



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

División Gestión Políticas de Salud

DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA



Listado Oficial *de*

Medicamentos

Normativa de Uso y Prescripción

17° Edición, 2015



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA**



Listado Oficial de Medicamentos

Normativa de uso y prescripción

17ª Edición, 2015



ISSS

PRESENTACION



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social**, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar una adecuada prestación farmacéutica, presenta el **Listado Oficial de Medicamentos 17ª Edición**, promoviendo a través de esta herramienta el uso racional de los medicamentos con el fin de mejorar su acceso y lograr un mayor impacto en la salud y calidad de vida de la población derechohabiente.

De esta manera se busca racionalizar el uso de los medicamentos, además de desarrollar en el profesional un pensamiento crítico en el momento de realizar una prescripción para lograr un tratamiento adecuado y evitar los actos reflejos o prácticas inducidas por mala información o excesiva publicidad, entre otros.

Es necesario además, formar en los profesionales de la salud una conciencia de Farmacovigilancia para evitar la iatrogenia que ponen en riesgo la salud de los derechohabientes y los gastos indirectos ocasionados por los efectos adversos de los mismos.

Por lo anterior, el uso racional es una de las estrategias más importantes para optimizar el sistema de atención en salud, por lo que el Listado Oficial de Medicamentos se convierte en un instrumento que orienta al profesional al uso apropiado de los medicamentos, facilita la toma de decisiones en los distintos niveles y su cumplimiento contribuye al uso eficiente de los recursos.

Este documento es de aplicación obligatoria para todos los involucrados en los procesos de Selección, Abastecimiento, Almacenamiento, Distribución y Prescripción de los Medicamentos.



Dr. Ricardo Cea Rouanet
DIRECTOR GENERAL

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS DE SALUD

DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA



Listado Oficial de Medicamentos

Normativa de uso y prescripción

17ª Edición, 2015

COMITE NORMATIVO

Dr. José Guillermo Vaquerano Aguilar

Dra. Aura Marina Torres Nolasco

Dr. René Sigfrido Zelaya

Dra. Lorena Lourdes Iglesias de Medina

Licda. Gilda Isabel Hernández

Lic. Jaime Roberto Castro Aguila

Diseño y Edición:

Ing. Norman David Calderón Sánchez

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAG.
Tabla de Contenido	1
Introducción	2
I. Normas para la Prescripción de Medicamentos en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).	4
II. Observancia de la Norma	9
III. Uso Racional de Medicamentos.	10
IV. Criterios de Selección de los Medicamentos	10
V. Farmacovigilancia	12
VI. Organización del Listado Oficial de Medicamentos	13
VII. Listado de Medicamentos por grupo y subgrupo Terapéutico	19
Abreviaturas y Acrónimos	23
Listado Oficial de Medicamentos	24-74
Índice de Medicamentos por Orden de Código	75-99
Índice de Medicamentos por Orden Alfabético	100-125
VIII. Glosario de Términos	126
Anexos	
Anexo 1. Listado de Medicamentos de Uso en Odontología	132
Anexo 2. Listado de Medicamentos Controlados por la DNM	135
Anexo 3. Solicitud de Actualización del Listado Oficial de Medicamentos	136
Anexo 4. Solicitud de Medicamentos No Incluidos en el Listado Oficial para uso Agudo o uso Crónico	138
Anexo 5. Reporte de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos	139
Anexo 6. Reporte de Sospecha de Falla Terapéutica	140
Anexo 7. Escala para medir Polimedicación como factor de riesgo.	141
Servicios de información y teléfonos.	143

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Farmacoterapia de la División Gestión Políticas de Salud, pone a disposición el **Listado Oficial de Medicamentos (LOM)** 17ª edición, el cual contiene los fármacos disponibles en la institución para tratar las principales causas de morbimortalidad de la población derechohabiente.

La función primordial del Departamento de Farmacoterapia es seleccionar y elaborar las normas y lineamientos para la utilización de medicamentos a nivel institucional. El Listado Oficial de Medicamentos se conforma a partir de la selección de fármacos entre una amplia gama de productos disponibles; a nivel nacional se estima que están registrados más de 10,000 especialidades farmacéuticas, por lo que se vuelve un reto realizar una evaluación *crítica, transparente y con base científica* de los fármacos que poseen un verdadero valor intrínseco y de esta manera asegurar la selección de medicamentos eficaces, seguros y costo/efectivos.

La actualización del Listado Oficial obedece a diferentes causas, usualmente las incorporaciones de nuevos medicamentos se realizan a solicitud de los médicos especialistas de la Institución y las modificaciones y eliminaciones obedecen a condiciones como: cambios en la fichas técnicas, medicamentos de difícil adquisición, retirados del mercado farmacéutico local o internacional, alertas de seguridad graves que modifiquen el uso de un fármaco, entre otros.

Las solicitudes de modificación, eliminación o incorporación son evaluadas por el Departamento de Farmacoterapia en consenso con los médicos especialistas correspondientes. La aprobación es avalada por las autoridades superiores y autorizado finalmente por el Consejo Directivo del ISSS.

En este contexto, el Departamento de Farmacoterapia, a fin de mejorar la calidad de la atención médica, propone a través de esta herramienta promover el uso racional, la prescripción de medicamentos de efectividad y seguridad probada y contribuir a mejorar el acceso y disponibilidad de los medicamentos esenciales.

DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

OBJETIVO GENERAL

Disponer de un Listado de Medicamentos que permita regular la prestación farmacéutica, definiendo los medicamentos a utilizar en el área asistencial de la institución con la finalidad de promover su uso racional y efectivo, para brindar una atención de calidad al derechohabiente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir las especificaciones técnicas de los fármacos contenidos en el Listado Oficial de Medicamentos.
2. Establecer las regulaciones y niveles de prescripción de los medicamentos en la Institución.
3. Especificar los criterios de uso aprobados, que favorezcan la prescripción racional de los medicamentos.
4. Definir las normas de prescripción.

CAMPO DE APLICACION

El Listado Oficial de medicamentos es de observancia **obligatoria** para todo el personal de salud que labora en los Centros de Atención a nivel nacional, responsables de la prestación farmacéutica a la población derechohabiente del ISSS.

I. Normas para la prescripción de Medicamentos en el ISSS

1. Los médicos y odontólogos del instituto salvadoreño del seguro social son los profesionales autorizados para la prescripción de medicamentos y se deberá prescribir únicamente los fármacos contenidos en el listado oficial de medicamentos y ajustarse a las diferentes regulaciones establecidas: nivel de uso, cantidad a dispensar, criterio de uso aprobado, especialidad autorizada y clave de despacho de almacén.
2. Cada médico u odontólogo será responsable ante el Instituto de todas las prescripciones que efectúe, en lo que se refiere a indicaciones terapéuticas, dosis y cantidades prescritas. Estas últimas deben ajustarse a lo establecido para cada medicamento.
3. En ningún caso, el médico u odontólogo del ISSS, prescribirá sin previa evaluación médica u odontológica institucional, un medicamento indicado a un derechohabiente como producto de una Consulta Privada.
4. La prescripción debe ser anotada detalladamente en la Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar ó expediente de la consulta.
5. Las prescripciones deben efectuarse con tinta y letra legible.
6. Los medicamentos deberán prescribirse anotando en la receta, en el expediente y/o Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar el NOMBRE GENERICO, concentración, forma farmacéutica, dosis, intervalo de administración, vía de administración y número de unidades a dispensar.
7. Cada receta debe ser firmada y sellada por el médico u odontólogo, detallando nombre, número de empleado en el ISSS y número de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica u Odontológica. Los médicos que trabajan en proyectos alternativos del ISSS, utilizarán el sello con su Nombre y Junta de Vigilancia de la Profesión Médica.
8. En ningún caso se anotará más de un medicamento en cada receta, ya sea en la consulta externa, ambulatoria o de Emergencia. (Se excluye la receta emitida para pacientes hospitalizados. Ver Norma N° 13).
9. El número de medicamentos prescritos por Médico General y en la consulta de Emergencia por paciente, no debe ser superior a tres; por Médico Especialista y Médicos de Clínicas Metabólicas, para el manejo de enfermedades crónicas no debe ser superior a cuatro; de lo contrario y considerando el riesgo de polimedicación, cada receta adicional requerirá una adecuada justificación que detalle diagnóstico y motivo de una prescripción adicional en el reverso de la receta. (Ver anexo No. 9 "Escala para medir Polimedicación como factor de riesgo").
10. Los medicamentos para la consulta externa, ambulatoria o de Emergencia deberán prescribirse en Receta Normal (color blanco) y la receta debe contener la información requerida a continuación:

- 1) Nombre del paciente
- 2) Número de afiliación al ISSS
- 3) Nombre genérico del medicamento
- 4) Concentración del medicamento
- 5) Forma farmacéutica
- 6) Presentación (cuando sea inyectable)
- 7) Dosis
- 8) Intervalo de administración
- 9) Vía de administración
- 10) Número de unidades a dispensar
- 11) Sello de la clínica
- 12) Firma original y sello del prescriptor
- 13) Fecha

11. Los medicamentos “CONTROLADOS” por la Unidad de Estupefacientes de la Dirección Nacional de Medicamentos, deberán prescribirse en el recetario de Estupefacientes y Barbitúricos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (original color verde y copia color amarillo) y conforme a las disposiciones del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados (Decreto N° 20, Diario Oficial, Tomo N° 398, Pág. 48-65, 13 de febrero de 2013) y la Regencia de farmacias del ISSS.

“Artículo 42 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados: Las prescripciones en **las recetas deberán estar escritas con tinta y a un solo color** o en cualquier medio de impresión electrónico, sin testaduras, entrelneas o enmendados. La contravención a lo dispuesto en este artículo, anula la receta”.

“Artículo 40 Las recetas especiales serán válidas por treinta días, a partir de la fecha en que el profesional la expida. Se podrán dar recetas para tres meses, una por mes, en casos de pacientes con patologías crónicas”.

La receta debe contener la información requerida a continuación:

- 1) Nombre del paciente
- 2) Número de afiliación al ISSS
- 3) Edad
- 4) Dirección
- 5) Nombre genérico del medicamento
- 6) Concentración del medicamento
- 7) Dosis
- 8) Cantidad prescrita en letras y números
- 9) Sello de la clínica
- 10) Firma original y sello del prescriptor en la receta original y la copia
- 11) Fecha
- 12) Cuando el paciente se encuentre hospitalizado, deberá colocarse en la receta el sello del servicio y número de cama.

12. Toda prescripción tendrá una validez máxima de 24 horas, siempre que se mantenga la receta sin deterioro o alteraciones.
13. A nivel intrahospitalario la prescripción de medicamentos deberá hacerse en receta hospitalaria para veinticuatro horas, en el formato Institucional de prescripción múltiple.
14. En la Consulta de Emergencia la prescripción se hará para un máximo de 5 días. La prescripción de Antibióticos será para tratamiento completo de acuerdo a las guías de manejo Institucionales vigentes y Formulario Terapéutico de Antimicrobianos Institucional.
15. En el caso de condiciones que requieran tratamiento prolongado, la prescripción será para un máximo de 30 días. En el caso de enfermedades crónicas o profilaxis deberán utilizarse los recetarios de repetición elaborados para tal fin (Receta Médica para Uso Repetitivo, color amarillo). Los medicamentos deberán reclamarse a conveniencia del derechohabiente dentro de las 72 horas hábiles previas o posteriores a la fecha de despacho establecida. Los anticonceptivos orales y parenterales que se prescribirán según Norma 17.
16. Las recetas de uso repetitivo podrán prescribirse para un máximo de 6 meses, emitiéndose una receta amarilla (para uso en adultos) o celeste (para uso en Pediatría, la cual deberá estar debidamente identificada con el sello de repetitiva). Serán 1 receta original y 5 copias (con firma y sello original). Los anticonceptivos orales y parenterales se prescribirán según Norma 17.
17. La prescripción de medicamentos Anticonceptivos Hormonales indicados en el programa de Planificación Familiar en los Centros de Atención del ISSS y Clínicas Empresariales, se efectuará de la siguiente manera:

Anticonceptivos Hormonales	Inscripción (Primera visita)	Primer control
Anticonceptivos orales combinados	1 Receta repetitiva por 2 ciclos	Semestral 2 Recetas repetitivas por 3 ciclos c/u
Anticonceptivos inyectables mensuales	Receta blanca por 1 Amp + 1 receta repetitiva por 1 Amp	Semestral 6 Recetas repetitivas por 1 amp. c/u
Anticonceptivos inyectables trimestrales	1 Receta blanca por 1 Amp	Anual 4 Recetas repetitivas por 1 amp. c/u

18. La dispensación de medicamentos para pacientes que viajan al extranjero será hasta por seis meses en una sola entrega, de acuerdo a la “Norma para la prescripción de Medicamentos de uso repetitivo a pacientes que salen del país”
19. Las recetas se dispensarán, preferentemente o por disposiciones Institucionales; en la farmacia donde labora el médico u odontólogo prescriptor. En el caso de no estar disponible el medicamento en la fecha solicitada se colocará sello con la siguiente leyenda: **“MEDICAMENTO TEMPORALMENTE SIN EXISTENCIA, SE LE INFORMARA SOBRE EL MECANISMO DE ENTREGA”**.
20. Los médicos generales podrán prescribir los medicamentos con un nivel de uso de Especialista cuando éste autorice su retorno para continuar el tratamiento en el centro de atención correspondiente. (Cuando se trate del retorno de un paciente a otro Centro que no disponga de algunos medicamentos, se realizará la transferencia para la continuación del tratamiento).
Para modalidades de atención con médicos adiestrados en el manejo de patologías específicas, los médicos generales podrán prescribir los medicamentos regulados o de nivel de especialista.
21. Los medicamentos GR prescritos por Médico General deberán justificarse al reverso de la receta con diagnóstico según Criterio de uso aprobado salvo los casos de continuación de tratamiento indicado por el especialista.
22. En los centros de atención que cuenten con atención pediátrica, los médicos podrán prescribir los medicamentos con nivel de uso general (G, HG, HGR), tomando en consideración su eficacia, seguridad y que tenga una clara indicación en la población pediátrica. Para otros niveles de uso deberán considerarse las normativas institucionales (HER).
23. Queda estrictamente prohibido:
 - 1) Firmar o sellar recetarios en blanco.
 - 2) Sustituir la firma del médico u odontólogo por un facsímil.
 - 3) Colocar el número de afiliación y el nombre de otra persona diferente a la que fue prescrito el medicamento.
 - 4) Escribir posologías escuetas que propician confusión, tales como 2x3x2.
 - 6) Prescribir medicamentos que no son producto de una consulta (recetas de complacencia)
 - 7) La auto prescripción.
 - 8) El uso de recetarios del ISSS fuera de las instalaciones Institucionales no autorizadas.
 - 9) Queda estrictamente prohibida la comercialización de los medicamentos y productos afines con la leyenda “Propiedad del ISSS”.
24. Para las modalidades alternativas de Atención, la prescripción deberá apegarse a la Normativa establecida para cada caso.
25. Los Comités Locales de Farmacoterapia deberán promover y vigilar en el ámbito local la observancia de las Normas de Prescripción así como efectuar periódicamente auditorías tendientes a verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente documento.

26. La prescripción de medicamentos fuera del Listado Oficial, para casos excepcionales deberá efectuarse de acuerdo a la normativa vigente “Control de Medicamentos no incluidos en el Listado Oficial” (NILO) para Pacientes Específicos”.
27. No se deberá prescribir ni dispensar medicamentos fuera del nivel de Usuario establecido a excepción de los medicamentos incluidos en el **“Manual de Procedimientos Médicos Hospitalarios de Mayor frecuencia en el ISSS: Carros de RCP”**, los cuales deberán estar disponibles en cada centro de Atención según lo establecido en este manual.
28. Cuando un medicamento del Listado Oficial es eliminado o modificado en su descripción, deberá ser prescrito en los Centros de Atención, hasta agotar sus existencias, a menos que exista una indicación oficial de lo contrario.
29. Para el proceso de Actualización del Listado Oficial de Medicamentos debe elaborarse solicitud de acuerdo al formato establecido (Anexo 3), la cual deberá contener toda la información requerida. El Departamento de Farmacoterapia no dará trámite a solicitudes incompletas.
30. El nivel, prioridad, cantidad, regulación, especialidad y clave de despacho de almacén establecido para cada uno de los medicamentos, en cada edición del Listado Oficial y sus actualizaciones, serán autorizados por la Sub Dirección de Salud a solicitud de la División Gestión Políticas de Salud, a través de propuestas del Departamento de Farmacoterapia con base a evaluaciones del uso de medicamentos
31. Para la incorporación, eliminación o modificación de un Medicamento se efectuará una evaluación técnica por el Departamento de Farmacoterapia y se presentará al Consejo Directivo para su aprobación.
32. Los farmacéuticos y técnicos en farmacia son responsables de dispensar los medicamentos prescritos por los Médicos u Odontólogos, de acuerdo a lo establecido en el Listado Oficial de Medicamentos.
33. Farmacia no deberá recibir ni dispensar ninguna receta que no cumpla con la presente normativa.
34. El personal de farmacia no podrá sustituir un medicamento prescrito por otro. Cuando sea necesario sustituir un medicamento prescrito, se deberá emitir una nueva receta preferentemente por el médico tratante, en todo caso el cambio debe efectuarse por el personal autorizado para la prescripción dejando constancia en el expediente clínico o la hoja de emergencia y de atención domiciliar.
35. El personal técnico de las Farmacias del ISSS deberá verificar el cumplimiento de las Normas de Prescripción de Medicamentos, con el objetivo de garantizar una adecuada prestación farmacéutica.
36. Es responsabilidad de cada farmacia poseer y actualizar cada año un registro de firmas y datos de los prescriptores localmente autorizados. Cada médico u odontólogo debe registrar su nombre, firma, número de empleado en el ISSS y número de la Junta de Vigilancia de la Profesión respectiva (también es válido utilizar un registro electrónico).

II. Observancia de la Norma

La vigilancia del cumplimiento de lo establecido en el LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS y la NORMA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ISSS, corresponde a los Directores, Comités Locales de Farmacoterapia y las Farmacias de los Centros de Atención del ISSS a nivel nacional.

VIGENCIA

El presente LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS y la NORMA DE PRESCRIPCIÓN entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación y sustituye a las contenidas en la edición anterior y sus adendas.

San Salvador, Enero 2015



Dr. José Guillermo Vaquerano Aguilar
JEFE DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA



Dr. Ricardo Federico Flores Salazar
JEFE DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS DE SALUD

Dr. Benjamín Pompilio Coello
SUBDIRECTOR DE SALUD



Dr. Ricardo Cea Rouanet
DIRECTOR GENERAL



III. Uso Racional de Medicamentos

Definición

Uso Racional de Medicamentos es la administración de los medicamentos adecuados para el paciente según sus necesidades terapéuticas, en las dosis, intervalos y duración correctas, con calidad aceptable, los cuales deben estar disponibles y deben ofrecerse a los pacientes y la comunidad a un precio asequible (OMS 2004).

La utilización apropiada de los medicamentos es uno de los componentes fundamentales para una prestación farmacéutica efectiva y de calidad.

IV. Criterios de Selección de Medicamentos

La selección de Medicamentos está fundamentada en la política sobre medicamentos esenciales de la OMS, con la finalidad de favorecer el acceso de medicamentos bajo la premisa de un uso racional y tiene por principio establecer prioridades en los diferentes niveles de atención de salud.

- Seleccionar exclusivamente medicamentos con eficacia y seguridad demostrada con suficiente respaldo científico.
- Evaluación de la eficacia relativa en función de los costos para la elección de medicamentos pertenecientes a la misma categoría terapéutica.
- Análisis de las propiedades farmacocinéticas u otros factores como la disponibilidad en el mercado farmacéutico local o las condiciones de almacenamiento. Cada medicamento seleccionado deberá estar disponible en formas farmacéuticas que permitan garantizar la buena calidad, incluida la Biodisponibilidad. Además, debe determinarse su estabilidad en las condiciones previstas de almacenamiento y utilización.
- En la composición de la mayoría de los medicamentos esenciales deberá haber un solo principio activo. Los productos que son combinaciones medicamentosas de dosis fijas se seleccionan sólo cuando la combinación presenta alguna ventaja comprobada en cuanto a su efecto terapéutico, inocuidad, adherencia o reducción de la aparición de fármaco resistencia como en paludismo, tuberculosis y VIH/SIDA.

En la selección de los medicamentos a ser utilizados a nivel institucional, el Departamento de Farmacoterapia realiza una amplia evaluación basándose en evidencia científica, que incluye la revisión continua de las evaluaciones efectuadas por los organismos reguladores de medicamentos:

- ▶ Food and Drug Administration US (FDA)
- ▶ European Medicines Agency (EMA)
- ▶ Agencia Española de Medicamentos (AEMP)
- ▶ Center for Drug Evaluation and Research (CDER)
- ▶ World Health Organization (WHO)
- ▶ Comités Internacionales de Evaluación de Nuevos Medicamentos.
- ▶ Fuentes bibliográficas con respaldo científico e independientes: Farmacopeas Internacionales (Americana, Europea, Británica), Bases de Datos Cochrane, entre otros.

La verificación de la disponibilidad en el mercado farmacéutico local conlleva la confirmación de registro ante la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), lo que hace constar la respectiva aprobación para su comercialización. Se recomienda a nivel institucional esperar al menos 5 años post comercialización en el mercado internacional para el uso de nuevos productos, ya que es el periodo estipulado por organismos internacionales, en el cual puede detectarse y valorarse los riesgos que se presentan con los nuevos medicamentos en fase IV; por lo que, con esta medida contribuimos a garantizar la eficacia y seguridad del producto.

Innovación Terapéutica:

Es la que aporta un avance significativo en relación a las terapias existentes para resolver un problema médico, traducido en mejorar la calidad de atención y los indicadores de salud, la gestión de los medicamentos y el aprovechamiento de los recursos disponibles, es decir presenta un “alto valor terapéutico”.

La actualización de un listado oficial no debe limitarse a añadir los productos más novedosos, ya que una promoción desmedida de nuevos fármacos, más costosos y con reacciones adversas graves, no se considera ética porque atenta contra la posibilidad de un uso racional de los medicamentos, afectando la calidad de la atención lo que genera un alto impacto económico a las instituciones de salud, principalmente en los países en desarrollo.

