bromuro
		X	Otros relajantes musculares, agentes con actividad periférica
		01	Toxina botulínica
	M03B	Músculo relajantes, agentes con acción central	
		X	Otros agentes con acción central
		02	Tizanidina

M04 PREPARACIONES ANTIGOTOSAS

M04A	Preparaciones antigotosas		
A	Preparaciones que inhiben la producción de ácido úrico	01	Alopurinol
C	Preparaciones que no afectan el metabolismo del ácido úrico	01	Colchicina

M05 DROGAS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ÓSEAS

M05B	Drogas que afectan la estructura ósea y la mineralización		
A	Bifosfonatos	04	Ácido alendrónico
		08	Ácido zoledrónico

M09 OTRAS DROGAS PARA DESÓRDENES DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

M09A	Otras drogas para desórdenes del sistema músculo esquelético		
X	Otras drogas para desórdenes del sistema músculo esquelético	01	Ácido hialurónico

N SISTEMA NERVIOSO

N01 ANESTÉSICOS

N01A	Anestésicos generales		
B	Hidrocarburos halogenados	04	Enflurano
		08	Sevoflurano
F	Barbitúricos	03	Tiopental
H	Anestésicos opiodes	01	Fentanilo
X	Otros anestésicos generales	01	Droperidol
		03	Ketamina
		10	Propofol
N01B	Anestésicos locales		
A	Ésteres de ácido aminobenzoico	03	Tetracaína
B	Amidas	01	Bupivacaína
		02	Lidocaína
		03	Mepivacaína
		10	Levobupivacaína
		52	Lidocaína en combinación

N02 ANALGÉSICOS

N02A	Opioides		
	A	Alcaloides del opio natural	
		01	Morfina
		59	Acetaminofén con codeína
	B	Derivados de fenilpiperidina	
		03	Fentanilo
	X	Otros opioides	
		02	Tramadol
N02B	Otros analgésicos y antipiréticos		
	A	Derivados de ácido salicílico	
		01	Ácido acetilsalicílico
	B	Pirazonas	
		02	Metamizol sódico
	E	Anilidas	
		01	Paracetamol
N02C	Antimigrañosos		
	A	Alcaloides de ergotamina	
		02	Ergotamina
		52	Ergotamina con cafeína
N03	ANTIEPILÉPTICOS		
N03A	Antiepilépticos		
	A	Barbitúricos y derivados	
		02	Fenobarbital
		03	Primidona
	B	Derivados de hidantoína	
		02	Difenilhidantoína (Fenitoína)
	E	Benzodiacepinas	
		01	Clonazepam
	F	Derivados de carboxamida	
		01	Carbamazepina
	G	Derivados de ácido graso	
		01	Ácido valproico
		04	Vigabatrina
	X	Otros antiepilépticos	
		09	Lamotrigina
		11	Topiramato
		12	Gabapentina
N04	ANTIPARKINSONIANOS		
N04A	Agentes anticolinérgicos		

	A	Aminas terciarias 02	Biperideno
N04B	Agentes dopaminérgicos A	Dopa y derivados 02	Levodopa con inhibidor de descarboxilasa
N05 PSICOLÉPTICOS			
N05A	Antipsicóticos A	Fenotiacinas con grupo dimetilaminopropilo 01 02	Clorpromazina Levomepromazina
	B	Fenotiacinas con estructura de piperacina 02 03 06	Flufenazina Perfenazina Trifluoperazina
	D	Derivados de butirofenona 01	Haloperidol
	H	Diacepinas, oxacepinas y tiacepinas 02 03	Clozapina Olanzapina
	N	Litio 01	Litio
	X	Otros antipsicóticos 08	Risperidona
N05B	Ansiolíticos A	Derivados de benzodiazepina 01 06 09	Diazepam Lorazepam Clobazam
	B	Derivados de difenilmetano 01	Hidroxizina
N05C	Hipnóticos y sedantes C	Aldehídos y derivados 01	Hidrato de cloral
	D	Derivados de benzodiazepinas 08	Midazolam
N06 PSICOANALÉPTICOS			
N06A	Antidepresivos		

