

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO TERAPEUTICO DE MEDICAMENTOS -NOVIEMBRE DE 2012

CAMBIOS RESPECTO A LA ANTERIOR VERSIÓN (PUBLICADA EN FEBRERO DE 2012)

- Se modifica el texto que figura en página 2
- Se modifica el orden de los fármacos que constan en del anexo III

Bajas en Anexo I

- Didanosina (v/o) - no hay registro vigente
- Nelfinavir (v/o) - no hay registro vigente
- Lindano (otros) - no hay registro vigente

Altas en Anexo I

- Tenofovir (v/o - b) - en Capítulo I Fármacos Anti-infecciosos, Antirretrovirales
- Atazanavir (v/o - b) - en Capítulo I Fármacos Anti-infecciosos, Antirretrovirales
- Paricalcitol (v/o i/v - b) - en Capítulo III Fármacos Sistema Endócrino y del Metabolismo, Antiparatiroideos. Indicaciones de cobertura en FTM: fármaco de segunda línea para el tratamiento de pacientes con hiperparatiroidismo secundario en diálisis por insuficiencia renal crónica, en los casos que hay fracaso/intolerancia/resistencia al tratamiento con calcitriol. Asimismo deben cumplir con las siguientes condiciones: Hormona Paratiroidea Intacta (PTHi) mayor de 500pg/ml, Calcio (Ca) menor de 9.5 mg/dl y Fósforo (P) entre 5.5mg/dl y 6.5mg/dl. v/o: pacientes en diálisis peritoneal - i/v: pacientes en hemodiálisis
- Racecadotril (v/o - b) - en Capítulo XV Fármacos del Aparato Digestivo, Antidiarreicos. Indicaciones de cobertura en FTM: tratamiento de la diarrea secretoria y acuosa en niños de 15 a 36 meses de edad

Bajas en Anexo III

- Tenofovir - dado que se incorpora en Anexo I

Altas en Anexo III

- Rituximab - se incorpora nueva indicación: para tratamiento de la artritis reumatoidea

Definición de protocolo de cobertura en Anexo III

- Erlotinib - se define pauta de cobertura: para el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado en portadores de mutaciones sensibilizadoras
- Gefitinib - se define pauta de cobertura: para el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado en portadores de mutaciones sensibilizadoras

Altas en Anexo IV

- Fórmula alimenticia para lactantes en base a aminoácidos sintéticos (v/o - b) - en Fórmulas con Fines Especiales. Indicaciones de cobertura en FTM: Para niños de 0 a 16 meses de edad con diagnóstico de síndrome de intestino corto, atresia de vías biliares, enfermedad inflamatoria intestinal en empuje agudo, diarrea persistente en desnutridos severos menores de 3 meses que no mejora con ninguna otra fórmula o desnutridos severos que no hayan mejorado su desnutrición severa con ninguna otra fórmula. La duración del tratamiento no excederá los 16 meses de edad
-