Actualización del Listado Oficial de Medicamentos

El Listado Oficial de Medicamentos se edita cada dos años y la notificación de actualizaciones en ese período se efectuará por medio de Adendas. Cada Farmacia, Director y Coordinador de Comité Local de Farmacoterapia será responsable de la divulgación y vigilancia del cumplimiento del Listado Oficial en su Centro de Atención.

V. Farmacovigilancia

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «Farmacovigilancia» como la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos.

¿Porqué es necesaria la Farmacovigilancia?

Cuando un medicamento es aprobado para comercialización, solamente se dispone de pruebas de su eficacia y seguridad en una población limitada, en la que fue utilizado a corto plazo y bajo condiciones controladas dentro de un ensayo clínico. Posterior a su comercialización, cuando se tiene un consumo masivo de determinado fármaco, es necesario vigilar el comportamiento del mismo en condiciones reales, en amplios y variados grupos de pacientes incluyendo niños, embarazadas, ancianos, etc. grupos que usualmente son excluidos de los ensayos clínicos durante la fase de investigación; además se comienzan a utilizar en forma concomitante con otros fármacos y por periodos prolongados, lo que puede predisponer al apareamiento de reacciones adversas no deseadas e inesperadas.

Como la experiencia lo ha demostrado, en el transcurso del tiempo posterior a la comercialización, se evidencia un alto número de efectos adversos (incluyendo reacciones adversas graves o fatales), interacciones, etc. que generan diversidad de alertas, modificación de las condiciones del uso en la monografía o inserto, retiros del mercado y discontinuación de los fármacos; estos factores hacen imprescindible el promover y fortalecer la vigilancia de los medicamentos con la finalidad de proporcionar una atención farmacoterapéutica de calidad al paciente.

Objetivo

El objetivo de la Farmacovigilancia es *la evaluación permanente de los medicamentos comercializados con el fin de detectar y cuantificar nuevos efectos beneficiosos y adversos*. El desarrollo de esta disciplina ayuda a evaluar el valor terapéutico real de un fármaco y aporta conocimientos para el uso adecuado.

Farmacovigilancia en el ISSS.

El Departamento de Farmacoterapia desarrolla dentro del Programa de Farmacovigilancia, dos grandes componentes:

1. Programa de “Reportes de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos”
2. Programa de “Reportes de Sospechas de Fallas Terapéuticas”

El personal de salud a nivel institucional, como actores principales en la identificación de los efectos adversos que pueda presentar el paciente, tiene la responsabilidad y el compromiso de contribuir a la farmacovigilancia a través del Reporte espontáneo de eventos asociados a los medicamentos (Reacciones Adversas, Fallas Terapéuticas, Defectos de Calidad del Producto). En el caso de reacciones adversas “graves” estas deberán ser de notificación obligatoria al Departamento de Farmacoterapia en un periodo de 72 horas después de ocurrido el evento.

Los **Reportes de Sospechas de Fallas Terapéuticas** adecuadamente documentados poseen una gran importancia en la vigilancia de la prestación farmacéutica institucional, por lo cual deberán notificarse para que sean evaluados según los procedimientos establecidos.

Los reportes de Reacciones Adversas a Medicamentos y Sospechas de Falla Terapéutica se realizarán en el formato ya establecido (anexos 5 y 6 respectivamente) y se canalizará a través de los Comités Locales de Farmacoterapia según normativa actual.

VI. Organización del Listado Oficial de Medicamentos

El Listado Oficial de Medicamentos, en su decimosexta edición, contiene 608 códigos.

- I. Los Medicamentos en el Listado Oficial se han organizado con base a la **Clasificación por Grupos Terapéuticos** debido a las ventajas que ofrece en cuanto a la revisión y selección de principios activos, evaluación de las diferentes alternativas terapéuticas, facilidades para la prescripción y estandarización con Listados Modelos de Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los medicamentos están agrupados en 36 Grupos de acuerdo a la acción Terapéutica que efectúan y los Sub grupos han sido definidos por la categoría que le corresponde a cada medicamento dentro de ese grupo farmacológico.

- II. Cada medicamento se describe solamente una vez y no se repite en un grupo diferente al que pertenece.

- III. Las especificaciones farmacéuticas y las Regulaciones se presentan en campos separados con las columnas distribuidas de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8250104	Fluconazol	2 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 100 mL	HER	1	1-2	2 B
REGULACION	Indicado en Infecciones Invasivas por Candida, Tratamiento de Criptococosis Meníngea.							
ESPECIALIDAD	Neonatología e Infectología.							

Descripción del Medicamento:

1. Código
2. Nombre genérico
3. Concentración
4. Forma farmacéutica
5. Presentación

Regulaciones:

6. Nivel de prescripción
7. Prioridad
8. Cantidad
9. Clave para despacho de almacén.
10. Regulación
11. Criterio de uso
12. Especialidad

Descripción del Medicamento:

1. Código.

Cada medicamento se identifica por medio de un código que consta de 7 dígitos y su estructura corresponde a agrupación por órganos y sistemas.

2. Nombre genérico.

El nombre genérico corresponde generalmente con la Denominación Común Internacional recomendada por la OMS (DCI o INN).

3. Concentración

Es el contenido de principio activo en masa (peso) o volumen, se expresa en g, mg, mg/mL, mcg, %, mEq/L, UI y otros.

4. Forma farmacéutica

Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado, por ejemplo: comprimidos, cápsulas, soluciones, supositorios, solución inyectable y otros.

5. Presentación

Tipo de envase según su volumen o número de unidades del producto farmacéutico que contiene. Ejemplo: Empaque Primario Individual (Blíster, Foil, celofán, etc), Frasco Vial, etc.

6. Nivel de Prescripción (N)

Los niveles de prescripción servirán para facilitar y orientar el uso de los medicamentos, como se detalla a continuación:

Nivel	Descripción
G	Prescrito por Médico General
GR	Prescrito por Médico General y restringido según el Criterio de Uso establecido, el cual está descrito a la par de cada código en la columna de "Regulación" o para continuación de tratamiento indicado por especialista.
E	Prescrito por Médico Especialista
HG	Medicamento prescrito para uso general a nivel hospitalario.
HE	Medicamento prescrito solamente por la(s) Especialidades Autorizadas en el Listado Oficial para uso a nivel hospitalario.
R	Medicamento con una restricción específica que puede ser de dos tipos: <ul style="list-style-type: none">• Prescripción restringida a un Criterio de Uso específico el cual está descrito a la par de cada código en la columna de "Regulación" o• Prescripción para uso exclusivo de la(s) Especialidades autorizadas, descritas en la columna de "Especialidad"

7. Prioridad (P)

a) Medicamento Prioridad 1:

- Es un medicamento Vital, su falta es altamente determinante para la vida del paciente y es crucial para proporcionar los servicios básicos de salud.
- Medicamento Esencial, efectivo contra patologías crónicas o enfermedades menos severas pero significativas, sin embargo no es vital.

b) Medicamento Prioridad 2:

- Medicamento No esencial pero requerido para enfermedades menores o que presentan ventaja terapéutica baja.
- Para manejo sintomático de morbilidades.

8. Cantidad (C)

Se indica la cantidad del medicamento aprobada para su prescripción y el límite máximo a ser dispensado en farmacia.

- a) El número detallado en la columna “Cantidad” se refiere al total de medicamento a dispensar por receta.
- b) En general, la cantidad descrita se basa en los esquemas terapéuticos recomendados en las enfermedades de mayor frecuencia.
- c) Cuando aparece una cantidad máxima en paréntesis, ej:

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C
8010417	Metronidazol	5 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Bolsa 100 mL, Protegido de la luz	HG	1	3 (MAX. 8)

(MAX. 8) significa que en condiciones excepcionales se podría requerir un esquema terapéutico diferente y por lo tanto se necesitará prescribir una dosificación mayor, hasta el límite indicado.

- d) Las siglas S.I.M. que indican **Según indicación Médica**, se han reservado para algunos medicamentos de uso Oral o Endovenoso que serán aplicados de acuerdo a la condición del paciente o según los Protocolos ya establecidos, por lo que queda a responsabilidad del médico la prescripción adecuada de estos medicamentos.
- e) Cuando junto a la cantidad aparecen asteriscos (***) se está indicando que en casos especiales se puede prescribir en cantidades mayores que las señaladas.

9. Regulación

En determinados códigos, se especifican los Criterios de Uso, Protocolo o Normativa Institucional vigente y se señala su cumplimiento de carácter obligatorio.

10. Especialidad

Se definen las especialidades autorizadas para la prescripción del código en referencia, las cuales han sido establecidas según las indicaciones de uso aprobadas, tipo de medicamento, patología a tratar y Lineamientos Institucionales.

11. Clave para Despacho de Almacén

En cada código se especifica una clave que indica a que Nivel de Utilización Terapéutica está permitido el despacho de almacén para cada producto, con el objetivo de facilitar y orientar la distribución de medicamentos bajo el criterio de uso racional.

Esta clave se ha determinado considerando la complejidad técnica y capacidad de respuesta de cada Centro de Atención, según las especialidades disponibles en cada Centro.

Se asigna un número (1,2 y 3) que corresponde al nivel de Utilización Terapéutica :

- Número 3: Se asigna al 3° Nivel
- Número 2: Se asigna al 2° Nivel

- Número 1: Se asigna al 1° Nivel

Lo anterior es acompañado de una letra (A, B, C y D) que atiende al nivel de complejidad, donde A significa la mayor complejidad y D la menor. El Nivel de Utilización Terapéutica se clasifica de la siguiente manera:

3 A	Hospitales de mayor complejidad y Consultorio de Especialidades.
3 B	Hospitales de mayor complejidad que cuentan con especialidades o Sub-especialidades determinadas.
2 A	Hospitales Regionales
2 B	Hospitales Metropolitanos de menor complejidad
2 C	Unidades Médicas con Hospitalización
2 D	Unidades Médicas sin Hospitalización
1 A	Clínicas comunales, Unidades Médicas que cuentan solamente con Medicina General, Clínicas Empresariales

- a) La clave especifica el nivel al que se autoriza el despacho de almacén e incluye el nivel asignado y los niveles superiores a éste. Ejemplo, si la clave de despacho es 2 B significa que los niveles autorizados para el despacho del producto son: 2 B, 2 A, 3 B y 3 A.
- b) En algunos casos excepcionales se requerirá ampliar a un Centro de menor complejidad o limitar la distribución del medicamento a un centro de atención específico dentro del Nivel de Utilización terapéutica establecida. En esta situación se detallará el nombre del establecimiento autorizado de la siguiente manera:
- Cuando se requiere ampliar la cobertura a otro centro de menor complejidad, se adicionará el Centro de atención anteponiéndole la letra “y”; Ejemplo: 2 B y U.M. Atlacatl.
 - Cuando se seleccione un Centro de Atención para el despacho exclusivo de un medicamento dentro de un determinado nivel de usuario, se describirá el nombre del establecimiento entre paréntesis. Ejemplo: 3 A (HMQ- Oncología)

CLAVE PARA DESPACHO DE ALMACEN POR CENTROS DE ATENCION

Clave	Centro de Atención
3 A	Hospital Médico Quirúrgico – Oncología Hospital General Hospital Regional de Santa Ana Unidad Médica Santa Ana Consultorio de Especialidades
3 B	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo Hospital Policlínico Arce
2 A	Hospital Regional de Sonsonate Hospital Regional de San Miguel Unidad Médica de San Miguel
2 B	Hospital Amatepec Hospital Roma Hospital Policlínico Planes de Renderos Hospital Policlínico Zacamil
2 C	Unidades Médicas con Hospitalización U.M. Metapán U.M. Puerto el Triunfo U.M. La Unión U.M. Santiago de María U.M. Usulután U.M. Zacatecoluca U.M. Chalatenango * U.M. San Vicente * U.M. Cojutepeque * * Unidades médicas que se les asigna clave de despacho 2 C para la atención hospitalaria, regida bajo el convenio MSPAS – ISSS.
2 D	Unidades Médicas sin Hospitalización Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
1 A	Unidades Médicas con Medicina General únicamente U.M. Sacacoyo U.M. Nejapa U.M. Juayúa U.M. San Francisco Gotera U.M. Chinameca U.M. Berlín U.M. Moncagua Clínicas Comunes Clínicas Empresariales

IV. Alternativas Terapéuticas.

Con el objetivo de promover competencia y facilitar los procesos de adquisición de medicamentos, se consideraron alternativas terapéuticas en códigos separados los cuales se identifican por la letra (O) en una fila intermedia, lo cual implica que para los procesos de compra deberá seleccionarse exclusivamente una de ellas.

V. Para facilitar el uso del Listado Oficial y localización de los fármacos se incluye un Índice de medicamentos por Grupo y Subgrupo Terapéutico, un Índice de medicamentos en orden alfabético, y un Índice de medicamentos en orden de Código.

Consideraciones Especiales

- 1) Para las Clínicas Empresariales el despacho de los medicamentos se hará de acuerdo al mecanismo establecido Institucionalmente.
- 2) La especialidad de Geriátría está autorizada a prescribir los medicamentos con Nivel de prescripción "E".
- 3) En la contabilización de los medicamentos para los procesos administrativos institucionales (estimación de necesidades, adquisiciones, manejo de inventarios, sistemas informáticos, costos, etc.) se utilizará la Unidad de Medida según se establece en la siguiente clasificación:

- a) **Formas Farmacéuticas Sólidas:** comprimidos, cápsulas, supositorios, óvulos, parches y otras formas similares: Se utilizará lo establecido en Listado Oficial en la columna de Forma Farmacéutica como unidad de medida.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION
8010201	Acetaminofén + Codeína Fosfato	(500 + 15 - 30) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco de 30, Protegido de la Luz

La Unidad de Medida para contabilización será Tableta o cápsula.

- b) **Formas Farmacéuticas líquidas, semisólidos, aerosoles:** Soluciones, suspensiones, emulsiones, polvos o gránulos para preparar soluciones o suspensiones, jarabes, elixires, inyectables en ampolla, jeringas precargadas o viales, aerosoles, ungüentos, pomadas, cremas, geles, jaleas, pastas y otras formas similares: Se utilizará lo establecido en Listado Oficial en la columna de presentación como unidad de medida.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION
8010301	Amikacina (Sulfato)	250 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 2 mL

La Unidad de Medida para contabilización será Frasco Vial.

VII. Listado de Medicamentos por Grupo y Subgrupo

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	PAG.
GRUPO 01	ANTIPARASITARIOS	26
	01 Antihelmínticos	
	02 Antiprotozoarios (Antiamibianos y Antigiardiásicos)	
	03 Antimaláricos	
	04 Antitoxoplasma	
	05 Antitripanosomas	
GRUPO 02	ANTIMICROBIANOS	26
	01 Aminoglicósidos	
	02 Betalactámicos	
	03 Betalactámicos con Inhibidores de Betalactamasas	
	04 Betalactámicos Carbapenémicos	
	05 Fenicoles	
	06 Lincosamidas	
	07 Macrólidos	
	08 Quinolonas	
	09 Sulfonamidas	
	10 Tetraciclina	
	11 Glucopéptidos	
GRUPO 03	ANTITUBERCULOSOS Y ANTILEPROSOS	29
	01 Medicamentos Varios	
	02 Medicamentos para Tuberculosis Multidrogoresistentes.	
GRUPO 04	ANTIMICÓTICOS	29
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 05	ANTIVIRALES	30
	01 Medicamentos Varios	
	02 Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Reversa	
	03 Inhibidores no Nucleosídicos de la Transcriptasa Reversa	
	04 Inhibidores de la Proteasa	
GRUPO 06	ANTISÉPTICOS, AGENTES URINARIOS Y OTROS	31
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 07	MEDICAMENTOS DE USO CARDIOVASCULAR	31
	01 Bloqueadores de Beta – Adrenoreceptores	
	02 Antihipertensivos de acción Central	
	03 Vasodilatadores	
	04 Bloqueadores de Canales de Calcio	
	05 Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina	
	06 Antagonistas de Receptores de Angiotensina II	
	07 Antihipertensivos combinados	
	08 Nitratos	
	09 Digitálicos	
	10 Simpaticomiméticos	
	11 Antiarrítmicos	
	12 Adrenérgicos	
GRUPO 08	DIURÉTICOS	33
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 09	MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA COAGULACION	34

	01 Agentes Anticoagulantes	
	02 Agentes Fibrinolíticos	
	03 Agentes Antiplaquetarios	
	04 Hemostáticos	
CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	PAG.
GRUPO 10	ANALGÉSICOS	34
	01 Analgésicos, Antiinflamatorios no Esteroides	
	02 Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad	
	03 Analgésicos Antimigrañosos	
GRUPO 11	ANTIGOTOSOS	35
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 12	ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS	35
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 13	ANALGÉSICOS NARCÓTICOS Y ANTAGONISTAS	35
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 14	ANESTÉSICOS GENERALES	36
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 15	ANESTÉSICOS LOCALES	36
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 16	RELAJANTES MUSCULARES	36
	01 Medicamentos Varios	
	02 Bloqueantes Neuromusculares	
GRUPO 17	ANTICOLINÉRGICOS Y ANTIESPASMÓDICOS	37
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 18	COLINÉRGICOS	37
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 19	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES	37
	01 Anticolinérgicos	
	02 Estimulantes Beta 2 Adrenérgicos	
	03 Corticosteroides Inhalados	
	04 Xantinas	
GRUPO 20	ANTIISTAMÍNICOS, DESCONGESTIONANTES, ANTITUSIGENOS Y EXPECTORANTES	38
	01 Antihistamínicos y Descongestivos.	
	02 Antitusígenos y Expectorantes	
GRUPO 21	MEDICAMENTOS DE USO GASTROINTESTINAL	38
	01 Antieméticos	
	02 Antagonistas de los Receptores de la 5HT3	
	03 Antiácidos	
	04 Bloqueadores de Receptor H2	
	05 Inhibidores de la Bomba de Protones	
	06 Uso en Tratamiento de Diarreas	
	07 Laxantes	
	08 Antihemorroidales	
	09 Medicamentos Varios	
GRUPO 22	MEDICAMENTOS DE USO EN PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA	40
	01 Antipsicóticos	
	02 Benzodiazepinas y Ansiolíticos	
	03 Antagonistas de Benzodiazepinas	
	04 Antidepresivos Tricíclicos y Drogas Relacionadas	
	05 Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina.	
	06 Moduladores del afecto	

	07 Anticonvulsivantes	
	08 Antiparkinsonianos	
	09 Varios	

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	PAG.
GRUPO 23	MEDICAMENTOS DE USO EN ENDOCRINOLOGIA	42
	01 Uso en Diabetes	
	02 Hormonas Tiroideas y agentes Antitiroideos	
	03 Hormonas Hipotalámicas, Pituitarias y otros Agentes	
	04 Inhibidores de la Metil CoA Reductasa	
	05 Fibratos	
	06 Sales de Calcio, Bifosfonatos y otras drogas que afectan el Metabolismo Óseo.	
GRUPO 24	CORTICOSTEROIDES	44
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 25	MEDICAMENTOS DE USO EN ONCOLOGIA	44
	01 Agentes Alquilantes	
	02 Antimetabolitos	
	03 Antibióticos Citotóxicos	
	04 Protectores de Toxicidad	
	05 Alcaloides de la Vinca y Etopósido	
	06 Inhibidores de la DNA Topo – Isomerasa	
	07 Compuestos Platinados	
	08 Antagonistas Hormonales	
	09 Inmunomoduladores	
	10 Medicamentos Varios	
GRUPO 26	MICRONUTRIENTES	47
	01 Vitaminas	
	02 Minerales	
	03 Hematínicos	
GRUPO 27	SOLUCIONES PARENTERALES Y ELECTROLÍTOS	49
	01 Soluciones Correctoras de Trastornos Hidroelectrolíticos	
	02 Soluciones Correctoras de Trastornos Electrolíticos y Equilibrio Acido Base	
	03 Solución de Diálisis Peritoneal	
GRUPO 28	BIOLÓGICOS	50
	01 Vacunas	
	02 Medicamentos Varios	
GRUPO 29	ANTÍDOTOS	54
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 30	OFTALMOLÓGICOS	54
	01 Agentes Antiinfecciosos	
	02 Corticosteroides y otros agentes Antiinflamatorios Oftálmicos	
	03 Anestésicos Locales	
	04 Mióticos y Medicamentos Antiglaucoma	
	05 Midriáticos y Ciclopléjicos	
	06 Medicamentos Varios	
GRUPO 31	DERMATOLÓGICOS	56
	01 Medicamentos Antimicóticos	
	02 Medicamentos Antiinfecciosos	
	03 Corticosteroides, Antiinflamatorios y Antipruríticos	
	04 Medicamentos que afectan la Diferenciación y Proliferación de la Piel	
	05 Escabicidas	

	06 Medicamentos para condiciones de resequedad de la Piel	
	07 Medicamentos Varios	
GRUPO 32	MEDICAMENTOS DE USO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	57
	01 Medicamentos Varios	

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	PAG.
GRUPO 33	ESTRÓGENOS, PROGESTÁGENOS Y ANOVULATORIOS	58
	01 Anticonceptivos Hormonales Orales	
	02 Anticonceptivos Hormonales Inyectables	
	03 Tratamiento Hormonal	
GRUPO 34	SOPORTE NUTRICIONAL	59
	01 Nutricion Enteral	
	02 Nutricion Parenteral	
GRUPO 35	OTORRINOLARINGOLOGIA	61
	01 Medicamentos Varios	
GRUPO 36	MISCELANEOS	61
	01 Medicamentos Varios	

Abreviaturas y Acrónimos

Unidades de medida y su significado

%	Por Ciento
Cm	Centímetro
g	Gramo
H	Hora
Kg	Kilogramo
L	Litro
M	Metro
mcg	Microgramo
mEq	Miliequivalente
mg	Miligramo
mL	Mililitro
mM	Milimol
°	Grado
U	Unidad
UFEU	Unidades Farmacopea de los Estados Unidos (Equivalente a UI)
UI	Unidades Internacionales
UT	Unidades de Tuberculina

Otras abreviaturas, acrónimos y su significado

CFC	Clorofluorocarburos
CSP	Cantidad Suficiente Para
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
DPCA	Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
E.E.G.	Electroencefalograma
EV	Endovenoso
G - CSF	Factor Estimulante de las Colonias de Granulocitos
IA	Intraarticular
IL	Intralesional
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
LOM	Listado Oficial de Medicamentos
pH	Logaritmo negativo equivalente a la concentración de Ión Hidrógeno
PM	Peso Molecular
Rho	Factor Rhesus
SC	Subcutáneo
Xa	Factor X Activado