	A	Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoamina	
		01	Imipramina
		04	Clomipramina
		09	Amitriptilina
	B	Inhibidores de recaptación de serotonina	
		03	Fluoxetina
		06	Sertralina
	X	Otros antidepresivos	
		16	Venlafaxina
N06B		Psicoestimulantes, agentes utilizados en el tratamiento trastorno de déficit de atención con hiperactividad y nootrópicos	
	A	Simpaticomiméticos de acción central	
		04	Metilfenidato
N07	OTRAS DROGAS DEL SNC		
N07A		Parasimpaticomiméticos	
	A	Anticolinesterasa	
		01	Neostigmina
	B	Esteres de colina	
		02	Betanecol
	X	Otros parasimpaticomiméticos	
		01	Pilocarpina
N07B		Drogas utilizadas en trastornos adictivos	
	A	Drogas utilizadas en dependencia a nicotina	
		03	Vareniclina
	C	Drogas utilizadas en dependencia a opioides	
		02	Metadona
N07X		Otras drogas del Sistema Nervioso	
	X	Otros fármacos del Sistema Nervioso	
		02	Riluzol
P	ANTIPARASITARIOS		
P01	ANTIPROTOZOARIOS		
P01A		Agentes antiprotozoarios	
	B	Derivados de nitroimidazoles	
		01	Metronidazol
P01B		Agentes antimaláricos	
	A	Aminoquilinas	
		01	Cloroquina
		02	Hidroxicloroquina
		03	Primaquina
	D	Diaminopiridinas	
		01	Pirimetamina

	F	01	Artemeter y lumefantrina
P01C	Agentes contra leishmaniasis y tripanosomiasis		
	B	Compuestos antimoniales	
		01	Meglumina antimoniato
		02	Estibogluconato sódico
P02	ANTIHELMÍNTICOS		
P02C	Agentes antinemátodos		
	A	Derivados de bencimidazol	
		03	Albendazol
	F	Avemectinas	
		01	Ivermectina
R	SISTEMA RESPIRATORIO		
R01	PREPARACIONES NAAALES		
R01A	Descongestionantes y otras preparaciones para uso tópico		
	A	Simpaticomiméticos	
		05	Oximetazolina
		06	Tetrisolina
	D	Corticosteroides	
		01	Beclometasona
R03	ANTIASMÁTICOS		
R03A	Adrenérgicos inhalantes		
	C	Agonistas selectivos de adrenorreceptor beta 2	
		02	Salbutamol
		13	Formoterol
R03B	Otros anti-asmáticos inhalantes		
	A	Glucocorticoides	
		01	Beclometasona
		05	Fluticasona
	B	Anticolinérgicos	
		01	Bromuro de ipratropio
		04	Bromuro de tiotropio
R03C	Adrenérgicos para uso sistémico		
	C	Agonistas selectivos de adrenorreceptores beta 2	
		02	Salbutamol
R03D	Otros anti-asmáticos para uso sistémico		
	A	Xantinas	
		04	Teofilina
		05	Aminofilina
	C	Antagonistas de receptores de leucotrienos	
		03	Montelukast
R05	PREPARACIONES PARA TOS Y GRIPE		