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
01 ANTIPARASITARIOS								
01 Antihelmínticos								
8010418	Albendazol	200 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	2 - 6	1 A
8140301	Mebendazole	100 mg /5 mL	Suspensión Oral	Frasco 30 mL con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	G	1	1	1 A
02 Antiprotozoarios (Antiamibianos y Antigiardiásicos)								
8010302	Aminosidina Sulfato	250 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	30 - 90 (MAX. 240)	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en Encefalopatía Hepática y Tratamiento Alternativo en la paciente embarazada con amibiasis luminal. Cantidad MAXIMA aplica exclusivamente para Infectología.							
8140309	Diloxanida, Furoato	200-250 mg/ 5 mL	Suspensión Oral o Polvo para Suspensión	Frasco (100-120) mL con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta, Protegido de la luz	G	1	1 - 2	1 A
8010404	Diloxanida, Furoato	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 30	1 A
8010417	Metronidazol	5 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Bolsa 100 mL, Protegido de la luz	HG	1	3 (MAX. 8)	2 C
8010406	Metronidazol	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	15 - 30	1 A
8140310	Metronidazol (Benzoil)	250 mg/ 5mL	Suspensión Oral	Frasco (120 - 150) mL, con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta, Protegido de la luz	G	1	1 - 2	1 A
8010420	Nitazoxanida	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	6	1 A
CRITERIO DE USO	Alternativa terapéutica en diarrea por Giardia Lamblia, Amebiasis intestinal aguda o disentería amebiana causada por Entamoeba histolytica. Infecciones por Isospora belli, Blastocystis hominis y Trichomonas vaginalis. Diarrea por Cryptosporidium parvum. Uso como antihelmíntico según lo establecido en la Ficha Farmacológica.							
8010421	Nitazoxanida	100 mg /5 mL	Polvo para suspensión oral	Frasco 30 mL	G	1	1 - 2 .	1 A
CRITERIO DE USO	Alternativa terapéutica en diarrea por Giardia Lamblia, Amebiasis intestinal aguda o disentería amebiana causada por Entamoeba histolytica. Infecciones por Isospora belli, Blastocystis hominis y Trichomonas vaginalis. Diarrea por Cryptosporidium parvum. Uso como antihelmíntico según lo establecido en la Ficha Farmacológica.							
03 Antimaláricos								
8010402	Cloroquina Base	150 mg	Tableta Recubierta	Tableta Recubierta Color Blanco, Empaque Primario Individual.	G	1	HASTA 30	1 A
8010410	Primaquina (Fosfato)	15 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	G	1	15-28	1 A
04 Antitoxoplasma								
8010405	Espiramicina	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	80 - 240	2 D
REGULACION	Uso en paciente embarazada. Indicado en la Prevención de la Transmisión de Toxoplasmosis de la Madre al Feto, Corioretinitis por Toxoplasma.							
ESPECIALIDAD	Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología, Infectología.							
8010409	Pirimetamina	25 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 D
	(O)							
8010422	Pirimetamina	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Tratamiento de Toxoplasmosis							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Infectología, Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología							
05 Antitripanosomas								
8010419	Nifurtimox	120 mg	Tableta Ranurada en Cruz	Frasco por 100, Protegido de la Luz	ER	1	150 - 180	2 D
REGULACION	Tratamiento de La Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas) Causada por T. Cruzi.							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Infectología.							
02 ANTIMICROBIANOS								
01 Aminoglicósidos								
8010301	Amikacina (Sulfato)	250 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 2 mL	HGR	1	2	2 B
REGULACION	Exclusivo Para Tratamiento de Infecciones Bacterianas Graves por Pseudomona Aeruginosa y Gérmenes Resistentes a otros Antibióticos. Requiere Antibiograma							
8010311	Gentamicina (Sulfato)	40 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial o Ampolla 2 mL	ER	1	2 (MAX 14)	2 D
REGULACION	Indicado en casos que no exista otra alternativa terapéutica más efectiva o segura, Requiere Antibiograma							
02 Betalactámicos								
8010303	Amoxicilina	500 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	15 - 30 (MAX. 40)	1 A
CRITERIO DE USO	Cantidad máxima aplica para tratamiento de Helicobacter Pílori .							
8140201	Amoxicilina	250 mg/ 5 mL	Polvo Para Suspensión Oral	Frasco 100 mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1 - 2	1 A
8010304	Ampicilina (Sódica)	1 g	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial	HG	1	4 (MAX. 12)	2 C
8140209	Cefadroxilo (Monohidrato)	250 mg /5 mL	Polvo o Gránulos para Suspensión Oral	Frasco 60 mL	G	2	1 - 2	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio Superior, Infecciones de Tejidos blandos y Piel.							
8010370	Cefadroxilo (Monohidrato)	500 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	14 - 20	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio Superior, Infecciones de Tejidos blandos y Piel. Dosis: 500 mg cada 12 hrs.							
8010307	Cefalotina (Sódica)	1 g	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial	HG	2	2 - 4	2 C
8010359	Cefazolina	1 g	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial	HGR	1	1 - 3	2 C
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones Para Profilaxis en Cirugía.							
8010358	Cefepime (Clorhidrato)	1 g	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	2	4 - 6	2 A
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
8250022	Cefotaxima (Sódica)	1 g	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial	HER	1	1	2 B
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8010322	Ceftriaxona (Sódica)	1 g	Polvo Para Dilución Uso Parenteral	Frasco Vial	HGR	1	2 (MAX. 4)	2 C
REGULACION	Uso intrahospitalario. Su uso empírico esta justificado unicamente en Infecciones Comunitarias Complicadas. En el resto de infecciones debe orientarse con Antibiograma.							
8010366	Oxacilina (Sódica)	1 g	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HGR	1	4 (MAX. 12)	2 B
REGULACION	Indicado en infecciones por Estafilococos Penicilino-resistentes, Meningitis Bacteriana en neonatos y adultos. Requiere Antibiograma.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010318	Penicilina G (Benzatínica)	1.2 Millones UI	Polvo Para Suspensión Inyectable I.M.	Frasco Vial con o sin Diluyente	G	1	1	1 A
8010367	Penicilina G (Sódica)	5 Millones UI	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HG	1	4 - 5	2 C
03 Betaláctamicos con Inhibidores de Betalactamasas								
8140213	Amoxicilina + Ácido Clavulánico (Clavulanato de Potasio)	(250 + 62.5) mg / 5 mL	Polvo para suspensión oral	Frasco 60 -75 mL con dosificador tipo jeringa o pipeta	ER	2	1 - 2	2 D
CRITERIO DE USO	Medicamento de segunda linea, indicado para infecciones debidas a Cepas productoras de betalactamasas resistentes a otros antibióticos.							
ESPECIALIDAD	Pediatria							
8010363	Amoxicilina + Ácido Clavulánico (Clavulanato de Potasio)	(500 + 125) mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual o Frasco.	E	1	HASTA 30	2 C
CRITERIO DE USO	Indicado para el traslape de Prescripción Parenteral a Oral. Tratamiento de infecciones Comunitarias Polimicrobianas Complicadas: Abdominales, Pélvicas, Pié Diabético, Fasceítis de Cabeza y Cuello.							
8010356	Ampicilina (Sódica) + Sulbactam (Sódico)	(1,000 + 500) mg	Polvo Para Dilución I.M.-I.V.	Frasco Vial	HER	1	4 (MAX. 12)	2 B
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
8010355	Piperacilina (Sódica) + Tazobactam (Sódico)	(4 + 0.5) g	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HER	1	3 - 4	2 A
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
04 Betalactámicos Carbapenémicos								
8010345	Imipenem (anhidro) + Cilastatina (Sódica)	(500 + 500) mg	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HER	1	4	2 A
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
8010368	Meropenem	500 mg	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HER	1	6	2 A
CRITERIO DE USO	Indicado para tratamiento de infecciones del SNC, o en pacientes con contraindicación a Imipenem + Cilastatina.							
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
05 Fenicoles								
8010309	Cloranfenicol (Succinato Sódico)	1 g	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HER	1	4 (MAX. 8)	2 A
ESPECIALIDAD	Infectología, Neurocirugía, Cirugía General							
06 Lincosamidas								
8010369	Clindamicina (Fosfato)	150 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 6 mL	HGR	1	3	2 C
CRITERIO DE USO	Uso Exclusivo para el Tratamiento de Infecciones Graves por Gérmenes Anaeróbicos o cocos Gram (+) cuando el uso de la primera linea (Penicilina o Metronidazol) no ha sido efectivo o en Pacientes Alérgicos a Penicilina							
8010344	Clindamicina (Clorhidrato)	300 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	2	28 - 40 (MAX. 120)	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	Uso Exclusivo Para el Tratamiento de Infecciones Graves por Gérmenes Anaeróbicos o cocos Gram (+) Resistentes a Penicilina o Metronidazol; o Germen Sensibles en Pacientes Alérgicos a Penicilina: Osteomielitis, Celulitis, Infecciones Pélvicas, Abdominales, Piel y Tejidos Blandos.							
07 Macrólidos								
8010357	Claritromicina	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	GR	1	7 - 14 (MAX. 20)	1 A
REGULACION	Alternativa terapéutica en pacientes alérgicos a Penicilina u otros Betalactámicos, en infecciones del Tracto respiratorio Superior, piel y tejidos blandos. Su uso empírico está justificado unicamente en Neumonía adquirida en la comunidad. Cantidad máxima aplica para Tratamiento de Helicobacter Pilory .							
8140211	Claritromicina	250 mg/ 5 mL	Polvo o Gránulos Para Suspensión Oral	Frasco (50 - 60) mL, con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	GR	1	1	1 A
REGULACION	Alternativa terapéutica en pacientes alérgicos a Penicilina u otros Betalactámicos, en infecciones del Tracto respiratorio Superior, piel y tejidos blandos.							
08 Quinolonas								
8010331	Ciprofloxacina (Clorhidrato)	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	GR	1	HASTA 28 **	2 D
REGULACION	Segunda línea de tratamiento en infecciones de vías urinarias, de acuerdo a resultado de cultivo. Uso en otras indicaciones de acuerdo a ficha farmacológica. Asteriscos aplica exclusivamente para Urología, Ortopedia, Infectología.							
8010361	Ciprofloxacina (Lactato)	200 mg	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Infusor 100 mL, protegido de la luz.	HGR	1	2 - 4	2 C
CRITERIO DE USO	Uso restringido para tratamiento de Infecciones Intrahospitalarias por gérmenes Gram (-). Abdomen Séptico, Pielonefritis y Neumonía Nosocomial por Pseudomona, Infecciones severas de piel y tejidos blandos . (Requiere Cultivo)							
09 Sulfonamidas								
8010803	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(160 + 800) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	10 - 14**	1 A
CRITERIO DE USO	Asteriscos aplica exclusivamente para Infectología.							
8140203	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(40 + 200)mg/ 5mL	Suspensión Oral	Frasco 100 mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta, Protegido de la Luz	G	1	1 - 2	1 A
10 Tetraciclina								
8010315	Doxiciclina (Monohidrato o Hiclato)	100 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 20	1 A
11 Glucopéptidos								
8010339	Vancomicina (Clorhidrato)	0.5 g	Polvo para Dilución I.V.	Frasco Vial, para 10 mL	HER	1	HASTA 4	2 A
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
03 ANTITUBERCULOSOS Y ANTILEPROSOS								
01 Medicamentos Varios								
8010804	Dapsona	100 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	1	30 - 60	2 D
ESPECIALIDAD	Infectología, Dermatología							
8010701	Estreptomina (Sulfato)	1 g	Polvo Para Dilución I.M.	Frasco Vial	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010702	Etambutol Clorhidrato	400 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010707	Isoniazida + Rifampicina	(150 + 150) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	G	1	S.I.M.	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010709	Isoniazida	100 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010704	Isoniazida	300 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010708	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol	(75+150+400+275) mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010705	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8010706	Rifampicina	300 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
ESPECIALIDAD	Infectología y Médicos Adiestrados en el Programa de Tuberculosis							
8010710	Rifampicina	100 mg/5 mL	Suspensión oral	Frasco 60 -120 mL, Protegido de la luz	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
02 Medicamentos para Tuberculosis Multidrogoresistentes.								
8250305	Etionamida	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250035	Etionamida	250 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250036	Acido Para aminosalicílico	500 mg	Tableta	Empaque primario individual, protegido de la luz	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
	(O)							
8250037	Acido Para aminosalicílico	4 g	Gránulos para suspensión oral	Sobre	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250038	Cicloserina	250 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250039	Kanamicina (Sulfato)	500 mg	Polvo para solución inyectable I.M.	Frasco Vial	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
	(O)							
8250040	Kanamicina (Sulfato)	1 g	Polvo para solución inyectable I.M.	Frasco Vial	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250042	Clofazimina	50 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDEROS)
	(O)							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8250043	Clofazimina	100 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDIDOS)
REGULACION	Uso Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
04 ANTIMICÓTICOS								
01 Medicamentos Varios								
8010337	Anfotericina B	50 mg	Polvo Liofilizado Para Dilución I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HG	1	1 - 2	2 B
8250104	Fluconazol	2 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 100 mL	HER	1	1 - 2	2 B
REGULACION	Uso restringido. Exclusivo para la especialidad de Infectología, como parte de la reserva antimicrobiana institucional. En los Centros de Atención que no cuentan con Infectólogo o en su ausencia, la autorización se hará por: el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefes de servicio clínico, médico coordinador de turno.							
CRITERIO DE USO	Indicado en Infecciones Invasivas por Candida, Tratamiento de Criptococosis Meníngea.							
8010365	Fluconazol	200 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	30 (MAX. 60)	2 D
CRITERIO DE USO	Indicado en Infecciones Invasivas por Candida, Tratamiento de Criptococosis Meníngea. Uso en Gastroenterología: Candidiasis esofágica comprobada por endoscopia. (MAX 14 tabletas) Uso en Ginecología: Tercera línea de tratamiento en Candidiasis Vulvovaginal recurrente y Complicada confirmado por cultivo (MAX. 4 tabletas /mes, máximo 6 meses) .							
ESPECIALIDAD	Infectología, Gastroenterología, Ginecología							
8010346	Itraconazol	100 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	1	30-60	2 D
CRITERIO DE USO	Tratamiento de Aspergilosis, Candidiasis orofaríngea, esofágica, Blastomycosis, Histoplasmosis, Coccidioidomycosis, Cromomycosis. Monitorizar Función Hepática y Precaución en pacientes con alto riesgo de Insuficiencia Cardíaca							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna, Dermatología.							
8010317	Nistatina	100,000 UI/mL	Suspensión Oral	Frasco (30 - 40) mL, con Gotero dosificador calibrado (0.5 - 1.0) mL, Protegido de la Luz	G	1	1**	1 A
8010362	Terbinafina	250 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	GR	2	30	2 D
REGULACION	Indicado en Onicomycosis, requiere cultivo positivo.							
05 ANTIVIRALES								
01 Medicamentos Varios								
8010364	Aciclovir	400 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	GR	1	30 (MAX. 70)	1 A
REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
8140210	Aciclovir	200 mg /5 mL	Suspensión Oral	Frasco 120 - 125 mL, protegido de la luz.	GR	1	1	1 A
REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
8010335	Aciclovir	250 mg	Polvo Liofilizado Para Dilución I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	2 B
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna, Medicina Crítica.							
8010353	Ganciclovir Sódico	500 mg	Polvo Liofilizado	Frasco Vial	HER	2	2	2 A
REGULACION	Infecciones Graves por Citomegalovirus en Pacientes Inmunocomprometidos							
ESPECIALIDAD	Infectología							
8250215	Ribavirina	200 mg	Tableta o Cápsula	Empaque primario Individual	ER	2	HASTA 180	2 A
REGULACION	Tratamiento Adjunto a Interferon Alfa en Hepatitis C Crónica							
ESPECIALIDAD	Infectología							
8250218	Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	(300 + 200 + 600) mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250219	Tenofovir + Emtricitabina	(300 + 200) mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
02 Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Reversa								
8250211	Didanosina (ddl)	400 mg	Cápsula Microgranulos con Cubierta Entérica (Liberación Retardada)	Frasco por 30	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250202	Lamivudina (3TC)	150 mg	Tableta	Frasco por 60, Protegido de la Luz	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
	(O)							
8250220	Lamivudina (3TC)	300 mg	Tableta	Frasco por 60, Protegido de la Luz	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250207	Zidovudina (AZT)	10 mg/mL	Solución Para Infusión I.V.	Frasco Vial 20 mL, Protegido de la Luz	ER	1	2	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna, Perinatología (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250208	Zidovudina (AZT)	50 mg/5 mL	Solución Oral	Frasco 100 - 240 mL, Protegido de la Luz	ER	1	1**	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Neonatología y Pediatría (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250213	Lamivudina (3TC) + Zidovudina (AZT)	(150 + 300) mg	Tableta	Frasco por 60, Protegido de la Luz	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
03 Inhibidores no Nucleosídicos de la Transcriptasa Reversa								
8250209	Efavirenz	600 mg	Tableta Recubierta	Frasco por 30	ER	1	HASTA 30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
04 Inhibidores de la Proteasa								
8250216	Lopinavir + Ritonavir	(200 + 50) mg	Tableta Recubierta	Frasco por 120	ER	1	HASTA 120	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
06 ANTISÉPTICOS, AGENTES URINARIOS Y OTROS								
01 Medicamentos Varios								
8050109	Alprostadil	20 mcg	Polvo para dilución. Uso Intracavernoso	Frasco Vial	ER	2	HASTA 4	2 B
REGULACION	Tratamiento de Disfunción Eréctil post Prostatectomía radical.							
ESPECIALIDAD	Urología							
8050105	Fenazopiridina Clorhidrato	200 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	2	15	1 A
8050112	Dutasteride	0.5 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	2	HASTA 30	2 B
ESPECIALIDAD	Urología.							
8050104	Nitrofurantoina Macrocristales	100 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 30	1 A
CRITERIO DE USO	En tratamiento IVU aguda no complicada 100 mg c/12 horas por 5 - 7 días. En Profilaxis: 100 mg diarios.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8040418	Terazocín (Clorhidrato)	2 mg	Tableta o comprimido recubierto	Empaque Primario Individual	ER	1	30 - 60	2 D
REGULACION	Indicado en Hipertrofia Prostática Benigna y en el tratamiento de la Hipertensión Arterial Severa o Resistente en cuarta línea de tratamiento. Esta presentación permite la titulación de dosis desde 1 mg hasta 4 mg cada día.							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Urología, Nefrología, Clínica de Hipertensión, Cardiología.							
8040408	Terazocín (Clorhidrato)	5 mg	Tableta o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	ER	1	30 - 60 (MAX 120)	2 D
REGULACION	Indicado en Hiperplasia Prostática Benigna y en el tratamiento de la Hipertensión Arterial Resistente en cuarta línea de manejo. Dosis máxima recomendada 20 mg al día							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Urología, Nefrología, Clínica de Hipertensión, Cardiología.							
8050108	Tolterodina	2 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	30 - 60	2 D
ESPECIALIDAD	Urología, Uroginecología, Medicina Física.							
8050110	Metenamina Hipurato o Mandelato	1 g	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	2	60	2 D
REGULACION	Profilaxis y Tratamiento a largo plazo de Infecciones del Tracto Urinario Inferior Crónica o Recurrente.							
ESPECIALIDAD	Fisiatría, Nefrología, Urología.							
07 MEDICAMENTOS DE USO CARDIOVASCULAR								
01 Bloqueadores de Beta - Adrenoreceptores								
8040208	Atenolol	100 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	30	1 A
8040213	Carvedilol	25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	2	30 (MAX. 60)	2 A
REGULACION	Indicado como tratamiento Adjunto de Insuficiencia Cardiaca estable Clase Funcional II y III en pacientes que no responden al tratamiento con Inhibidores de la ECA, Diuréticos, con o sin Digital. Uso autorizado en Nefrología para continuación de tratamiento indicado por Cardiología.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología.							
8040212	Carvedilol	6.25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	2	30 - 60	2 A
REGULACION	Indicado como tratamiento Adjunto de Insuficiencia Cardiaca estable Clase Funcional II y III en pacientes que no responden al tratamiento con Inhibidores de la ECA, Diuréticos, con o sin Digital. Uso autorizado en Nefrología para continuación de tratamiento indicado por Cardiología.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología.							
8040214	Nebivolol (Clorhidrato)	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	30 (MAX. 60)	1A
REGULACION	Cuando exista una indicación precisa de uso de un Betabloqueador en pacientes con Diabetes Mellitus / Síndrome Metabólico (Obesidad, Dislipidemia e HTA). Respetando las líneas de tratamiento Antihipertensivo establecidas Institucionalmente.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Clínicas Metabólicas.							
8040204	Propranolol Clorhidrato	40 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	30 - 90**	1 A
8250113	Propranolol Clorhidrato	1 mg /mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	HER	1	1 - 2 (MAX. 5)	2 C
ESPECIALIDAD	Cirugía Cardiovascular, Servicios de Medicina Crítica, Medicina Interna.							
02 Antihipertensivos de acción Central								
8040412	Clonidina Clorhidrato	0.1 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	30**	2 B
REGULACION	Indicado en el Manejo de Hipertensión Arterial de difícil control y en Pacientes con Insuficiencia Renal.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología							
8040406	Levo Alfa Metildopa	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual.	ER	1	60 - 90 (MAX. 180)	1A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	En Medicina General exclusivo para el manejo inicial de la Hipertensión en la paciente embarazada, mientras es referida a Ginecología para su control. En las especialidades indicadas para el manejo de Hipertensión refractaria o resistente.							
ESPECIALIDAD	Clínica de Hipertensión, Nefrología, Ginecología.							
03 Vasodilatadores								
8040403	Hidralazina Clorhidrato	20 mg	Polvo Liofilizado Para Dilución o Solución Inyectable I.V.	Ampolla o Frasco Vial	HG	1	S.I.M.	2 C
REGULACION	Indicado en el Manejo de Hipertensión Arterial e Hipertensión Severa Inducida por el Embarazo							
8040405	Hidralazina Clorhidrato	50 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	60**	2 D
REGULACION	Indicado en el Manejo de Hipertensión Arterial de difícil control y en Pacientes con Insuficiencia Renal. Alternativa de tratamiento en Hipertensión en la paciente embarazada.							
ESPECIALIDAD	Nefrología, Medicina Interna, Ginecología.							
8040407	Nitroprusiato Sódico	25 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o ampolla 2 mL.	HER	1	S.I.M.	2 A
ESPECIALIDAD	Cirugía Cardiovascular, Servicios de Medicina Crítica.							
8060312	Pentoxifilina	400 mg	Tableta recubierta de Liberación Controlada o Prolongada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	2	HASTA 90	3 A
CRITERIO DE USO	Enfermedad Vascul ar Arterial Periférica con claudicación intermitente sintomática.							
ESPECIALIDAD	Cirugía Vascul ar Periférica							
04 Bloqueadores de Canales de Calcio								
8080702	Flunaricina Clorhidrato	10 mg	Tableta	Empaque primario Individual	ER	2	HASTA 30	1 A
REGULACION	Segunda Línea de tratamiento en Profilaxis de Migraña en pacientes con ataques severos y frecuentes. No está recomendado para el tratamiento de ataques agudos. Tratamiento sintomático del Vértigo y Trastornos Vestibulares. Dosis inicial 10 mg al día							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Medicina Familiar, Médicos Generales Adiestrados en manejo de Cefaleas.							
8040114	Amlodipina (Maleato, Mesilato o Besilato)	5 mg	Tableta o cápsula	Empaque Primario Individual.	ER	1	30 - 60	2 D
REGULACION	Indicado en Hipertensión Arterial, en segunda o tercera línea de tratamiento, cuando no se ha logrado el control adecuado con uno o dos medicamentos.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Nefrología, Medicina Interna, Ginecología y Clínicas metabólicas.							
8040115	Amlodipina (Maleato, Mesilato o Besilato)	10 mg	Tableta o cápsula	Empaque Primario Individual.	ER	1	HASTA 30	2 D
REGULACION	Indicado en Hipertensión Arterial, en segunda o tercera línea de tratamiento, cuando no se ha logrado el control adecuado con uno o dos medicamentos.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Nefrología, Medicina Interna, Ginecología y Clínicas metabólicas.							
8080704	Nimodipina	30 mg	Tableta	Empaque primario Individual	HER	2	HASTA 90	2 A
CRITERIO DE USO	Uso exclusivo en Prevención y Tratamiento del déficit Neurológico Isquémico posterior a Hemorragia Subaracnoidea (HSA) de Tipo Aneurismático. Iniciar en los primeros cuatro días de HSA y continuar por 21 días. No usar en tratamiento crónico.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Neurocirugía, Medicina Interna							
8040104	Verapamilo Clorhidrato	2.5 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla o Frasco Vial 2 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 B
8040111	Verapamilo Clorhidrato	240 mg	Tableta Recubierta Ranurada de Liberación Prolongada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	30 (MAX. 60)	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	Indicado en Taquiarritmias Supraventriculares, Angina e Hipertensión Arterial. Contraindicaciones: Taquiarritmias con QRS amplio, Fibrilación Auricular con Preexcitación, Insuficiencia Cardíaca(IC). Puede precipitar: Hipotensión arterial y shock, trastornos de la conducción AV e IC. Interacción grave con Betabloqueadores. Las tabletas pueden ser partidas a la mitad, pero no deben ser trituradas ni masticadas.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna.							
05 Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina								
8040410	Captopril	25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	ER	1	HASTA 90	1 A
REGULACION	Tratamiento Adjunto en Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Posterior a Infarto al Miocardio, Nefropatía Diabética (Microalbuminuria Mayor de 30 mg/día) en Pacientes Insulino Dependiente. Medicina general para continuacion de tratatamiento indicado por especialista.							
8040409	Enalapril Maleato	20 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual.	G	1	30 - 60	1 A
06 Antagonistas de Receptores de Angiotensina II								
8040420	Irbesartan	150 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	30 - 60	2 D
REGULACION	Indicado como segunda línea de tratamiento en pacientes que presentan efectos adversos o contraindicación para el uso de IECAS, lo cual deberá ser documentado en el expediente clínico.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología., Clínicas Metabólicas.							
07 Antihipertensivos combinados								
8040416	Amlodipina (besilato) + hidroclorotiazida + Valsartan	(10+25+320) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	30	2 D
REGULACION	Alternativa terapéutica en el tratamiento de Hipertensión Arterial Severa cuando no se ha logrado el control adecuado con tres o más medicamentos antihipertensivos como monofármaco (IECA/ARA II + DIURETICO + CALCIO ANTAGONISTA) a dosis máxima, para mejorar el control y facilitar la adherencia al tratamiento.							
ESPECIALIDAD	Clínica de Hipertensión, Nefrología y Cardiología, Medicina interna.							
8040417	Amlodipina (besilato) + Valsartan	(10 + 320) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	30	2 D
	(O)							
8040419	Amlodipina (besilato) + Irbesartan	(10 + 300) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	30	2 D
REGULACION	Alternativa terapéutica en el tratamiento de Hipertensión Arterial Severa cuando no se ha logrado el control adecuado con dos o más medicamentos antihipertensivos como monofármaco (IECA/ARA II + CALCIO ANTAGONISTA) a dosis máxima, para mejorar el control y facilitar la adherencia al tratamiento.							
ESPECIALIDAD	Clínica de Hipertensión, Nefrología y Cardiología, Medicina interna.							
08 Nitratos								
8040101	Isosorbide Dinitrato	5 mg	Tableta Sublingual	Empaque Primario Individual	G	1	20	1 A
	(O)							
8040112	Nitroglicerina	300 - 600 mcg	Tableta Sublingual	Frasco de vidrio por 25.	G	1	25	1 A
8040113	Isosorbide Mononitrato	40 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	E	1	30	2 D
8040107	Nitroglicerina	(18 - 25) mg	Sistema de Liberación Transdérmica, 5 mg en 24 Horas	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	HG	1	1	2 C
8040110	Nitroglicerina	5 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 10 mL.	HG	1	1	2 B
09 Digitálicos								
8040501	Digoxina	0.25 mg/mL	Solución Inyectable	Ampolla 2 mL.	HG	1	S.I.M.	2 C
8040502	Digoxina	0.25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	E	1	15 - 30	2 D
8250014	Digoxina	0.05 mg /mL	Solución Oral	Frasco Gotero 60 mL	HER	1	1	2 B
REGULACION	Insuficiencia Cardíaca Congestiva en el Recien Nacido.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
10 Simpaticomiméticos								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8040601	Dopamina Clorhidrato	40 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o ampolla 5 mL	HG	1	1 - 2	2 C
8040605	Dobutamina (Clorhidrato)	12.5 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 20 mL	HER	1	1 - 2	2 B
ESPECIALIDAD	Anestesiología, Cirugía Cardiovascular, Servicios de Medicina Crítica, Medicina Interna.							
11 Antiarrítmicos								
8040203	Amiodarona Clorhidrato	200 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	E	1	30 - 60	2 D
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna							
8040210	Amiodarona Clorhidrato	50 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 3 mL, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	2 B
ESPECIALIDAD	Anestesiología, Cirugía Cardiovascular, Medicina Interna, Servicios de Medicina Crítica.							
8160115	Lidocaina Clorhidrato	2 % (20 mg /mL)	Solución Inyectable, sin Epinefrina, sin Preservante	Ampolla de Vidrio o Plástico o Frasco Vial de 5 ó 10 mL.	HER	1	S.I.M.	2 B
ESPECIALIDAD	Anestesiología, Medicina Interna, Servicios de Medicina Crítica.							
8040211	Propafenona Clorhidrato	150 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	E	2	60 - 90**	2 A
ESPECIALIDAD	Cardiología							
12 Adrenérgicos								
8040606	Epinefrina	1 mg/mL (1:1000)	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1mL, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	1 A
8040608	Efedrina Sulfato	25 mg/mL	Solución inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1 mL, Protegido de la luz	HER	1	S.I.M.	2 C
ESPECIALIDAD	Anestesiología, Servicios de Medicina Crítica.							
8250030	Fenilefrina Clorhidrato	10 mg /mL	Solución Inyectable -IM - IV - SC.	Frasco Vial o Ampolla, 2 mL, Protegido de la Luz	HER	2	S.I.M.	2 C
REGULACION	Alternativa a Efedrina Sulfato en la reversión de Hipotensión posterior a anestesia Espinal o Epidural							
ESPECIALIDAD	Anestesiología y Unidad de Cuidados Intensivos.							
8250029	Norepinefrina (Bitartrato)	1 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Ampolla, 4 mL Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	2 A
ESPECIALIDAD	Cirugía Cardiovascular, Servicios de Medicina Crítica, Medicina Interna.							
08 DIURÉTICOS								
01 Medicamentos Varios								
8040307	Acetazolamida	250 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco	E	1	30 - 60 (MAX.120)	2 D
REGULACION	Cantidad MAXIMA aplica para Neurología							
8040308	Espironolactona	100 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	1	30 - 60	2 D
8250033	Furosemida	10mg/mL	Solución Oral	Frasco 60 mL con Dosificador Graduado tipo Jeringa o Pipeta, Protegido de la Luz	ER	1	1	2 A y H. AMATEPEC
REGULACION	Para el Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y Enfermedad Pulmonar Crónica del Recien Nacido							
ESPECIALIDAD	Neonatología, Pediatría							
8040309	Furosemida	10 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C
8040310	Furosemida	40 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	30**	1 A
8040311	Hidroclorotiazida	25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	30**	1 A
8040312	Manitol	20 %	Solución Inyectable I.V.	Frasco o Bolsa 250 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
09 MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA COAGULACION								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
01 Agentes Anticoagulantes								
8060318	Enoxaparina Sódica	20 mg (2,000 UI Antifactor Xa.)	Solución Inyectable S.C.	Jeringa Prellenada 0.2 mL	ER	1	1-2	2 B
	(O)							
8060319	Nadroparina Cálcica	30 mg (2,850 UI Antifactor Xa.)	Solución Inyectable S.C.	Jeringa Prellenada 0.3 mL	ER	1	1-2	2 B
REGULACION	Profilaxis de Trombosis Venosa Profunda, Especialmente en Pacientes Quirúrgicos.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Ginecología, Cirugía Vascul ar Periférica, Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Cardiología.							
8060320	Enoxaparina Sódica	60 mg (6,000 UI Antifactor Xa.)	Solución Inyectable S.C.	Jeringa Prellenada 0.6 mL	HER	1	1-2	2 B
	(O)							
8060321	Nadroparina Cálcica	60 mg (5,700 UI Antifactor Xa.)	Solución Inyectable S.C.	Jeringa Prellenada 0.6 mL	HER	1	1-2	2 B
REGULACION	Tratamiento de Trombosis Venosa Profunda o Embolismo Pulmonar. Angina Inestable e Infarto al Miocardio sin elevacion del Segmento ST.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Ginecología, Cirugía Vascul ar Periférica, Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Cardiología.							
8060305	Heparina (Sódica)	5,000 UI/mL	Solución Inyectable I.V. - S.C.	Frasco Vial 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8060324	Rivaroxaban	10 mg	comprimido recubierto con película	Empaque primario individual.	ER	1	HASTA 35	2 B
REGULACION	Tromboprofilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETE V) en pacientes postquirúrgicos de alto riesgo en ortopedia. Duración de la terapia: 10 mg al día durante 10 días después de reemplazo total de rodilla y por 35 días después del reemplazo total de cadera. Uso bajo protocolo							
ESPECIALIDAD	Ortopedia							
8060326	Rivaroxaban	15 mg	comprimido recubierto con película	Empaque primario individual.	ER	1	42	2 D
REGULACION	Manejo del paciente con tromboembolismo pulmonar, fibrilacion auricular no valvular no controlado adecuadamente con Warfarina. Dosis: 15 mg 2 veces al día por 21 días. Uso de acuerdo a Protocolo Institucional.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna							
8060325	Rivaroxaban	20 mg	comprimido recubierto con película	Empaque primario individual.	ER	1	30	2 D
REGULACION	Uso en prevención del ACV y embolismo pulmonar en fibrilacion auricular no valvular, tratamiento de tromboembolismo pulmonar que no está adecuadamente controlado con Warfarina. Uso de acuerdo a Protocolo Institucional.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna							
8060306	Warfarina Sódica	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 D
CRITERIO DE USO	Requiere control con Niveles de INR. Las continuaciones de tratamiento no serán delegadas al Médico General.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Cardiología, Cirugía vascular periférica, Medicina Interna							
02 Agentes Fibrinolíticos								
8060308	Estreptoquinasa	1,500,000 UI	Polvo para Dilución I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	1	2 B
ESPECIALIDAD	Servicios de Medicina Crítica, Medicina Interna							
03 Agentes Antiplaquetarios								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8060304	Ácido Acetilsalicílico	(80 - 100) mg	Tableta Recubierta o Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual o Frasco por 30.	G	1	15 - 30	1 A
8060317	Clopidogrel (Bisulfato)	75 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	ER	2	30	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Indicado en: ► Prevención de Eventos Vasculares Oclusivos, cuando existe Hipersensibilidad probada a ASA. ► Postoperatorio de angioplastia y cirugía de bypass, (3 a 12 meses de tratamiento). ► Síndrome Coronario Agudo confirmado (Sin elevación del ST) combinado con Aspirina, en pacientes con riesgo alto o Moderado de infarto al Miocardio o Muerte. (Uso no mayor a 12 meses).							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Hematología, Medicina Interna, Neurología, Cirugía Vascul ar Periférica, Cirugía Cardiovascular							
8250110	Dipiridamol	5 mg /mL	Solución Inyectable	Frasco Vial o Ampolla de 2 mL, protegido de la luz.	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Test de Imágenes de Perfusión Miocárdica							
ESPECIALIDAD	Medicina Nuclear.							
8060315	Tirofiban	0.25 mg /mL	Solución Inyectable, Concentrado Para Infusión	Frasco Vial 50 mL	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Indicado en Pacientes que serán sometidos a Cateterismo Cardíaco.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna y Servicios de Medicina Crítica.							
04 Hemostáticos								
8060314	Acido Aminocaproico	250 mg /mL	Solución Inyectable	Frasco Vial de 20 mL	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Cirugía Cardiovascular, Hematología							
8070112	Fitomenadiona (Vitamina K1)	10 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	1 A
8170106	Protamina Sulfato	10mg /mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Ampolla 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
10 ANALGESICOS								
01 Analgésicos, Antiinflamatorios no Esteroides								
8010526	Diclofenaco Sódico	25 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 3 mL	G	1	2 - 6.	1 A
8010523	Diclofenaco Sódico	50 mg	Tableta o Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	2	15 - 30 (MAX. 90)	2 D
REGULACION	Cantidad MAXIMA aplica exclusivamente para Reumatología							
8140108	Ibuprofeno	100 mg/ 5 mL	Suspensión Oral	Frasco (100 - 120) mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1	1 A
8010501	Ibuprofeno	400 mg	Tableta o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	30 (MAX. 180)	1 A
REGULACION	Cantidad MAXIMA aplica exclusivamente para Reumatología							
8010509	Indometacina	25 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	2	30 (MAX. 180)	2 D
REGULACION	Cantidad MAXIMA aplica exclusivamente para Reumatología							
ESPECIALIDAD	Reumatología, Medicina Interna.							
8010527	Ketorolaco Trometamina	30 mg /mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla de 1 mL, Protegido de la Luz	HGR	1	HASTA 3	2 C
REGULACION	Para manejo del dolor post operatorio a nivel Hospitalario. Dosis máxima: 90 mg / día. Duración máxima del tratamiento 2 días.							
02 Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad								
8010524	Leflunomida	20 mg	Tableta Recubierta	Frasco de 30	ER	2	15 - 30 (MAX. 42)	2 A
ESPECIALIDAD	Reumatología.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8060106	Metotrexate	2.5 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	1	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología, Alérgia e Inmunología.							
8010801	Sulfasalazina	500 mg	Tableta o Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	1	60 - 180	2 B
ESPECIALIDAD	Reumatología, Gastroenterología y Medicina Interna.							
03 Analgésicos Antimigrañosos								
8080401	Ergotamina Tartrato + Cafeína	(1 + 100) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	GR	2	10	1 A
REGULACION	Indicado para el tratamiento de Crisis de Migraña. Dosificación: 1 - 2 tab. al inicio del ataque agudo, luego 1- 2 tab en 30 minutos. Máximo 4 tab. en 24 hrs. Este medicamento no debe ser utilizado más de 2 veces a la semana, y no debe repetirse en un intervalo menor de 5 días.							
11 ANTIGOTOSOS								
01 Medicamentos Varios								
8010502	Alopurinol	300 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	30 **	1 A
CRITERIO DE USO	Tratamiento de artritis gotosa crónica, nefropatía por ácido úrico, litiasis por ácido úrico y en profilaxis de hiperuricemia asociada a Quimioterapia. Precaución en falla renal o hepática.							
REGULACION	Asteriscos aplican exclusivamente para Reumatología							
8010504	Colchicina	0.5 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	2	10	2 D
CRITERIO DE USO	Indicado en ataque Agudo de Gota y Artritis Gotosa Crónica. Suspender en caso de eventos adversos. Dosis de inicio 1 mg, repetir en 1 ó 2 horas sino hay mejoría.							
12 ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS								
01 Medicamentos Varios								
8010101	Acetaminofén	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	12 - 20 (MAX. 180)	1 A
REGULACION	En Consulta de Emergencia: se autoriza HASTA 20 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica en consulta externa para el manejo de casos crónicos. En toda prescripción que incluya acetaminofen no se deberá superar la Dosis límite diaria de 3 g.							
8140102	Acetaminofén	(120 - 160) mg/ 5 mL	Solución oral o jarabe	Frasco 120 mL, con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	G	1	1 - 2	1 A
8140109	Acetaminofén	125 - 300 mg	Supositorio	Empaque Primario Individual	G	1	2 - 4	1 A
REGULACION	Indicado en Proceso Febril Agudo con Intolerancia a la vía oral.							
13 ANALGÉSICOS NARCÓTICOS Y ANTAGONISTAS								
01 Medicamentos Varios								
8010201	Acetaminofén + Codeína Fosfato	(500 + 15 - 30) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco de 30, Protegido de la Luz	GR	1	15 - 30 (MAX. 120)	1 A
REGULACION	Indicado en dolor agudo de moderado a severo en segunda línea de tratamiento. En consulta de emergencia se autoriza hasta 15 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica exclusivamente para Consulta Externa para el manejo de casos crónicos (Debido a riesgo de Hepatotoxicidad no se deben superar los 2600 mg de Acetaminofén al día).							
8010203	Fentanil (Citrato)	0.05 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C
	(O)							
8010215	Fentanil (Citrato)	0.05 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8160118	Remifentanilo (Clorhidrato)	5 mg	Polvo para concentrado para solución inyectable I.V. o infusión I.V.	Frasco Vial.	HGR	1	S.I.M.	2 B
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
8010213	Metadona Clorhidrato	10 mg	Tableta	Empaque primario Individual	HER	2	30 - 90	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Indicado en dolor severo en pacientes con resistencia a Morfina. En Uso Prolongado no debe ser administrado más de dos veces al día para evitar el riesgo de acumulación y sobredosis de opiodes.							
ESPECIALIDAD	Clínica Del Dolor, Oncología, Hematología							
8010211	Morfina Sulfato	30 mg	Tableta o cápsula de Liberación Controlada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	HER	1	60 **	3 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Clínica del Dolor, Oncología.							
8010205	Morfina Sulfato	10 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1mL Protegido de la Luz	HG	1	4**	2 B
REGULACION	Los asteriscos aplican a nivel Hospitalario para uso en Bomba de Infusión continua.							
8010206	Naloxona Clorhidrato	0.4 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial o Ampolla 1mL Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C
8010212	Acetaminofén + Oxidona	(325 + 5) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	HER	1	40 (MAX. 120)	3 A
REGULACION	Cantidad máxima aplica exclusivamente para Clínica del dolor. (Debido a riesgo de Hepatotoxicidad no se deben superar los 2600 mg de Acetaminofén al día).							
ESPECIALIDAD	Clínica del Dolor, Oncología.							
8010216	Oxidona (clorhidrato)	10 mg	Comprimidos revestidos, de liberación controlada	Empaque primario individual o Frasco por 30, protegido de la luz.	HER	1	60 (MAX. 120)	3A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Medicamento indicado para el manejo del dolor oncológico y no oncológico de moderado a severo. Uso bajo protocolo							
ESPECIALIDAD	Clínica del Dolor.							
8010204	Petidina Clorhidrato	50 mg/mL	Solución Inyectable S.C.- I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8010217	Tramadol Clorhidrato	50 mg/mL	Solución Inyectable I.M. I.V.	Ampolla 2 mL	HG	2	S.I.M.	2C
REGULACION	Alternativa terapéutica para manejo de dolor agudo y crónico de moderado a severo.							
8010218	Tramadol Clorhidrato	100 mg/mL	Solución Oral	Frasco gotero o dosificador 10 mL.	HER	1	1	3A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Alternativa terapéutica para manejo de dolor agudo y crónico de moderado a severo.							
ESPECIALIDAD	Clínica del Dolor, Oncología Clínica.							
14 ANESTÉSICOS GENERALES								
01 Medicamentos Varios								
8160110	Etomidato	2 mg /mL	Emulsión o Solución Inyectable Uso I.V.	Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160104	Ketamina (Clorhidrato)	50 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C
8160112	Propofol	10 mg/mL	Emulsión Inyectable Uso I.V.	Ampolla 20 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160119	Propofol	2 % (20 mg/mL)	Emulsión Inyectable Uso I.V.	Frasco Vial 50 mL	HG	1	S.I.M.	2 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8160114	Sevoflurano		Solución para inhalación	Frasco de Vidrio o de Naftalato de Polietileno 250 mL, protegido de la luz.	HER	2	S.I.M.	2 B
ESPECIALIDAD	Anestesiología							
15 ANESTÉSICOS LOCALES								
01 Medicamentos Varios								
8160108	Bupivacaína Clorhidrato	0.5 %.(5 mg/mL)	Solución Inyectable sin Preservantes	Ampolla o Frasco Vial (20 - 30) mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160105	Bupivacaína Clorhidrato + Dextrosa Anhidra	(0.5 + 8) %	Solución Inyectable	Ampolla 4 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160116	Bupivacaína Levógira (L) Clorhidrato Anhidra + Dextrosa Anhidra	0.75 % (7.5 mg Bupivacaína + 72.7 mg Dextrosa)	Solución Inyectable	Ampolla 4 mL.	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Alternativa a Bupivacaína pesada en pacientes con mayor riesgo de cardiotoxicidad. Contraindicada en obstetricia.							
ESPECIALIDAD	Anestesiología.							
8160113	Lidocaína Clorhidrato	2 %	Solución Inyectable I.V. - S.C. con Preservantes	Frasco Vial 50 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8110011	Lidocaína	10 %	Aerosol	Frasco Atomizador 50 - 100 mL	ER	2	1	1 A
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Neumología, Odontología, Otorrinolaringología, Emergencia de Cirugía General, Anestesiología							
8150006	Lidocaína Clorhidrato + Epinefrina	2 % + (1:80,000 ó 1:100,000)	Solución Inyectable	Cartucho de 1.8 mL, protegido de la luz.	E	1	S.I.M.	1 A
ESPECIALIDAD	Odontología General y Odontopediatría							
8150007	Mepivacaína Clorhidrato	3 %	Solución Inyectable sin Vasoconstrictor	Cartucho de 1.8 mL	E	1	S.I.M.	1 A
ESPECIALIDAD	Odontología General y Odontopediatría							
16 RELAJANTES MUSCULARES								
01 Medicamentos Varios								
8080905	Metocarbamol	500 mg	Tableta	Empaque primario individual	G	1	20 - 40**	1 A
8080903	Orfenadrina Citrato	30 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 10	1 A
8080904	Tizanidina (Clorhidrato)	4 mg	Tableta ranurada en Cruz	Empaque primario Individual	ER	2	15 - 60	2 B y U. DE MEDICINA FISICA
REGULACION	Espasticidad Asociada con Esclerosis Múltiple o Lesión de la Médula Espinal. En consulta de Emergencia se autoriza hasta 15 tabletas.							
ESPECIALIDAD	Fisiatría, Neurología, Neurocirugía, Cirugía General, Clínica del Dolor.							
02 Bloqueantes Neuromusculares								
8160407	Cisatracurio (Besilato)	2 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 2.5 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 C
8160405	Succinilcolina Cloruro	500 mg	Polvo Liofilizado	Frasco Vial	HG	1	S.I.M.	2 C
	(O)							
8160408	Succinilcolina Cloruro	100 mg/ mL	Solución Inyectable	Frasco Vial 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
17 ANTICOLINÉRGICOS Y ANTIESPASMÓDICOS								
01 Medicamentos Varios								
8160623	Atropina Sulfato	0.5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8020308	Hioscina N-Butil Bromuro	10 mg	Tableta Recubierta	Empaque primario individual, Protegido de la luz	G	1	15 (MAX. 30)	1 A
REGULACION	Las especialidades autorizadas podrán prescribir la dosis máxima de 30 tabletas. En unidades de emergencia máximo 15 tabletas.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Urología, Cirugía General, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna.							
8020307	Hioscina N-Butil Bromuro	20 mg/mL	Solución inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	G	1	1 - 4	1 A
18 COLINÉRGICOS								
01 Medicamentos Varios								
8160403	Neostigmina Metil Sulfato	0.5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	HG	1	S.I.M.	2 B
8080801	Piridostigmina Bromuro	60 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	E	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Neurología							
19 ANTIASMATICOS Y BRONCODILADORES								
01 Anticolinérgicos								
8030124	Ipratropio Bromuro	250 mcg/mL	Solución Para Nebulización	Frasco Gotero o Dosificador 20 mL, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	1 A
8030117	Ipratropio Bromuro	20 mcg/Dosis	Aerosol	Frasco Inhalador Dosificado Libre de Clorofluorocarbono (C.F.C), 200 - 300 Inhalaciones	G	1	1 - 2	1 A
REGULACION	Indicado en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y en Asma Crónica.							
8030128	Tiotropium (Bromuro)	2.5 mcg/dosis liberada	Solución para Inhalación	Cartucho por 60 inhalaciones + Dispositivo Dosificador.	ER	2	1	2 D
CRITERIO DE USO	Indicado como tratamiento broncodilatador de mantenimiento para reducir los síntomas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Estadios 2-4 y alto riesgo de exacerbaciones o con marcada hiperinflación pulmonar sintomática.							
REGULACION	Uso restringido para prescripción por la especialidad de Neumología. Medicina Interna autorizado para continuación de tratamiento indicado por especialista Neumólogo.							
ESPECIALIDAD	Neumología, Medicina Interna							
02 Estimulantes Beta 2 Adrenérgicos								
8030126	Budesonida + Formoterol	(320 + 9) mcg	Polvo para inhalación	Dispositivo inhalador, 60 dosis	ER	2	1	2 D
	(O)							
8030127	Fluticasona Propionato + Salmeterol xinafoato	(250 + 50) mcg	Polvo para inhalación	Dispositivo inhalador, 60 dosis	ER	2	1	2 D
REGULACION	Indicado en EPOC en estadio III y IV, de acuerdo a Guía de Manejo de Neumología. Indicado en Asma no controlada cuando el uso de un Corticoesteroide Inhalado a dosis media ha fallado en el control adecuado. No prescribir en episodios agudos ni en unidades de emergencia. Debe utilizarse por corto tiempo hasta lograr el control de los síntomas.							
ESPECIALIDAD	Alergología, Neumología, Medicina Interna.							
8030108	Salbutamol (Sulfato)	100 mcg/Dosis	Aerosol	Frasco Inhalador Dosificado Libre de Clorofluorocarbono (C.F.C), 200 - 250 Inhalaciones	G	1	1	1 A
8030109	Salbutamol (Sulfato)	0.5 %	Solución Para Nebulización	Frasco Gotero o Dosificador 20 mL, Protegido de la Luz	G	1	S.I.M.	1 A
03 Corticosteroides Inhalados								
8030123	Beclometasona Dipropionato	250 mcg/aplicación	Aerosol	Frasco inhalador 200 - 250 inhalaciones, libre de clorofluorocarbono (C.F.C)	G	1	1	1 A
	(O)							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8030125	Budesonida	200 mcg/dosis	Polvo	Dispositivo Inhalador, 100 Dosis	G	1	1 - 2	1 A
REGULACION	Indicado para tratamiento y profilaxis de Asma cuando el paciente presenta los siguientes criterios: ▶ Sintomas diurnos más de 1 vez a la semana, ▶ Sintomas nocturnos más de 1 vez a la semana, ▶ Exacerbaciones en los últimos 2 años requiriendo un corticoesteroide sistémico o un broncodilatador nebulizado.							
8250105	Budesonida	0.5 mg /mL	Suspensión para Nebulización	Ampolla de 2 ml, protegido de la luz.	ER	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Indicado en Displasia Broncopulmonar (Neonatos) y Croup. Uso bajo protocolo en Neumología.							
ESPECIALIDAD	Neonatología, Pediatría, Neumología, Medicina Crítica.							
8030122	Beclometasona Dipropionato	50 mcg/aplicación	Aerosol	Frasco inhalador 200 - 250 inhalaciones, libre de clorofluorocarbono (C.F.C)	ER	1	1	2 D
REGULACION	Uso en Consulta Externa en Asma Bronquial Crónica.							
ESPECIALIDAD	Pediatría							
04 Xantinas								
8030102	Aminofilina	25 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 10 mL, Protegido de la Luz	HG	2	S.I.M.	2 C
20 ANTIHISTAMÍNICOS, DESCONGESTIONANTES, ANTITUSIGENOS Y EXPECTORANTES								
01 Antihistamínicos y Descongestionantes.								
8130015	Clorfeniramina Maleato	2 mg/ 5 mL	Jarabe	Frasco 120 mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta, Protegido de la Luz	G	1	1	1 A
8130002	Clorfeniramina Maleato	10 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	G	1	1 - 3	1 A
8130004	Clorfeniramina Maleato	4 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	15 - 30	1 A
8130012	Hidroxicina Clorhidrato	25 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	30 - 60	2 D
ESPECIALIDAD	Alergología, Psiquiatría, Medicina Interna, Dermatología.							
8130014	Loratadina	10 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	2	7 - 10 (MAX. 30)	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en pacientes que por su ocupación requieran un antihistamínico que produzca menos sueño. Tratamiento para casos agudos: 7-10 tabletas. Cantidad máxima aplica para: Otorrinolaringología, Neumología, Alergología, Dermatología, Medicina Interna.							
8130007	Prometazina Clorhidrato	25 mg /mL	Solución Inyectable Uso I.M.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	HG	2	S.I.M.	2 C
02 Antitusígenos y Expectorantes								
8030206	Ambroxol Clorhidrato	15 mg /5 mL	Solución Oral	Frasco 100 - 120 mL	GR	2	1	1 A
CRITERIO DE USO	Mucolítico con acción expectorante, indicado en los procesos broncopulmonares donde aumenta la viscosidad y adherencia del moco (Bronquitis, Bronquiectasias), por un periodo corto.							
8030207	Levodropropizina	6 mg /mL	Solución Oral	Frasco 100-120ml con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	E	1	1	2 D
CRITERIO DE USO	Antitusivo de acción periférica. Indicado únicamente para el alivio sintomático de la tos no productiva (Ej. Bronquitis, Bronquiectasias) por un corto periodo de tiempo. Requiere evaluación de la etiología de la tos.							
ESPECIALIDAD	Alergología, Otorrinolaringología, Pediatría, Medicina Interna.							
21 MEDICAMENTOS DE USO GASTROINTESTINAL								
01 Antieméticos								
8140408	Dimenhidrinato	15 - 25 mg/5 mL	Jarabe o Solución oral	Frasco 30 - 75 mL	G	1	1	1 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8020405	Dimenhidrinato	50 mg /mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 5 mL	G	1	1	1 A
8020402	Dimenhidrinato	50 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	15 - 30	1 A
8020403	Metoclopramida (Clorhidrato)	5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	G	1	3 - 4	1 A
REGULACION	No usar en niños ni en neonatos.							
8020404	Metoclopramida (Clorhidrato)	10 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	15 - 30 (MAX. 90)	1 A
REGULACION	Cantidad MAXIMA aplica para Gastroenterología. No usar en niños ni en neonatos.							
02 Antagonistas de los Receptores de la 5HT3								
8060504	Granisetron (Clorhidrato)	1 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
	(O)							
8060512	Tropisetron (Clorhidrato)	5 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual.	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060505	Granisetron (Clorhidrato)	1 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 3 mL, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
	(O)							
8060513	Tropisetron (Clorhidrato)	1 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 5 mL, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
04 Bloqueadores de Receptor H2								
8020201	Ranitidina (Clorhidrato)	50 mg	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla (2 - 5) mL, Protegido de la Luz	G	1	2 - 4	2 D
8020202	Ranitidina (Clorhidrato)	150 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	10 - 20 (MAX.60)	1 A
05 Inhibidores de la Bomba de Protones								
8020204	Esomeprazol (Sódico)	40 mg	Polvo Liofilizado para solución I.V.	Frasco Vial	HER	1	1	2 A
	(O)							
8020205	Omeprazol (Sódico)	40 mg	Polvo para Solución I.V.	Frasco Vial + Solvente	HER	1	1	2 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo para pacientes en cuidados críticos. Indicado en Úlcera Esofágica, Gástrica o Duodenal con alto riesgo de hemorragia, documentada por Endoscopia de Tubo Digestivo Superior. En casos de Emergencia en horario Nocturno, fines de semana o festivos será autorizado por Coordinadores de Turno y Jefaturas de Servicios de Medicina Interna (Previa Endoscopia de TDS)							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología y Servicios de Medicina Crítica							
8020203	Omeprazol	20 mg	Cápsula. Microgranulos con Cubierta Entérica (Liberación Retardada)	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	1	30 (MAX. 60)	2 D
REGULACION	Indicado en pacientes con Diagnóstico confirmado de Úlcera Gástrica y Duodenal Benigna, asociada a H. Pylori o Secundaria a uso de AINES, Reflujo gastroesofágico, Síndrome de Zollinger-Ellison. Duracion del tratamiento maximo 8 semanas.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterologia, Medicina Interna.							
06 Uso en Tratamiento de Diarreas								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8020505	Loperamida Clorhidrato	2 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	G	2	6 - 10**	1 A
8141403	Sales de Rehidratación Oral	KCl 1.5 g/L, NaCl 3.5 g/L, Citrato Trisódico Dihidratado 2.9 g/L, Glucosa Anhidra 20 g/L	Polvo Para Solución Oral	Sobre 27.9 g	G	1	S.I.M.	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en diarreas de alto gasto.							
8141408	Sales de Rehidratación Oral	KCl 1.5 g/L, NaCl 2.6 g/L, Citrato Trisódico Dihidratado 2.9 g/L, Glucosa Anhidra 13.5 g/L	Polvo Para Solución Oral	Sobre 20.5 g	G	1	S.I.M.	1 A
07 Laxantes								
8020701	Aceite Mineral Solución Oleosa o Emulsion oral			Frasco 120 - 250 mL	G	1	1	1 A
REGULACION	Duración Máxima de Tratamiento 7 días							
8020702	Enema Hipertónico	(Bifosfato Sódico 16 % + Fosfato Sódico 6 %)	Solución	Tubo Flexible con cánula 120 - 140 mL	G	1	1 - 3	2 D
8140505	Glicerina		Supositorio Infantil	Empaque primario individual o Frasco	G	2	3 - 6	1 A
8020707	Psyllium Hidrofílico Muciloide Contiene no menos del 49%		Polvo Granulado	Frasco (200 - 500) g	G	2	1 (MAX. 2)	1 A
REGULACION	Cantidad MAXIMA NO aplica para presentación de 500 g							
8020706	Lactulosa	10 g/15 mL	Solución	Frasco 480 - 500 mL	ER	1	1 - 2	2 D
REGULACION	Uso exclusivo para Prevención y Tratamiento de Encefalopatía Hepática.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología Medicina Interna.							
8020705	Ricino		Aceite	Frasco 60 mL.	G	1	S.I.M.	1 A
8020708	Macrogol	(PM 3,350 - 4,000) + Sulfato de Sodio Anhidro 5,600 - 5,700 g + Bicarbonato de Sodio 1,680 g + Cloruro de Sodio 1,460 g + Cloruro de Potasio 0.745 - 0.750 g	Polvo para Solución Oral	Sobre 60 - 80 g	HER	2	4	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Indicado para la preparación de pacientes a quienes se les realizará estudios radiológicos o procedimientos quirúrgicos de colon.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Ginecología, Cirugía General, Medicina Interna.							
08 Antihemorroidales								
8020604	Antihemorroidal (Anestésico Local, Sin Corticosteroide) Sin Sales de Bismuto		Ungüento	Tubo (10 - 30) g, con Aplicador Rectal	G	1	1 - 2	1 A
REGULACION	Indicado solamente por cortos períodos de tiempo ya que puede causar sensibilización de la piel anal.							
09 Medicamentos Varios								
8250028	Acido Ursodeoxicólico	150 ó 250 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	2	S.I.M.	3 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Indicado en Cirrosis Biliar Primaria, Colangitis Esclerosante Primaria. La dosis recomendada es: 13 - 15 mg/Kg/día. Dosis mayores a estas conllevan riesgo de Hepatotoxicidad.							
8020109	Aluminio Hidróxido	(300 – 320) mg/5mL	Suspensión Oral	Frasco 240 mL	ER	1	1 - 2**	2 A
REGULACION	Uso exclusivo como agente quelante de fosfato en Insuficiencia Renal.							
ESPECIALIDAD	Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología							
8250027	Mesalamina (O Mesalazina)	400 ó 500 mg	Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual	ER	2	90 (MAX. 180)	3 A
	(O)							
8250034	Mesalamina (O Mesalazina)	500 mg	Tableta de Liberación Prolongada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	2	90	3 A
REGULACION	Alternativa a Sulfazalacina para el mantenimiento de la remisión de Colitis Ulcerativa leve a moderada.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Coloproctología.							
8020803	Mesalazina	250 mg	Supositorio	Empaque primario individual o frasco	ER	2	S.I.M.	2 D
REGULACION	Manejo según protocolo. Indicado en colitis ulcerativa, proctitis, proctosigmoiditis.							
ESPECIALIDAD	Coloproctología, Gastroenterología, Ginecología Oncológica y Radioterapia							
8020801	Pancrelipasa	Lipasa 4,000 - 8,000 U FEU, Proteasa 12,000 - 70,000 U FEU, Amilasa 20,000 - 70,000 U FEU	Cápsula o Tableta	Empaque primario Individual	ER	2	Hasta 90	2 D
REGULACION	Indicado exclusivamente en reducción o Ausencia de Secreción Exócrina en Fibrosis Quística, Pancreatectomía, Gastrectomía o Pancreatitis Crónica. Medicina Interna autorizado para continuación de tratamiento.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Medicina Interna, Cirugía General							
8140406	Propinoxato	5 mg /mL	Solución Oral	Frasco Gotero 20 mL	G	1	1	1 A
8020107	Sucralfato	1 g	Tableta masticable o Polvo Granulado	Empaque Primario Individual o Sobre	ER	2	HASTA 120	2 B
REGULACION	Uso en Paciente Crítico y Reflujo Biliar.							
ESPECIALIDAD	Cirugía, Gastroenterología, Medicina Interna, Servicios de Medicina Crítica.							
8020105	Simeticona (Dimetilpolixiloxano Activado)	40 - 50 mg	Tableta o Tableta Masticable	Empaque Primario Individual	G	2	15 - 30 (MAX. 60)	1 A
8140405	Simeticona	100 mg /mL	Suspensión Oral	Frasco Gotero 20 - 30 mL	G	2	1	1 A
8160624	Polidocanol	3 %	Solución Inyectable	Frasco Vial 30 mL protegido de la luz.	ER	2	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Cirugía General, Cirugía Vascular Periférica.							
22 MEDICAMENTOS DE USO EN PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA								
01 Antipsicóticos								
8080603	Clorpromazina (Clorhidrato)	100 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	1	30 - 60**	2 D
8080616	Clozapina	100 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	HER	2	S.I.M.	3 B (POLICLINICO ARCE)