R05D	Supresores de tos, excl. Combinaciones con expectorantes		
A	Derivados de los alcaloides del opio	04	Codeína
		09	Dextrometorfano
R05X	Otras preparaciones en combinación para la gripe	01	Descongestionante respiratorio
R06	ANTIISTAMÍNICOS		
R06A	Antihistamínicos para uso sistémico		
A	Esteres aminoalquilados		
		02	Dimenhidrinato Difenhidramina
B	Alquilaminas sustituidas	04	Clorfeniramina
E	Derivados de Piperazina	07	Cetirizina
X	Otros antihistamínicos para uso sistémico	13	Loratadina
		24	Epinastina
		26	Fexofenadina
		27	Desloratadina
R07	OTROS PRODUCTOS PARA SISTEMA RESPIRATORIO		
R07A	Otros productos para uso respiratorio		
A	Surfactantes pulmonares	01	Colfoscerilo palmitato
		02	Fosfolípidos naturales
S	PREPARACIONES PARA ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		
S01	OFTALMOLÓGICAS		
S01A	Antiinfecciosos		
A	Antibióticos	09	Tetraciclina
		11	Gentamicina
		30	Combinación de diferentes antibióticos
D	Antivirales	06	Vidarabina
		09	Ganciclovir
X	Otros antiinfecciosos	11	Ofloxacino
		12	Norfloxacino
		13	Ciprofloxacino
		17	Lomefloxacino
		19	Levofloxacino
S01B	Agentes antiinflamatorios		
A	Corticosteroides, sin combinar	01	Dexametasona
		05	Triamcinolona

		06	Betametasona
		07	Fluorometolona
S01C	Agentes antiinflamatorios y antiinfecciosos en combinación		
A	Corticosteroides y antiinfecciosos en combinación		
		01	Dexametasona con antiinfecciosos
		05	Betametasona con antiinfecciosos
S01E	Preparaciones antiglaucoma y mióticos		
B	Parasimpaticomiméticos		
		01	Pilocarpina
		09	Acetilcolina
C	Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
		01	Acetazolamida
		03	Dorzolamida
		04	Brinzolamida
D	Agentes beta bloqueadores		
		01	Timolol
E	Análogos de prostaglandinas		
		01	Latanoprost
S01F	Midriáticos y ciclopléjicos		
A	Anticolinérgicos		
		01	Atropina
		04	Ciclopentolato
		56	Tropicamida, combinaciones
B	Simpaticomiméticos excl. Preparaciones antiglaucoma		
		01	Fenilefrina
S01G	Descongestionantes y antialérgicos		
A	Simpaticomiméticos usados como descongestionantes		
		02	Tetrisolina
		04	Oximetazolina
X	Otros antialérgicos		
		09	Olopatadina
S01H	Anestésicos locales		
A	Anestésicos locales		
		03	Tetracaína
S01J	Agentes diagnósticos		
A	Agentes colorantes		
		01	Fluoresceína
S01K	Agentes de apoyo quirúrgico		
A	Compuestos viscoelásticos		
		01	Ácido hialurónico

			02	Hipromelosa
			51	Ácido hialurónico, combinaciones
S01X	Otros agentes oftalmológicos			
	A	Otros oftalmológicos		
			20	Lágrimas artificiales
S02	OTOLÓGICAS			
	S02D	Otras otológicas		
		C		Preparaciones diversas
V	VARIOS			
V03	OTROS PRODUCTOS TERAPÉUTICOS			
	V03A	Otros productos terapéuticos		
		B	Antídotos	
			04	Pralidoxima
			13	Obidoxima
			14	Protamina
			15	Naloxona
			21	Yoduro de potasio
			23	N-acetilcisteína
			25	Flumazenil
			35	Sugammadex
		C	Agentes quelantes de hierro	
			03	Deferasirox
		E	Drogas para el tratamiento de hipercaliemia	
			01	Sulfonato de poliestireno
			02	Sevelamer
		F	Agentes dextoxicantes para tratamiento citostático	
			01	Mesna
			03	Folinato de calcio
		H	Drogas para el tratamiento de la hipoglicemia	
			01	Diazóxido
V04	AGENTES DIAGNÓSTICOS			
	V04C	Otros agentes diagnósticos		
		F	Diagnóstico de Tuberculosis	
			01	Tuberculina
		J	Pruebas para función tiroidea	
			02	Protirelina
		M	Pruebas para problemas de fertilidad	
			01	Gonadorelina
		X	Otros agentes diagnósticos	
				Azul de metileno
V06	NUTRIENTES GENERALES			