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	<p>Uso Bajo Protocolo. Indicado en Esquizofrenia severa cuando ha presentado falla o intolerancia a otros medicamentos. Debido al riesgo significativo de agranulocitosis, miocarditis y convulsiones, se debe utilizar bajo un protocolo estricto con al menos dos diferentes antipsicóticos estándar previo al uso de Clozapina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ En Esquizofrenia dosis máxima 900 mg al día. ▶ En Psicosis por enfermedad de Parkinson, máximo 100 mg al día. 							
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
8080604	Flufenazina Decanoato	25 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - S.C.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	ER	2	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
8080620	Olanzapina	10 mg	Polvo para dilución inyectable I.M.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
8080621	Quetiapina (Fumarato)	25 mg	Tableta o comprimido recubierto	Empaque primario individual	ER	1	30 - 60	3 B (POLICLINICO ARCE)
ESPECIALIDAD	Psiquiatría y Neurología.							
8080619	Quetiapina (Fumarato)	200 mg	Tableta	Empaque primario individual	ER	1	S.I.M.	3 B (POLICLINICO ARCE)
ESPECIALIDAD	Psiquiatría, Neurología.							
8080606	Haloperidol	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	30 - 60**	1 A
8080605	Haloperidol	5 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	E	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Dosis máxima usualmente recomendada 60 mg al día							
8080618	Risperidona	2 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	1	S.I.M.	3 B (POLICLINICO ARCE)
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
8080110	Risperidona	1 mg/mL	Solución Oral	Frasco de 60 mL protegido de la luz.	HER	2	1 - 2	3 B (POLICLINICO ARCE)
REGULACION	<p>Uso bajo Protocolo, Indicado en adultos mayores en Psicosis aguda y Crónica, Esquizofrenia y Trastornos Bipolares. NOTA: La risperidona esta asociada con un incremento en el riesgo de ACV, en pacientes ancianos con demencia.</p>							
ESPECIALIDAD	Psiquiatría							
02 Benzodiazepinas y Ansiolíticos								
8080104	Diazepam	10 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	G	1	7 - 15 (MAX. 60)	1 A
CRITERIO DE USO	Benzodiazepina indicada para el Tratamiento de Ansiedad Severa Aislada o el Tratamiento de Insomnio solamente cuando es severo, incapacitante o expone al individuo a un distres extremo. Debe utilizarse para el alivio a corto plazo (Solamente 2 - 4 semanas). Cantidad máxima aplica para Psiquiatría. En Unidad de Emergencia máximo 5 tabletas.							
8080103	Diazepam	5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz	G	1	1 - 5	2 D
CRITERIO DE USO	Se prefiere la via de administración endovenosa; sin embargo, si la administración IV no es posible, puede utilizarse la vía de administración intramuscular.							
8080109	Clonazepam	2 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario Individual o Frasco, protegido de la luz.	ER	2	30 - 60	2 D
REGULACION	Tratamiento adjunto en Epilepsia y Mioclonias. Alternativa a Lorazepam en Trastorno de Pánico Resistente a Antidepresivos (De acuerdo a Lineamiento Institucional). En Unidad de Emergencia máximo 5 tabletas.							
ESPECIALIDAD	Neurocirugía, Neurología, Psiquiatría.							
8080105	Lorazepam	2 mg	Tableta	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	1	7 - 15 (MAX. 60)	1 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Benzodiazepina indicada para el Tratamiento de Ansiedad Severa Aislada o el Tratamiento de Insomnio solamente cuando es severo, incapacitante o expone al individuo a un distres extremo. Debe utilizarse para el alivio a corto plazo (Solamente 2 - 4 semanas). Cantidad máxima aplica para Psiquiatría. En Unidad de Emergencia máximo 5 tabletas.							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Psiquiatría.							
8080107	Midazolam (Clorhidrato)	5 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 3 mL	HER	1	S.I.M.	2 C
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Medicina Crítica y Psiquiatría.							
8080112	Midazolam (Clorhidrato)	1 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 5 mL	HER	1	S.I.M.	2 C
ESPECIALIDAD	Anestesiología.							
8250052	Midazolam (Clorhidrato)	1 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.; Sin Alcohol Bencílico, Libre de Preservantes	Ampolla 5 mL	HER	1	S.I.M.	3 B (HOSP. 1º DE MAYO)
REGULACION	Uso en neonatos exclusivamente en Estatus Convulsivo Neonatal refractarios al tratamiento convencional, cuando las alternativas terapéuticas de elección administradas previamente no sean suficientes para controlar los síntomas del paciente							
ESPECIALIDAD	Neonatología, Pediatría							
03 Antagonistas de Benzodiazepinas								
8080108	Flumazenil	0.1 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
CRITERIO DE USO	Intoxicación con Benzodiazepinas con compromiso neurológico.							
04 Antidepresivos Tricíclicos y Drogas Relacionadas								
8080201	Amitriptilina Clorhidrato	25 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	HASTA 180	1 A
8080203	Imipramina Clorhidrato	25 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	ER	2	60 - 90 (MAX. 180)	2 D
REGULACION	Cantidad máxima aplica para Psiquiatría.							
ESPECIALIDAD	Urología, Uroginecología y Psiquiatría.							
8080206	Trazodone	100 mg.	Tableta Ranurada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	E	2	30 - 60	2 D
REGULACION	Antidepresivo, que será utilizado por sus propiedades hipnóticas y sedantes, para el manejo de insomnio y trastornos conductuales asociados a la edad; al igual será opción como antidepresivo en los programas de salud mental y en consultorios de psiquiatría.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Psiquiatría.							
8250304	Amfebutamona (Clorhidrato de Bupropion)	150 mg	Tableta de Liberación Prolongada	Empaque primario Individual o Frasco por 30, protegido de la luz.	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Clínica de Control del Tabaco							
05 Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina.								
8080207	Fluoxetina	20 mg	Cápsula	Empaque primario individual, Protegido de la luz	G	1	30 - 60**	1 A
8080208	Sertralina (Clorhidrato)	50 mg	Cápsula ò Tableta	Empaque primario Individual	ER	1	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
8080111	Venlafaxina	75 mg	Cápsula de Liberación Prolongada	Empaque primario Individual	HER	2	30 - 60	3 B (POLICLINICO ARCE)
REGULACION	Uso bajo Protocolo, Indicado en pacientes con Depresión Unipolar con Falla Terapéutica a dos Antidepresivos indicados en la Dosificación y duración de Tratamiento Adecuado. NOTA: No debe ser Prescrito en condiciones asociadas con Alto Riesgo de Arritmia Cardiaca, Hipertensión no Controlada, Embarazo y Lactancia.							
ESPECIALIDAD	Psiquiatría							
06 Moduladores del afecto								
8080607	Litio Carbonato	295 - 300 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	60 - 90	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Psiquiatría.							
07 Anticonvulsivantes								
8080301	Carbamazepina	200 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual protegido de la luz.	G	1	HASTA 240	1 A
CRITERIO DE USO	Debe monitorizarse las pruebas hepáticas y Hematológicas durante la terapia con este medicamento.							
8080302	Fenitoína Sódica	100 mg	Cápsula de Liberación Prolongada	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	G	1	30 - 90 (MAX. 120)	1 A
CRITERIO DE USO	Debe monitorizarse las pruebas Hematológicas durante la terapia con este medicamento.							
8080303	Fenitoína Sódica	50 mg/mL	Solución Inyectable I.V. (Sin alcohol bencílico, libre de preservantes)	Ampolla o Frasco Vial 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8080307	Fenobarbital	100 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	E	1	HASTA 60	2 D
CRITERIO DE USO	Debe monitorizarse las concentraciones séricas de folatos, pruebas hepáticas, Hematológicas y función renal durante la terapia con este medicamento.							
8140906	Fenobarbital	20 mg/ 5 mL	Solución Oral, contenido de Alcohol del 12 - 15 %	Frasco 120 mL, Protegido de la Luz	ER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Pediatria							
8080306	Fenobarbital Sódico	65 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. (Sin alcohol bencílico, libre de preservantes)	Ampolla 2 mL	HE	1	S.I.M.	2 C
8080308	Gabapentina	300 mg	Cápsula	Empaque primario Individual	ER	2	90 - 120 (MAX. 180)	2 B
CRITERIO DE USO	Tratamiento Adjunto en Epilepsia de difícil Control y Segunda Linea en Dolor Neuropático Secundario a Diabetes Mellitus o asociado a Neoplasia, Neuralgia Post Herpética.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Clínica del Dolor, Endocrinología, Neurocirugía, Fisiatría.							
8250102	Lamotrigina	100 mg	Tableta o Tableta Masticable	Empaque Primario Individual	ER	2	90**	3 A y POLICLINICO ARCE
CRITERIO DE USO	Indicado en: Coadyuvante en el tratamiento de la Epilepsia Refractaria. Uso bajo protocolo en Psiquiatría para el manejo de síntomas depresivos en trastorno Bipolar.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Psiquiatría.							
8080305	Ácido Valproico o Valproato (Sódico)	500 mg	Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual o Frasco	E	1	HASTA 240	2 D
8080311	Topiramato	100 mg	Tableta	Empaque primario individual o frasco.	ER	1	HASTA 90	3 A
ESPECIALIDAD	Neurología.							
8080312	Valproato de Sodio	200 mg/ml (equivalente a aproximadamente 174 mg de Acido Valproico)	Solución oral	Frasco 40-60 mL con dosificador graduado tipo Jeringa o Pipeta	ER	1	HASTA 3	2 D
ESPECIALIDAD	Neurología, Medicina interna, Pediatria.							
08 Antiparkinsonianos								
8080505	Amantadina (Clorhidrato o Sulfato)	100 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	2	30 - 60 MAX. 120	3 A
ESPECIALIDAD	Neurología							
8080502	Biperideno Clorhidrato	2 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	E	1	30 - 90	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8080501	Biperideno Lactato	5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	HE	1	S.I.M.	2 B
8080504	Levodopa + Carbidopa	200 mg + 50 mg	Tableta de Liberación Prolongada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	1	S.I.M.	3 A
REGULACION	Tratamiento Enfermedad de Parkinson con fluctuaciones motoras de difícil control.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Neurocirugía.							
8080503	Levodopa + Carbidopa	(250 + 25) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	HASTA 240	2 D
ESPECIALIDAD	Neurología, Neurocirugía Medicina Interna							
8080506	Pramipexole diclorhidrato monohidratado	1 mg	Tableta (eq. 0.7 mg pramipexol base)	Empaque primario individual.	ER	1	HASTA 135	3 A y POLICLÍNICO ARCE
REGULACION	Uso bajo protocolo. Indicado en adultos en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson idiopática de inicio temprano (< 60 años) y en los estadios tardíos como coadyuvante en el control de los trastornos motores ocasionados por el uso crónico de Levodopa. Dosis máxima recomendada: 4.5 mg/día (Como sal diclorhidrato monohidratado)							
ESPECIALIDAD	Neurología							
09 Varios								
8250055	Donepecilo	5 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	HASTA 60	3 A
CRITERIO DE USO	Síndrome demencial.							
ESPECIALIDAD	Neurología.							
23 MEDICAMENTOS DE USO EN ENDOCRINOLOGIA								
01 Uso en Diabetes								
8070316	Glimepirida	4 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	HASTA 60	1 A
8070310	Insulina Humana Cristalina ADN Recombinante	100 UI/mL	Solución inyectable I.V. - S.C.	Frasco vial 10 mL	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8070311	Insulina Humana Cristalina ADN Recombinante	100 UI/mL	Solución inyectable I.V. - S.C.	Frasco vial 5 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8070312	Insulina Humana Isofana NPH - ADN Recombinante	100 UI/mL	Suspensión inyectable S.C.	Frasco vial 10 mL	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8070313	Insulina Humana Isofana NPH - ADN Recombinante	100 UI/mL	Suspensión inyectable S.C.	Frasco vial 5 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8070309	Metformina Clorhidrato	850 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco	G	1	HASTA 90	1 A
REGULACION	Indicado en: Diabetes Mellitus tipo 2, que no responde a dieta y ejercicio.							
8070317	Metformina (Clorhidrato) + Glimepirida	1000 mg + 4 mg.	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	1	HASTA 60	1A
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Endocrinología, Clínicas Metabólicas							
8070318	Metformina (Clorhidrato) + Glimepirida	1000 mg + 2 mg.	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	1	HASTA 90	1A
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Endocrinología, Clínicas Metabólicas							
02 Hormonas Tiroideas y agentes Antitiroideos								
8070306	Levotiroxina Sódica	0.1 mg (100 mcg)	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	GR	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	En Medicina General uso exclusivo para continuación de tratamiento indicado por especialista.							
8070308	Levotiroxina Sódica	0.05 mg (50 mcg)	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	GR	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	En Medicina General uso exclusivo para continuación de tratamiento indicado por especialista.							
8070307	Metimazol	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	1	S.I.M.	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8070304	Propiltiouracilo	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	E	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Indicado en el primer trimestre del embarazo y en pacientes alérgicos o con intolerancia a Metimazol							
03 Hormonas Hipotalámicas, Pituitarias y otros Agentes								
8070413	Cabergolina	0.5 mg	Tableta	Empaque primario individual o frasco, protegido de la luz.	ER	1	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Neurología, Endocrinología, Ginecología.							
8250111	Desmopresín Acetato	10 mcg/dosis	Aerosol Nasal	Frasco Inhalador de 50 - 60 Inhalaciones, Protegido de la Luz	ER	2	1	3 A
REGULACION	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Insípida.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología							
8070406	Testosterona Enantato o Cipionato	250 mg		Ampolla 1 – 2 mL	ER	2	1 - 2	2 B
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Urología.							
8250031	Vasopresina	20 U/mL	Solución Inyectable Uso SC - IM	Frasco Vial de 1 mL	HER	2	S.I.M.	2 A
ESPECIALIDAD	Neurocirugía, Unidad de Cuidados Intensivos							
04 Inhibidores de la Metil CoA Reductasa								
8070132	Atorvastatina (Cálcica)	10 mg	Tableta Recubierta	Empaque primario individual, Protegido de la luz	G	1	30 - 60**	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado cuando no exista un control adecuado del colesterol, con las medidas no farmacológicas como la dieta y el ejercicio. Se realizara monitoreo de las pruebas hepáticas, función renal y de CPK al inicio en el paciente con factores de riesgo (Hipotiroidismo no tratado, alcoholismo) y en aquel paciente que durante el tratamiento presente síntomas (Mialgias, debilidad muscular). Considerar interacciones farmacológicas con Fibratos (Gemfibrozilo), Verapamilo, Claritromicina, Fluconazole, Itraconazole, Amiodarona.							
8070136	Atorvastatina (Cálcica)	40 mg	Tableta o Comprimido recubierto	Empaque primario individual, Protegido de la luz	ER	1	30 - 60	2 D
CRITERIO DE USO	Indicado cuando no exista un control adecuado del colesterol, con las medidas no farmacológicas como la dieta y el ejercicio. Además indicado en el manejo de pacientes que han sufrido un evento coronario o cerebro vascular. Se realizara monitoreo de las pruebas hepáticas, función renal y de CPK al inicio en el paciente con factores de riesgo (Hipotiroidismo no tratado, alcoholismo) y en aquel paciente que durante el tratamiento presente síntomas (Mialgias, debilidad muscular). Considerar interacciones farmacológicas con Fibratos (Gemfibrozilo), Verapamilo, Claritromicina, Fluconazole, Itraconazole, Amiodarona.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Medicina Interna, Neurología, Cardiología, Clínicas Metabólicas.							
05 Fibratos								
8070133	Ciprofibrato	100 mg	Tableta	Empaque primario individual	G	1	30	1 A
	(O)							
8070134	Fenofibrato (Micronizado)	160 - 200 mg	Cápsula	Empaque primario individual	G	1	30	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado cuando no exista un control adecuado de los triglicéridos con las medidas no farmacológicas como dieta y ejercicio. Toda persona con niveles de triglicéridos superiores a 400 mg/dl debe ser tratado con un fibrato al menos en forma transitoria y en pacientes con enfermedad coronaria, diabetes mellitus con LDL inferior a 140 mg/dl y con HDL menor a 40 mg/dl. Precaución: El uso concomitante con estatinas aumenta el riesgo de Rabdomiolisis.							
06 Sales de Calcio, Bifosfonatos y otras drogas que afectan el Metabolismo Óseo.								
8060508	Acido Zoledrónico	4 mg	Solución concentrada o Polvo Liofilizado para Infusión I.V.	Frasco Vial	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8070206	Alendronato (Como sal sódica trihidratada)	Equivalente a 70 mg de Ácido Alendrónico	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	4	2 D
REGULACION	Uso de acuerdo a Norma de Atención Integral para la Salud de la Mujer.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Ginecología, Medicina Interna.							
8070202	Calcio (Carbonato)	600 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco	GR	1	30 - 60 **	1 A
REGULACION	Uso de acuerdo a Norma de Atención Integral para la Salud de la Mujer. Los asteriscos aplican exclusivamente para Endocrinología y Nefrología.							
8070207	Calcio Iónico	126.7 mg (Equivalente a 500 mg de Acetato de Calcio)	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	HASTA 90	2A
ESPECIALIDAD	Nefrología.							
8070208	Calcio elemental	600 mg (Equivalente a 1500 mg de Carbonato de Calcio) + Vitamina D3 (Colecalciferol) 200 U.I.	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 30 Protegido de la luz.	GR	1	30 - 60	1 A
	(O)							
8070209	Calcio elemental	315-320 mg (Equivalente aprox. a 1492-1517 mg de Citrato de Calcio tetrahidratado) + Vitamina D3 200 U.I.	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 30.	GR	1	60 - 120	1 A
REGULACION	Uso de acuerdo a Norma de Atención Integral para la Salud de la Mujer para prevención y tratamiento de osteoporosis en pacientes con una adecuada ingesta de calcio y/o vitamina D; así como para hipocalcemia y osteodistrofia asociada con Insuficiencia Renal Crónica estadios 1 al 2. Relacion de dosis Calcio Carbonato: Calcio Citrato aprox. 1:2.							
24 CORTICOSTEROIDES								
01 Medicamentos Varios								
8090501	Betametasona Acetato + Betametasona (Fosfato Sódico)	(3 + 3) mg/mL	Suspensión Inyectable I.M.	Ampolla 1 mL	E	1	S.I.M.	2 D
8010506	Dexametasona Fosfato (Sódico)	4 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 5 mL, Protegido de la Luz	HGR	1	S.I.M.	2 B
REGULACION	Indicado para diagnóstico de Enfermedad de Cushing, Hiperplasia Adrenal Congénita, Edema Cerebral asociado a Malignidad. En Pediatría indicado en Croup (Emergencia Pediátrica)							
8250002	Dexametasona	0.5 mg	Tableta	Empaque primario Individual	ER	2	30 - 60	3 A
REGULACION	Diagnóstico de Enfermedad de Cushing, Hiperplasia Adrenal Congénita y Edema Cerebral Asociado a Malignidad							
ESPECIALIDAD	Neurocirugía, Endocrinología.							
8250101	Fludrocortizona Acetato	0.1 mg	Tableta	Empaque primario Individual o Frasco	ER	2	HASTA 30	3 A
REGULACION	Terapia de Reemplazo Mineralocorticoide en Insuficiencia Adrenal.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010508	Hidrocortisona (Succinato Sódico)	500 mg	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial con diluyente (Sin alcohol bencílico, libre de preservantes).	E	1	S.I.M.	2 D
8010512	Metilprednisolona Succinato	500 mg	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial	HG	1	S.I.M.	2 B
8010515	Prednisona	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	HASTA 30**	1 A
8010514	Prednisona	50 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	E	1	HASTA 30**	2 D
CRITERIO DE USO	Asteriscos aplican exclusivamente para Reumatología							
8010505	Triamcinolona Acetonido	10 mg/mL	Suspensión Inyectable I.M. - I.A. - I.L.	Frasco Vial 5 mL, Protegido de la Luz	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología, Reumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía General.							
25 MEDICAMENTOS DE USO EN ONCOLOGIA								
01 Agentes Alquilantes								
8060133	Carmustine (BCNU)	100 mg	Polvo Liofilizado Uso I.V.	Frasco Vial con Diluyente	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060111	Ciclofosfamida Anhidra	0.5 g	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología, Reumatología, Nefrología.							
8060112	Ciclofosfamida	50 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual.	ER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA Y CONS. ESPEC.)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología, Reumatología, Nefrología.							
8060121	Clorambucil	2 mg	Tableta Recubierta	Frasco por 25 ó 50, Protegido de la Luz	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060147	Ifosfamida	1 g	Polvo para dilución I.V.	Frasco Vial	HE	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060118	Melfalán	2 mg	Tableta	Frasco de Vidrio por 25 ó 50 tabletas, Protegido de la luz	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
02 Antimetabolitos								
8060141	Capecitabina	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual o Frasco	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
8060110	Citarabina	100 mg	Solución Inyectable (Libre de Preservantes) o Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060146	Citarabina	500 mg	Polvo Para Dilución o solución Inyectable I.V. libre de preservantes	Frasco Vial	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología.							
CRITERIO DE USO	No utilizar diluyente con preservante para la administración intratecal.							
8250024	Gemcitabina	1 g	Polvo para Dilución I.V.	Frasco Vial	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Oncología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8060115	5 - Fluorouracilo	500 mg	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial (10 - 20) mL, protegido de la luz.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8060114	Mercaptopurina	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060107	Metotrexate (Sódico)	25 mg/mL	Polvo para Dilución o solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 2 mL, sin preservantes, protegido de la luz.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Oncología, Hematología, Reumatología.							
03 Antibióticos Citotóxicos								
8060109	Bleomicina (Sulfato)	15 Unidades	Polvo para Dilución I.M. - I.V. - S.C.	Frasco Vial	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060105	Doxorrubicina Clorhidrato	10 mg	Polvo para Dilución I.V.	Frasco Vial.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Urología, Oncología, Hematología.							
8060135	Epirubicina	10 mg	Polvo para Dilución I.V. o Solución Inyectable.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
8250023	Idarrubicina	5 mg	Polvo para Dilución I.V.	Frasco Vial 5 mL	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060129	Mitoxantrona (Clorhidrato)	2 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 10 mL	HE	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
04 Protectores de Toxicidad								
8060127	Leucovorina (Cálcica) [Sinónimos: Ácido Folínico (Sal cálcica) o Folinato (Cálcico)]	50 mg ó 10 mg/mL	Polvo Liofilizado Para Dilución, Frasco Vial con Diluyente o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Ampolla 5 mL, Protegido de la Luz	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología, Infectología.							
8060123	Leucovorina Cálcica [Sinónimos: Ácido Folínico (Sal cálcica) o Folinato (Cálcico)]	15 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología, Infectología.							
8060131	Mesna	100 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 4 mL	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología, Reumatología, Oncología.							
05 Alcaloides de la Vinca y Etopósido								
8060122	Etopósido	20 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 5 mL	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8060117	Vincristina Sulfato	1 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 1 mL, protegido de la luz.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8060126	Vinblastina Sulfato	10 mg	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
06 Inhibidores de la DNA Topo - Isomerasa								
8060144	Irinotecan	100 mg	Concentrado Para Infusión Intravenosa	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
07 Compuestos Platinados								
8060113	Cisplatino	50 mg	Polvo Para Dilución o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8060134	Carboplatino	150 mg	Polvo Para Dilución o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
8060137	Oxaliplatino	100 mg	Solución Inyectable o polvo para dilución I.V. con o sin diluyente	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
08 Antagonistas Hormonales								
8060506	Anastrozol	1 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8070410	Acetato de Leuprorelina	22.5 mg	Suspensión inyectable de Depósito para liberación controlada durante un período de tres meses. Uso SC.	Kit conteniendo dos Jeringas para mezclado inmediato: 1 Jeringa prellenada A (Sistema de Liberación Polimérico biodegradable) + 1 Jeringa prellenada B (Leuprolida Acetato, polvo liofilizado) + 1 aguja.	ER	1	1	2 B
	(O)							
8070411	Goserelina (Acetato)	10.8 mg	Implante de Depósito	Jeringa Precargada	ER	1	1	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Urología							
8060142	Bicalutamida	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	S.I.M.	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología, Urología.							
8070407	Goserelina (Acetato)	3.6 mg	Implante de Depósito	Jeringa Precargada	ER	2	1	2 B
	(O)							
8070409	Acetato de Leuprorelina	3.75 mg	Polvo Liofilizado para Reconstitución. Inyección de Depósito, uso SC - IM	Frasco Vial con Disolvente	ER	2	1	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Ginecología, Urología							
8060509	Letrozol	2.5 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA, H. 1 MAYO)
REGULACION	Hormonoterapia de 2a. Línea en paciente con Cáncer de mama, refractario a Tamoxifeno. Tratamiento de infertilidad.							
ESPECIALIDAD	Oncología, Infertología.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8060143	Docetaxel	40 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco vial 2 mL con diluyente.	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
8070405	Octreotida (Acetato)	0.1 mg/mL	Solución Inyectable S.C. I.V.	Ampolla 1 mL	ER	2	S.I.M.	2 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Gastroenterología, Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía General.							
8070412	Octreotide (Acetato)	20mg	Polvo para suspensión de depósito I.M.	Frasco vial + jeringa con diluyente 2.5 ml.	ER	1	1	3 A
CRITERIO DE USO	Indicado en pacientes con diagnóstico de acromegalia, en quienes la cirugía o la radioterapia son inadecuadas o ineficaces, o durante el tiempo necesario para que la radioterapia alcance su eficacia máxima. Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos funcionales gastroenteropancreáticos, tumores con características del síndrome carcinoide. Uso bajo protocolo							
ESPECIALIDAD	Endocrinología.							
8060501	Tamoxifeno (Citrato)	20 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 A
REGULACION	Uso exclusivo en Cáncer de Mama.							
ESPECIALIDAD	Oncología, Gineco-oncología.							
09 Inmunomoduladores								
8060239	Azatioprina	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	ER	1	S.I.M.	2 A
REGULACION	Criterio de uso aprobado en Gastroenterología: Terapia adyuvante en Hepatitis autoinmune							
ESPECIALIDAD	Hematología, Nefrología, Reumatología, Gastroenterología, Neurología, Alérgia e Inmunología.							
8060235	Ciclosporina A	100 mg	Cápsula de Gelatina Blanda. (Modificada: Microemulsión o Dispersión Acuosa)	Empaque Primario Individual.	ER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
ESPECIALIDAD	Dermatología, Nefrología, Reumatología, Hematología, Neurología, Alérgia e Inmunología.							
8060233	Ciclosporina A	100 mg/mL	Solución Oral. (Modificada: Microemulsión o Dispersión Acuosa)	Frasco 50 mL.	ER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
ESPECIALIDAD	Dermatología, Nefrología, Reumatología, Hematología, Neurología, Alérgia e Inmunología.							
8060240	Micofenolato Mofetil	250 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Alternativa terapéutica de la Azatioprina en paciente con Transplante Renal, Nefritis Lúpica, Miastenia Gravis y Esclerosis Múltiple.							
ESPECIALIDAD	Nefrología, Unidad de Transplante Renal, Reumatología y Neurología.							
8060241	Tacrolimus	1 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA y H. SAN MIGUEL)
	(O)							
8060243	Tacrolimus	1 mg	Cápsula de liberación prolongada	Empaque Primario Individual	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA y H. SAN MIGUEL)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Alternativa terapéutica de Ciclosporina en la Prevención del Rechazo agudo de Transplante Renal.							
ESPECIALIDAD	Nefrología, Unidad de Transplante Renal							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
10 Medicamentos Varios								
8060149	Bortezomib	3.5 mg	Polvo liofilizado para dilución I.V. ò S.C	Frasco Vial	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología							
8060128	Dacarbazina	200 mg	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8060139	Filgrastím	300 mcg	Solución Inyectable	Jeringa Prellenada 0.5 mL o Frasco Vial 1 mL	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	De acuerdo a Protocolo aprobado Institucionalmente.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060138	Hidroxiurea (Hidroxycarbamida)	500 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060145	Imatinib (Mesilato)	100 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual o Frasco	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica (Cromosoma Filadelfia +) Refractaria a Quimioterapia de Primera Línea y Tratamiento de Tumores del Estroma Gastrointestinal Malignos Confirmados Histológicamente y Kit (CD 117) Positivo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología Clínica							
8060150	Imatinib (Mesilato)	400 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco	HER	2	HASTA 60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica (Cromosoma Filadelfia +) Refractaria a Quimioterapia de Primera Línea y Tratamiento de Tumores del Estroma Gastrointestinal Malignos Confirmados Histológicamente y Kit (CD 117) Positivo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología Clínica							
8250026	L - Asparaginasa	10,000 UI	Polvo Para Dilución I.M. I.V.	Frasco Vial	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060136	Paclitaxel	6 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 5 mL	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología.							
8060116	Procarbazina	50 mg	Cápsula	Frasco, protegido de la luz.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
8250032	Rituximab	10 mg/mL	Concentrado Para Infusión Intravenosa	Frasco Vial 10 mL	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso bajo Protocolo Anticuerpo Monoclonal para tratamiento de pacientes con Linfoma no Hodgkin con CD - 20 (+) de bajo y alto grado de malignidad y para uso en rechazo agudo de trasplante renal con falla a corticosteroides.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Hematología, Trasplante renal.							
8250057	Rituximab	1400 mg	Solución inyectable S.C.	Frasco Vial 11.7 mL, protegido de la luz. Infusión Intravenosa	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso bajo Protocolo Anticuerpo Monoclonal para tratamiento de pacientes con Linfoma no Hodgkin con CD - 20 (+) de bajo y alto grado de malignidad y para uso en rechazo agudo de trasplante renal con falla a corticosteroides.							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060148	Talidomida	100 mg	Tableta o cápsula	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso bajo protocolo aprobado Institucionalmente. Primera linea para el tratamiento de Mieloma Múltiple. Uso exclusivo de Hematología							
ESPECIALIDAD	Hematología							
8250056	Trastuzumab	120 mg/ml	Solución inyectable S.C	Frasco de 5 ml, protegido de la luz	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología Clínica							
8250053	Trastuzumab	440 mg	Polvo para concentrado para solución para Infusión I.V. Frasco Vial con diluyente a base de agua bacteriostática para inyección (Contiene alcohol bencílico al 1.1% como preservante)	Frasco Vial 20 mL	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Oncología Clínica							
8060151	Temozolamida	100 mg	Cápsula	Frasco	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Oncología.							
26 MICRONUTRIENTES								
01 Vitaminas								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8090505	Multivitaminas y Minerales Prenatales. Fórmula con micronutrientes esenciales que permita suplementar los requerimientos de ingesta dietética diaria en la mujer embarazada. Preferiblemente que contenga la siguiente composición por tableta o cápsula: Vitamina A (como equivalentes de Retinol): no más de 800 mcg (2,665 U.I.); Vitamina D: No más de 10 mcg (400 U.I.); Vitamina E (Como equivalentes de alfa-Tocoferol): No más de 18 mg (30 UI); Tiamina (Vitamina B1): No más de 3 mg; Riboflavina (Vitamina B2): No más de 3.5 mg; Piridoxina (Vitamina B6): No más de 8 mg; Cianocobalamina (Vitamina B12): No más de 8 mcg; Acido Ascórbico (Vitamina C): 50 a 100 mg; Acido Fólico (como Folato): 0.4 a 1 mg; Zinc (elemental): 10 a 25 mg; Hierro (elemental): 25 a 60 mg; Yodo (elemental): 150 a 300 mcg. Puede contener Niacina (Vitamina B3): 15 a 20 mg y Calcio (elemental): 50 a 150 mg. Preferiblemente sin flúor. En caso de contener este no deberá ser más de 2.2 mg Fluoruro de sodio (Equiv. a 1 mg de flúor).		Cápsula o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	2	30	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en pacientes con déficit de vitaminas o minerales o requerimientos aumentados como embarazo, desnutrición, Síndrome Neoplásico, etc.							
8140811	Multivitaminas Pediátricas	Vitamina A 2,000 UI Vitamina D 200 UI Vitamina E 7 UI Vitamina K1 0.2 mg, Niacinamida 17 mg, Riboflavina 1.4 mg, Piridoxina 1 mg, Acido Pantoténico 5 mg, Tiamina 1.2 mg, Vitamina C 80 mg, Biotina 0.020 mg, Cianocobalamina 0.001 mg, Acido Fólico 0.140 mg	Polvo Liofilizado para Dilución I.V	Frasco Vial + Diluyente 5 mL	HER	1	S.I.M.	3 B (H. 1° DE MAYO)
ESPECIALIDAD	Neonatología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8070125	Multivitaminas Adulto	Vitamina A 3,300 UI Vitamina C 100-200 mg , Vitamina D 200 UI Tiamina 3 -6 mg , Riboflavina 3.6 mg , Piridoxina 4 -6 mg , Niacinamida 40 mg , Acido Pantoténico 15 mg , Vitamina E 10 mg ó 10 U.I., Cianocobalamina 5 mcg, Biotina 60 mcg, Acido Fólico 400 -600 mcg,	Polvo Liofilizado Para Dilución I.V.	Frasco Vial + Diluyente 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 A
8060405	Piridoxina Clorhidrato	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	GR	1	30 - 60 (MAX. 90)	1 A
	(O)							
8060408	Piridoxina Clorhidrato	25 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	GR	1	60 - 120 (MAX. 180)	1 A
REGULACION	Indicado en estado de deficiencia comprobada: Alcoholismo, Gastrectomía, Hemodiálisis y Síndrome de mala Absorción. Tratamiento de Neuropatía secundaria a Isoniacida. Anemia Sideroblástica Idiopática.							
8070107	Tiamina Clorhidrato	100 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz	G	1	1	1 A
8140810	Vitamina A + C + D	(1,500 - 2,500) UI+ (30 - 60) mg + (300 - 400) UI/mL de preferencia sin Fluor	Solución Oral	Frasco (50 - 60) mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta, Protegido de la Luz	HER	2	1	2 A y H. AMATEPEC
CRITERIO DE USO	Prevención y tratamiento de deficiencias vitamínicas en el recién nacido prematuro.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8070108	Vitamina A (Palmitato)	50,000 UI	Cápsula o Perla de Gelatina Blanda	Empaque Primario Individual o Frasco, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 4	1 A
CRITERIO DE USO	Tratamiento de deficiencia de Vitamina A: Estados de malabsorción intestinal y desnutrición. Uso de acuerdo a Norma del Programa de Atención Integral en Salud Infantil. Adenda 1-24-06-2010 (Esquema de dosificación y prescripción de vitamina A desde el nacimiento).							
8070101	Ácido Ascórbico	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	GR	2	15 (MAX. 60)	1 A
CRITERIO DE USO	. Profilaxis y Tratamiento de deficiencia de vitamina C (Escorbuto). . Coadyuvante en: Tratamiento de Metahemoglobinemia, Terapia de quelación en sobrecarga de hierro severa, Acidificación de la orina en el Manejo de IVU recurrente. Cantidad Máxima aplica para: Urología.							
8070110	Alfacalcidol	0.25 mcg	Cápsula de gelatina blanda.	Empaque Primario Individual o Frasco Protegido de la Luz	ER	1	30 -60 (MAX. 90)	2 A
	(O)							
8070137	Calcitriol	0.25 mcg	Cápsula de gelatina blanda.	Empaque Primario Individual o Frasco Protegido de la Luz	ER	1	30 -60 (MAX. 90)	2 A
REGULACION	Alfacalcidol indicado como primera opción para el tratamiento de hipocalcemia crónica y osteodistrofia asociada con hipoparatiroidismo e Insuficiencia Renal Crónica estadios 3 al 5. Requiere vigilancia estrecha de la concentración sérica de calcio.							
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Nefrología y Medicina Interna.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
02 Minerales								
8150009	Fluoruro de Sodio Acidulado	1.23 % (de Ión Flúor)	Gel. PH de 3 - 5	Frasco de 200 - 500 mL	ER	2	S.I.M.	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en Hipersensibilidad dentaria y Prevención de Caries Dental.							
ESPECIALIDAD	Odontología General y Odontopediatría.							
8140809	Fluoruro Sódico	1 mg	Tableta Ranurada en Cruz	Empaque Primario Individual o Frasco	G	1	HASTA 30	1 A
CRITERIO DE USO	Profilaxis de caries dental.							
8070505	Zinc Elemental	(50 - 75) mg	Tableta o Cápsula	Empaque primario Individual	ER	2	Hasta 90	2 B
CRITERIO DE USO	En estados de deficiencia comprobada de Zinc ó Condiciones Perdedoras de Zinc							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Medicina Interna							
8140808	Zinc (Sulfato)	10 mg /5 mL	Jarabe	Frasco 120 mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta, Protegido de la Luz	G	2	1	1 A
REGULACION	Uso según esquema de dosificación terapéutica en niños con diarrea aguda. Norma del Programa de Atención Integral en Salud Infantil. Mayo 2009. En la indicación para el esquema preventivo de dosificación, no aplica el uso de receta pediátrica repetitiva. Se prescribirá 1 frasco cada 6 meses.							
03 Hematínicos								
8060401	Ácido Fólico	5 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	G	1	15 - 30	1 A
CRITERIO DE USO	Uso en programa de Atención integral en Salud a la mujer en edad productiva, embarazo y lactancia. (Máximo 15 Tabletas). Tratamiento de anemia megaloblastica, anemia hemolítica, dialisis.							
8060406	Cianocobalamina	1,000 mcg/mL	Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz	G	1	1 - 2	1 A
CRITERIO DE USO	Tratamiento de anemia perniciosa, megaloblastosis, posterior a Gastrectomía o resección Ileal. En estados de deficiencia: Alcoholismo, Anemia hemolítica, enfermedad del tracto Biliar hepático, enfermedades intestinales (Sprue Tropical, enfermedad celiaca, síndrome de mala absorción).							
8060420	Hierro sacarosa (complejo de sacarosa e hidróxido de hierro III)	20 mg/mL	solución inyectable I.V. sin preservantes	Frasco Vial o ampolla 5 mL	HE	2	S.I.M.	2 B
CRITERIO DE USO	Exclusivo en Anemias Ferroprivas en las que no es posible Ferroterapia oral; Pacientes con Insuficiencia Renal en Hemodiálisis (y algunos en Diálisis Peritoneal)							
ESPECIALIDAD	Hematología, Nefrología, Medicina Interna, Ginecología.							
8140812	Hierro Sulfato	125 mg/mL	Solución Oral	Frasco 60 mL, con gotero dosificador calibrado (0.5 - 1) mL, tipo jeringa o pipeta, Protegido de la luz	G	1	1	1 A
8060402	Hierro Sulfato	300 mg	Tableta o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual.	G	1	30 - 90	1 A
27 SOLUCIONES PARENTERALES Y ELECTROLITOS								
01 Soluciones Correctoras de Trastornos Hidroelectrolíticos								
8160521	Agua Estéril Para Inyección			Ampolla 10 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8160522	Agua Estéril Para Inyección			Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	G	2	S.I.M.	2 D
8160534	Agua Estéril Para Inyección			Frasco Plástico Flexible, tapón con punto de entrada de material perforable hermético y sello de seguridad o Bolsa 1000 mL	G	1	S.I.M.	1 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8160513	Dextrosa + Sodio Cloruro	(5 + 0.9) %	Solución Electrolítica en Agua Destilada I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1,000 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8160509	Dextrosa en Agua Esteril para Inyección	5 %	Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1,000 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8160510	Dextrosa en Agua Esteril para Inyección	5 %	Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8160512	Dextrosa en Agua Esteril para Inyección	10 %	Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160511	Dextrosa en Agua Esteril para Inyección	10 %	Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1000 mL	HG	2	S.I.M.	2 C
8160514	Dextrosa en Agua Esteril para Inyección	50%	Solución Inyectable I.V.	Frasco o Bolsa 50 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8160517	Solución Electrolítica en Agua estéril para inyección con Na, K, Ca y Lactato, (Hartmann o Ringer)		Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1,000 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8141407	Solución Electrolítica en Agua Esteril para Inyección con Na, K, Ca y Lactato, (Hartmann o Ringer)		Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8141406	Sodio Cloruro + Dextrosa	(0.3 + 5) %	Solución Inyectable Hipotónica	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	G	1	S.I.M.	2 D
8160537	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución Inyectable IV	Ampolla 10 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8160535	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución Inyectable I.V.	Frasco o Bolsa 100 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160523	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución Inyectable I.V.	Bolsa o Frasco Plástico Flexible 250 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8160518	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución Inyectable I.V.	Frasco o Bolsa 1000 mL	G	1	S.I.M.	1 A
8160538	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución Inyectable I.V.	Frasco o Bolsa 3000 mL	G	1	S.I.M.	1 A
02 Soluciones Correctoras de Trastornos Electrolíticos y Equilibrio Acido Base								
8160530	Sodio Bicarbonato	(44.6 - 50) mEq/ 50 mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 50 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
8070201	Calcio (Gluconato)	10 %. (100 mg/mL)	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8070515	Fosfato de Potasio	Fosfato 3 mM + Potasio 4.4 mEq/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 5 - 15 mL	HG	2	S.I.M.	2 B
8090504	Magnesio Sulfato	50 % (500 mg/mL)	Solución Inyectable I.M - I.V.	Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160528	Potasio Cloruro	2 mEq/ mL	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8160536	Potasio Cloruro	20 mEq/15 mL	Elixir	Frasco 120 mL	E	1	1 - 2	2 D
CRITERIO DE USO	En Nefrología: Nefropatía perdedora de sales, cantidad según indicación médica.							
8160520	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	20 %	Solución Inyectable I.V.	Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
03 Solución de Diálisis Peritoneal								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8160531	Solución Para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	1.5 %	Solución	Bolsa 2 Litros con Bolsa Gemela y Bolsa de Drenaje con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
8160532	Solución Para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	2.5 % Dextrosa Monohidrato (Equivalente a 2.3 % de Dextrosa Anhidra)	Solución	Bolsa 2 Litros con Bolsa Gemela y Bolsa de Drenaje con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
8160533	Solución Para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	4.25 %	Solución	Bolsa 2 Litros con Bolsa Gemela y Bolsa de Drenaje con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
8160516	Solución Para Diálisis Peritoneal	1.5 %	Solución	Bolsa 2,000 mL con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
8160525	Solución Para Diálisis Peritoneal	2.5 %	Solución	Bolsa 2,000 mL con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
8160526	Solución Para Diálisis Peritoneal	4.25 %	Solución	Bolsa 2,000 mL con Capacidad de 3 Litros	HG	1	S.I.M.	2 A
28 BIOLÓGICOS								
01 Vacunas								
8010606	Toxoide Tetánico Adsorbido	Cada dosis de 0.5mL contiene: Toxoide Tetánico ≥ 5Lf (≥ 40 UI) Adsorbidos en Fosfato de Aluminio (AlPO4) ≥ 1.5mg		Frasco Vial (5 -10) mL (10 - 20) dosis	G	1	S.I.M.	1 A
8010615	Vacuna Antihepatitis B, Antígeno de Superficie Adsorbido, en el Gel de Hidróxido de Aluminio, Timerosal como Preservativo	20 mcg	Suspensión Esterilizada I.M.	Frasco Vial Monodosis de (0.5 - 1) mL y Multidosis de (2.5 - 3.0 y 10.0) mL, Adsorbido en una Base Mineral	G	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	Uso Bajo Normas de Vacunación.							
8010619	Vacuna Antineumocócica Polivalente de Polisacárido capsular purificado de los 23 serotipos de Streptococcus pneumoniae representados en la Vacuna (23 Valente).		Solución Inyectable I.M. - S.C.	Frasco Vial 0.5 mL ó 2.5 mL o Jeringa prellenada 0.5 mL (Dosis 0.5 mL)	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ - ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Hematología.							
8010626	Vacuna Antipolio a Virus Inactivados (VPI) Preparada a partir de Cepas MAHONG, MEF - 1 y SABUBETT			Frasco Vial 10 dosis	ER	1	S.I.M.	2 D (U.M. ZACAMIL Y H. 1° DE MAYO)
REGULACION	Uso Bajo Normas de Vacunación							
ESPECIALIDAD	Infectología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010609	Vacuna Poliomiéltico Trivalente	Cada dosis de 0.1 mL contiene: Virus Poliomiéltico 1:1,000 000 DICC, Virus Poliomiéltico 2: 100,000 DICC, Virus Poliomiéltico 3:600,000 DICC, Albúmina Humana 1mg, Rojo de Fenol Solución Molar Buffer de Cloruro de Magnesio 0.1 mL	Solución Oral	Frasco (10 - 20) dosis	G	1	S.I.M.	1 A
8010629	Vacuna Antirrotavirus Vivos Atenuados Humanos Monovalentes	Cada dosis de 1.5 mL contiene: Cepa RIX4414 No menos de 1 X 10E(6) DICC ₅₀	Suspensión Oral	Jeringa de Vidrio Prellenada para uso Oral, 1.5 mL	G	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	No debe ser usada en niños mayores de 6 meses de edad.							
8010622	Vacuna Antirrábica de Células Diploides Humana (O)	2.5 UI/mL	Polvo Liofilizado Uso I.M.	Ampolla o Frasco Vial + Diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
8010630	Vacuna Purificada de Células Vero (O)	2.5 UI	Polvo Liofilizado Uso I.M.-S.C.	Frasco Vial 0.5 mL + Diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
8010634	Vacuna antirrábica de cultivo de células de embrión de pollo purificada (PCEC)	≥ 2.5 UI/mL, cepa FLURY LEP	Polvo liofilizado + diluyente	Frasco vial	G	1	S.I.M.	1 A
8010607	Vacuna BCG Liofilizada Derivada de la Cepa Calmette - Guerin	Cada 0.1 mL contiene entre 1 X 10E(5) y 33 X 10E(5) CFU		Frasco Vial 10 dosis, 0.05 mL para niños de menos de 1 año, 5 dosis de 0.1 mL con diluyente 2 mL. Reconstituir con Inyección de Cloruro de Sodio	G	1	S.I.M.	1 A
8010631	Vacuna Contra la Fiebre Amarilla	Cada 0.5 mL contiene: 1000 DL 50 equivalente a PFU de virus vivos atenuados de Fiebre Amarilla.	Polvo Liofilizado Para Reconstituir, Uso I.M., S.C.	Frasco Vial 5 ó 10 dosis y Ampolla de 2.5 ó 5 mL de diluyente	G	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Uso bajo Norma de Vacunación.							
8010608	Vacuna DPT (Contra Difteria, Pertusis y Tétanos)	(D 25LF, P 16 UO, T 5 LF)		Frasco Vial, (10 - 20) Dosis	G	1	S.I.M.	1 A
8010627	Vacuna DT (Contra Difteria y Tétanos)	(D LF2, T LF2)		Frasco Vial 10 Dosis, Sal de Aluminio como Estabilizador	ER	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	Uso Bajo Normas de Vacunación							
ESPECIALIDAD	Pediatria, Infectología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010618	Vacuna SPR Viva Atenuada Liofilizada de la Cepa del Sarampión	Edmonston - Zagreb No Menos de 1000 CCID 50, Cepa de Parotiditis L-Zagreb 5000 CCID 50 y de la Cepa de la Rubeóla Wistar RA 27/3: 1000 CCID 50	Polvo Liofilizado Para Reconstituir	Frasco Vial (1 - 10) Dosis, con Diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
8010623	Vacuna Pentavalente	Debe Contener: Vacuna Combinada contra la Difteria, Tosferina (Célula Completa), Tétano Y Hepatitis B. + Vacuna Conjugada Contra Haemophilus Influenzae Tipo B	Suspensión Inyectable + Polvo Liofilizado (uso I.M.)	Frasco Vial 0.5 mL / Dosis + Frasco Vial de Vacuna contra Haemophilus Influenzae Tipo B	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8010633	Vacuna Pentavalente Líquida (Vacuna Combinada contra Difteria, Tosferina, Tétano, Hepatitis B y Haemophilus Influenzae Tipo B).	Cada dosis de 0.5 mL contiene: Toxoide Diftérico: >= 30 UI (No menos de 7.5 Lf); Toxoide Tetánico: >= 60 UI (No menos de 3,25 Lf); B. Pertussis inactivado: >= 4 UI (No menos de 15 UO); Hib Oligosacárido: 10 ug, conjugado aproximado 25 ug de CRM 197; Ag de Superficie de Hepatitis B: 10 ug; Fosfato de Aluminio: 0.3 mg Al3	Suspensión para Inyección I.M.	Frasco Vial 0.5 mL	G	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	Uso Bajo Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.							
8010624	Vacuna TD (Toxoides de Difteria y Tétanos, Adsorvida Tipo Adulto)	(T LF10, D LF5)		Frasco Vial (10 - 20) Dosis, Sal de Aluminio como Estabilizador, Toxoides Adsorvidos en una base transportadora de Mineral	G	1	S.I.M.	1 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010625	Vacuna trivalente inactivada de virus de la influenza fraccionados	Cepas recomendadas por la OMS según temporada Hemisferio norte, tipo A y B 0.5 mL / Dosis	Suspensión Inyectable	Frasco monodosis o multidosis de 10 dosis	G	1	S.I.M.	1 A
REGULACION	Uso Bajo Normas de Vacunación.							
8010639	Vacuna Conjugada Neumocócica 13 Valente	Serotipo 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19 A, 19f, 23F: 2.2 mcg, 6B:4.4 mcg, CRM 197 y Aluminio de Fosfato 0.125 mg de aluminio.	Suspensión Inyectable	Jeringa Prellenada 0.5 mL o frasco unidosis	G	1	S.I.M.	1 A
8010638	Vacuna contra Sarampión Rubeola.	Cada 0.5 mL contiene: Virus Sarampión Edmoston-Zagred 1000 CCID 50, Virus Rubeola WISTAR RA 27/3 1000 CCID 50	Polvo Liofilizado. Uso I.M.	Frasco Vial 1, 5 ó 10 Dosis más diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
02 Medicamentos Varios								
8160626	Albúmina Humana	(20 - 25) %	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 50 mL	HER	1	HASTA 5	2 B
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Hipoalbuminemia severa asociado a Reducción del volumen Plasmático y Edema Generalizado donde se requiere aumentar la presión Oncótica y restricción de sal y agua con expansión del Volumen Plasmático. Paracentesis en Ascitis de gran Volumen asociada con Hipertensión Portal.							
ESPECIALIDAD	Medicina Interna, Medicina Critica.							
8060309	Complejo de Factor IX (O)	500 - 600 UI	Concentrado Desechado	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
8060323	Complejo de Factor IX	250 UI	Concentrado Desechado	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Hematología							
8060310	Factor VIII (O)	500 UI ± 20 %	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
8060322	Factor VIII	250 UI ± 20 %	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Hematología							
8060407	Eritropoyetina Beta Humana Recombinante	50,000 UI	Polvo Liofilizado	Frasco Vial con diluyente Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
REGULACION	Uso Bajo Protocolo aprobado Institucionalmente.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Nefrología, Oncología.							
8010603	Inmunoglobulina Anti-D (Rho) Humana	1,500 UI	Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial (1 - 2) mL o Jeringa Prellenada 1-2 mL	HE	1	S.I.M.	2 C
ESPECIALIDAD	Ginecología.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010620	Globulina Gamma Antirrábica Humana	150 UI/mL	Solución uso I.M.	Frasco Vial o Ampolla o Jeringa Prellenada 2 - 5 mL	E	1	S.I.M.	2 D
8010640	Globulina Antitimocítica Equina	50 mg/ml	Solución para infusión I.V.	Frasco Vial o ampolla 5 ml.	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8010621	Inmunoglobulina Antitetánica Humana	250 UI	Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial o Jeringa Prellenada	G	1	1	2 D
8010612	Inmunoglobulina Humana Normal	(5 - 6) g	Polvo Liofilizado Para Dilución I.V, o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	HASTA 5	2 A
CRITERIO DE USO	En el tratamiento de Hipogamaglobulinemias severas, Inmunodeficiencias primarias, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Síndrome de Guillain Barré. Uso bajo Protocolo Institucional. Medicina Interna exclusivamente para continuación de tratamiento indicado por el especialista.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Reumatología, Hematología, Alergia e Inmunología, Medicina Interna.							
8250003	Inmunoglobulina Humana Normal	1g	Polvo Liofilizado Para Dilución I.V, o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	2 B
REGULACION	En el tratamiento de Hipogamaglobulinemias severas, Inmunodeficiencias primarias, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Síndrome de Guillain Barré. Uso bajo Protocolo Institucional.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8250106	Interferon Beta 1a Recombinante	6 Millones UI	Solución Inyectable I.M.	Jeringa Prellenada de 0.5 mL, protegido de la luz.	HER	2	4	3 B (POL. ARCE)
REGULACION	Uso bajo Protocolo. Indicado en pacientes con Esclerosis Múltiple Remisión - Recaída							
ESPECIALIDAD	Neurología							
8250117	Interferon Beta 1b Recombinante	8 Millones UI	Polvo para Dilución. Uso S.C.	Frasco Vial	HER	2	15	3 B (POL. ARCE)
REGULACION	Uso bajo Protocolo. Indicado en pacientes con Esclerosis Múltiple Remisión - Recaída							
ESPECIALIDAD	Neurología							
8060237	Interferon Alfa 2a o Alfa 2b Recombinante	9 - 10 Millones UI	Polvo Liofilizado Para Dilución o Solución Inyectable	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060409	Metoxipolietilenglicol-epoetina beta	50 mcg/0.3 mL	Solución Inyectable	Jeringa Precargada, protegido de la luz.	HER	1	S.I.M.	3 A y UM SAN MIGUEL
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Nefrología							
8060411	Metoxipolietilenglicol-epoetina beta	75 mcg/0.3 mL	Solución Inyectable	Jeringa Precargada, protegido de la luz.	HER	1	S.I.M.	3 A y UM SAN MIGUEL
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Nefrología							
8060410	Metoxipolietilenglicol-epoetina beta	100 mcg/0.3 mL	Solución Inyectable	Jeringa Precargada, protegido de la luz.	HER	1	S.I.M.	3 A y UM SAN MIGUEL
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Nefrología							
8060412	Eritropoyetina alfa Humana Recombinante	4,000 UI	Solución inyectable I.V.	Jeringa Prellenada 0.4 mL, protegido de la luz.	HER	1	S.I.M.	3A (HMQ-O, H.R. SANTA ANA) Y U.M. SAN MIGUEL
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Nefrología							
8250116	Complejo Proteico de Neurotoxina (Toxina Botulínica tipo A)	100 U	Polvo para Dilución I.M.	Frasco Vial	HER	2	1	3 A (CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES Y POL. ARCE)
REGULACION	Indicada en Blefaroespasmio, Espasmo Hemifacial, Distonias focales, Distonia cervical.							
ESPECIALIDAD	Neurología							
8010635	Tuberculina, Derivado Proteico Purificado (PPD) RT23	2 Unidades de Tuberculina (UT)/dosis (0.1 ml).	Solución inyectable intradérmica	Frasco vial con 1 - 1.5 ml (10-15 dosis).	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8010636	Tuberculina, Derivado Proteico Purificado (PPD)	5 Unidades de Tuberculina (UT)/dosis (0.1 ml).	Polvo Liofilizado o Solución inyectable, intradérmica	Frasco Vial (2 - 15) Dosis.	G	1	S.I.M.	1 A
8170107	Suero Antiofídico Polivalente (Globulinas Equinas) (Botrópico, Crotálico con Laquexico)		Polvo Liofilizado Para Dilución I.V. o Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 A
29 ANTÍDOTOS								
01 Medicamentos Varios								
8170105	Azul de Metileno	1%	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial o Ampolla 10 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
8170108	Bentonita A		Polvo	Tarro 60 g	G	1	S.I.M.	1 A
8170103	Carbón Activado		Polvo	Bolsa o Frasco 500 g	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8170109	Carbón Activado		Granulado para Suspensión Oral	Frasco 50-60 g	G	1	S.I.M.	1 A
8170104	Edetato Cálcico Disódico (EDTA)	200 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 5 mL	HG	1	S.I.M.	2 B
30 OFTALMOLÓGICOS								
01 Agentes Antiinfecciosos								
8100051	Cloranfenicol	0.5 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero (5 - 10) mL, Protegido de la Luz	G	1	1	1 A
8100062	Cloranfenicol	1 %	Ungüento Oftálmico	Tubo 3 - 5 g	G	1	1	1 A
8100048	Aciclovir	3 %	Ungüento Oftálmico	Tubo (4.5 - 5) g	ER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología, Pediatría							
8100055	Lomefloxacina	0.3 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 5 mL	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8141303	Oxitetraciclina (Clorhidrato) + Polimixina B (Sulfato)	0.5% (5 mg/g) + 10,000 U/g	Ungüento oftálmico	Tubo 5 g	G	1	1	1 A
8100017	Tobramicina	0.3 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 5 mL	ER	2	1	2 D
REGULACION	Indicado como terapia de segunda línea para el tratamiento de Infecciones Oculares Externas Severas causadas por organismos susceptibles.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología, Pediatría, Cirugía General.							
8100014	Dexametasona + Neomicina Sulfato + Polimixina B Sulfato	0.1 % + 3.5 mg. + 6,000 - 10,000 UI/g.	Ungüento oftálmico	Tubo 3.5 g	ER	2	1	2B
REGULACION	Indicado en condiciones oculares inflamatorias que responden a esteroides y en las que existe riesgo de infección bacteriana como en el período postoperatorio, Blefaritis o Conjuntivitis.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología							
02 Corticosteroides y otros agentes Antiinflamatorios Oftálmicos								