V06C	Fórmulas para infantes		
	A	Nutrientes sin fenilalanina	
V06D	Otros nutrientes		
	A	Carbohidratos/proteínas/minerales/vitaminas, combinaciones	
	B	Grasas/carbohidratos/proteínas/minerales/vitaminas, combinaciones	
	E	Aminoácidos/carbohidratos/minerales/vitaminas, combinaciones	
	F	Sustitutos de la leche	
	X	Otras combinaciones de nutrientes	
V07	OTROS PRODUCTOS NO TERAPÉUTICOS		
V07A	Otros productos no terapéuticos		
	X	Agentes para lavados	
V08	MEDIOS DE CONTRASTE		
V08A	Medios de contraste para rayos X, yodados		
	A	Medios de contraste hidrosolubles, nefrotrópicos, de alta osmolaridad	
		01	Ácido diatrizoico
		04	Ácido iotalámico
		05	Ácido ioxitalámico
	B	Medios de contraste hidrosolubles, nefrotrópicos, de baja osmolaridad	
		02	Iohexol
		04	Iopamidol
	D	Medio de contraste para rayos X no hidrosoluble	
		01	Ésteres etílicos de los ácidos grasos yodados
V08B	Medios de contraste para rayos X, no yodados		
	A	Medios de contraste para Rayos X conteniendo sulfato de bario	
		01	Sulfato de bario con agentes de suspensión
V08C	Medio de contraste para imágenes de resonancia magnética		
	A	Medio de contraste paramagnético	
		01	Ácido gadopentético
		02	Ácido gadotérico
		09	Gadobutrol
V09	RADIOFÁRMACOS PARA DIAGNÓSTICOS		
V09A	Sistema nervioso central		
	A	Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)	

		01	Tecnecio (^{99m} Tc) bicisate
V09B	Esqueleto		
	A		Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)
		01	Tecnecio (^{99m} Tc) Ácido oxidrónico
		02	Tecnecio (^{99m} Tc) Ácido medrónico
		03	Tecnecio (^{99m} Tc) Pirofosfato
V09C	Sistema renal		
	A		Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)
		01	Tecnecio (^{99m} Tc) Ácido pentético
		02	Tecnecio (^{99m} Tc) Succímero
		03	Tecnecio (^{99m} Tc) Mertiátida
V09D	Hepático y Sistema Retículoendotelial		
	A		Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)
		04	Tecnecio (^{99m} Tc) Mebrofenina
	B		Tecnecio (^{99m} Tc) partículas y coloides
		05	Tecnecio (^{99m} Tc) sulfuro coloidal
		06	Tecnecio (^{99m} Tc) sulfuro de renio coloidal
V09F	Tiroides		
	X		Varios radiofármacos para diagnóstico –tiroides.
		03	Yoduro de sodio (¹³¹ I)
V09G	Sistema cardiovascular		
	A		Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)
		01	Tecnecio (^{99m} Tc) Sestamibi
V09H	Detección de inflamación e infección		
	X		Otros radiofármacos de diagnóstico para detección de inflamación e infección
		01	Citrato de galio (⁶⁷ Ga)
V09I	Detección de tumores		
	A		Compuestos Tecnecio (^{99m} Tc)
		03	Tecnecio (^{99m} Tc) Succímero pentavalente
		07	Tecnecio (^{99m} Tc) hynic-octreótida
	X		Otros radiofármacos de diagnóstico para detección de tumores
		02	lobenguano (¹³¹ I)

V10 RADIOFÁRMACOS PARA DIAGNÓSTICOS

V10B	Paliación del dolor (agente con afinidad por tejido óseo)
X	Radiofármacos varios, paliación del dolor
02	Samario (¹⁵³ Sm) lexidronam
V10X	Otros radiofármacos para diagnósticos
A	Compuestos Yodo (¹³¹ I)
03	Yoduro de sodio (¹³¹ I)

Esta edición de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) fue elaborada en el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica de la Dirección de Farmacoepidemiología.