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8100056	Diclofenaco Sódico	0.1 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero (5 - 10) mL, Protegido de la Luz	ER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100031	Prednisolona Acetato	1 %	Suspensión Oftálmica	Frasco Gotero 5 mL.	ER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
03 Anestésicos Locales								
8100001	Tetracaína Clorhidrato	0.5 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero (10 - 15) mL, Protegido de la Luz	ER	1	1	2 D
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones y Procedimientos de Oftalmología.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
04 Mióticos y Medicamentos Antiglaucoma								
8100035	Timolol (Maleato)	0.5 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero (5 - 15) mL, Protegido de la Luz	ER	1	1 - 2	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100054	Latanoprost	0.005 % (50 mcg/mL)	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 2.5 – 3 mL Protegido de la luz	ER	1	1	2 D
	(O)							
8100060	Travoprost	0.004 % (40 mcg/mL)	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 2.5 mL	ER	1	1	2 D
	(O)							
8100061	Bimatoprost	0.03 % (300 mcg/mL)	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 3 mL Protegido de la luz	ER	1	1	2 D
REGULACION	Indicado en Glaucoma de Ángulo abierto + Hipertensión Ocular.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100053	Dorzolamida (Clorhidrato)	2 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 5 mL, Protegido de la Luz	ER	1	1 (MAX. 2)	2 D
	(O)							
8100059	Brinzolamida	1 %	Solución o Suspensión Oftálmica	Frasco Gotero 5 mL	ER	1	1 (MAX. 2)	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100063	Brimonidina Tartrato	(0.15 - 0.2) %	Solución Oftálmica	Frasco gotero 5 mL	ER	2	1	2 A y POL. ZACAMIL, UM SANTA TECLA, UM ILOPANGO.
REGULACION	Indicado en Glaucoma de ángulo abierto o hipertensión ocular, como alternativa de tratamiento en pacientes que presenten intolerancia o contraindicación a los medicamentos de primera línea.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
05 Midriáticos y Ciclopléjicos								
8100005	Atropina Sulfato	(0.5 - 1) %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero (10 - 15) mL	HER	1	1	2 A
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100047	Tropicamida	(0.5 - 1) %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 15 mL	ER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100015	Fenilefrina Clorhidrato	10 %	Solución Oftálmica	Frasco (5 - 15) mL, Protegido de la Luz	ER	1	1	2 D
REGULACION	Uso en procedimientos de dilatación pupilar. No uso en pacientes ambulatorios.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
06 Medicamentos Varios								
8100050	Ácido Poliacrílico	0.2 %	Gel Oftálmico	Tubo 10 g	ER	2	1	2 D
REGULACION	Indicado en Pacientes con Queratoconjuntivitis Sicca y cubierta lagrimal inestable.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100058	Carbacol	0.01 %	Solución Intraocular	Frasco Vial 1.5 mL	HER	1	1	2 B



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100049	Condroitin Sulfato + Hialuronato de Sodio	40 + 30 mg	Solución Oftálmica	Jeringa Prellenada 0.75 mL	HER	1	S.I.M.	2 B
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100057	Ketotifeno Fumarato	345 mcg/mL (0.25 mg de ketotifeno base)	Solución oftálmica	Frasco gotero 5 - 10 mL	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Alergología, Oftalmología.							
8100025	Metilcelulosa	0.5 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 10 - 15 mL	G	2	1	1 A
8100023	Nafazolina	0.1 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 10 - 15 mL	G	2	1	1 A
8100046	Solución Salina Balanceada Estéril para Irrigación Intraocular, Fórmula no contiene preservantes		Solución Oftálmica	Frasco de vidrio de 250-500 mL	HER	1	1	2 B
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8160303	Fluoresceína Sódica	10 - 20 %	Solución para uso I.V.	Frasco Vial o Ampolla 3 - 10 mL	HER	1	1	2 D
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
31 DERMATOLÓGICOS								
01 Medicamentos Antimicóticos								
8120011	Ketoconazol	2 %	Crema	Tubo 15 - 20 g	G	1	1 - 2	1 A
02 Medicamentos Antiinfecciosos								
8120028	Acido Fusídico	2 %	Crema	Tubo 15 g	G	2	1 (MAX. 2)	1 A
REGULACION	La cantidad máxima aplica para Dermatología.							
8120025	Sulfadiazina de Plata	1 %	Crema	Tarro 400 g, Protegido de la Luz	HG	1	1	2 C
8120041	Sulfadiazina de Plata	1 %	Crema	Tubo 30 - 60 g, Protegido de la Luz	G	1	1	1 A
03 Corticosteroides, Antiinflamatorios y Antipruríticos								
8120005	Betametasona (Valerato)	0.1 %	Crema	Tubo 25 - 30 g	E	1	1 (MAX. 2)	2 D
REGULACION	La cantidad máxima aplica para Dermatología.							
8120006	Betametasona (Valerato)	0.1 %	Solución	Frasco 30 - 60 mL, protegido de la luz.	G	2	1 (MAX. 2)	1 A
REGULACION	La cantidad máxima aplica para Dermatología.							
8120037	Calamina Mentolada	Calamina 8 g, Óxido Zinc 8 g	Loción	Frasco de 120 mL	G	2	1 - 2	1 A
8120043	Clobetasol Propionato	0.05 %	Crema	Tubo 25 - 30 g	E	2	1	2 D
REGULACION	Uso bajo Normativa de Dermatología. Esteroide de muy alta Potencia							
ESPECIALIDAD	Dermatología.							
8120018	Hidrocortisona Acetato	1 %	Crema	Tubo 15 g	G	1	1	1 A
04 Medicamentos que afectan la Diferenciación y Proliferación de la Piel								
8120039	Acido Retinoico	0.05 %	Gel o Crema	Tubo (30 - 40) g, Protegido de la luz	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8120031	Acido Salicílico con Betametasona (Dipropionato)	(2 a 3% + 0.05) %.	Solución Tópica	Frasco 20 - 30 mL	ER	1	1 - 2	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología.							
8120030	Acido Salicílico con Dipropionato de Betametasona	3 %	Ungüento	Tubo 15 g	G	1	1 (MAX. 2)	1 A
REGULACION	La cantidad máxima aplica para Dermatología.							
8120044	Calcipotriol (Monohidrato) + Betametasona (Dipropionato)	(50 + 500) mcg/g	Ungüento	Tubo 30 g	ER	2	1 - 3	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología.							
05 Escabicidas								
8140308	Permetrina	1 %	Champú	Frasco 60 mL, Protegido de la Luz	G	1	1	1 A
8120035	Permetrina	5 %	Loción o Crema	Frasco 60 mL o tubo 60 g Protegido de la Luz	G	1	1 - 2	1 A
06 Medicamentos para condiciones de resequead de la Piel.								
8120033	Crema Fria	Cera de Ésteres Cetílicos 125 g, Cera Blanca 120 g, Aceite Mineral 560 g, Borato de Sodio 5 g, Agua Purificada 190 mL, cantidad Aproximada 1,000 g	Crema	Tarro de 250 g	G	2	1	1 A
8141202	Fórmula protectora a base de Oxido de Zinc	10-25 %.	Crema, Ungüento o Pasta.	Tubo 50 - 65 g.	G	2	1	1 A
CRITERIO DE USO	Indicado en Dermatitis por contacto en Pediatría y en niños y adultos Hospitalizados							
07 Medicamentos Varios								
8120026	Calcio Acetato + Aluminio Sulfato	(36.45 + 51.80 ó 51.81) %	Polvo Para Solución	Sobre (2.2 - 2.5) g	G	2	HASTA 10 (MAX. 20)	1 A
CRITERIO DE USO	La cantidad máxima aplica para Dermatología.							
8120023	Champú Alquitrinado		Champú	Frasco 120 mL	G	2	1	1 A
8120013	Enzimas de Debridamiento + Antibiótico		Ungüento	Tubo 10 - 15 g	G	2	1	1 A
CRITERIO DE USO	Para promover la cicatrización en lesiones de difícil manejo y heridas infectadas. En el primer nivel de atención exclusivamente para uso de Servicio en el área de curación.							
8120032	Filtro Solar	Protección 30 + ó Mayor	Crema	Tubo o Frasco 60 - 125 g	ER	2	1-2	2 D
CRITERIO DE USO	Uso de Acuerdo a Criterios Aprobados Institucionalmente							
ESPECIALIDAD	Cirugía Plástica, Dermatología, Pediatría, Reumatología.							
8120042	Hidroquinona	(4 - 5) %	Crema con o sin filtro solar	Tubo 20 - 30 g, protegido de la luz.	E	2	1	2 D
8120021	Metoxaleno	10 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco Protegido de la Luz	ER	2	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología							
8120022	Metoxaleno	0.4 %	Ungüento	Tubo 30 g	ER	2	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8120036	Ungüento de Metilo	Salicilato de Metilo 10 % P/P	Crema (Fórmula estandarizada en base para emulsión aceite/agua o agua/aceite) o Ungüento	Tarro o tubo de 30 - 60 g	G	2	1 - 2	1 A
32 MEDICAMENTOS DE USO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA								
01 Medicamentos Varios								
8090212	Carbetocina	100 mcg/mL	Solución inyectable	Ampolla 1 mL	HG	2	1	2 C
REGULACION	Uso bajo Protocolo. Indicado en Atonía uterina.							
ESPECIALIDAD	Ginecología							
8090210	Clindamicina Fosfato	2 %	Crema Vaginal	Tubo 40 - 45 g + 7 Aplicadores de 5 g	ER	2	1	2 D
REGULACION	USO BAJO PROTOCOLO exclusivo de Ginecología. Vaginosis Bacteriana en el primer trimestre del Embarazo. Alternativa a Metronidazol Oral en Vaginosis Bacteriana en paciente no embarazada y en el segundo Trimestre del Embarazo							
ESPECIALIDAD	Ginecología.							
8090502	Clomifeno Citrato	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	ER	2	5 (MAX. 10)	2 D
REGULACION	Indicado para inducción de ovulación en mujeres con disfunción ovulatoria persistente demostrada por exámenes de gabinete y de laboratorio que desean embarazarse y cumplen criterios de infertilidad según Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer. Requiere una cuidadosa evaluación diagnóstica, descartando otras causas de infertilidad. Dosis aprobada: 50 mg diarios por 5 días (Máximo 100 mg al día por 5 días). Duración máxima de tratamiento: 6 ciclos (Incluyendo 3 ciclos ovulatorios).							
ESPECIALIDAD	Uso exclusivo de Ginecología e Infertología.							
8090204	Clotrimazol	1 %	Crema Vaginal	Tubo con 6 Aplicadores 35 - 45 g	G	1	1	1 A
8060503	Danazol	200 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco.	ER	2	30 - 60 (MAX. 120)	2 D
ESPECIALIDAD	Ginecología, Alergia e Inmunología.							
8090401	Ergonovina Maleato	0.2 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	HE	1	HASTA 5	2 C
ESPECIALIDAD	Ginecología.							
8090311	Valerato de Estradiol	1 mg	Tableta Recubierta	Empaque primario Individual	ER	2	HASTA 30	2 D
REGULACION	Alternativa terapéutica para el tratamiento del síndrome vasomotor moderado a severo y Atrofia genital que no revierte a terapia local en paciente sin útero. Tratamiento de elección en el manejo de Hemorragia Uterina Anormal (HUA), en donde la cantidad máxima a prescribir en la fase aguda es de 56 tabletas (2 ciclos de 28).							
ESPECIALIDAD	Ginecología							
8090211	Estriol	1 mg/g	Crema Vaginal	Tubo 15 g con Aplicador graduado para 0.5 g (equivalente a 0.5 mg de Estriol)	ER	2	1	2 D
REGULACION	Indicado en vaginitis atrófica sintomática moderada a severa, secundaria a deficiencia de estrógenos en mujeres peri y post menopáusica. Preparación pre operatoria de prolapso uterino grado III - IV donde hay exposición de mucosa y atrofia o ulceración u otros procedimientos de la especialidad de Uroginecología. Dosificación Aprobada: 0.5 mg 2 veces por semana hasta mejoría sintomática. Cantidad a prescribir: 1 Tubo por receta cada 3 meses.							
ESPECIALIDAD	Ginecología, Pediatría (exclusivo para Sinequia Vulvar).							
8090406	Nifedipina	10 mg	Cápsula	Empaque primario individual, Pro	ER	1	HASTA 20	2 D



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso bajo protocolo. Agente tocolítico indicado para suprimir las contracciones uterinas y prolongar a corto plazo el embarazo antes de completar las 34 semanas de gestación, y hasta la administración de esteroides prenatales o para permitir el traslado de la embarazada a un centro hospitalario apropiado. Duración Máxima de Tratamiento 48 horas.							
ESPECIALIDAD	Ginecología							
8090405	Misoprostol	200 mcg	Tableta ranurada,	Empaque Primario Individual.	ER	2	HASTA 7	2B
REGULACION	Indicado para evacuación de la cavidad uterina en fallo temprano del embarazo (primer trimestre), inducción del trabajo de parto y en prevención de hemorragia post-parto. Uso según Protocolo. Exclusivamente intrahospitalario.							
ESPECIALIDAD	Gineco-Obstetricia.							
8070402	Gonadotropina Coriónica Humana	5,000 UI	Polvo Liofilizado	Frasco Vial o Ampolla + Diluyente	HER	2	S.I.M.	3 B
ESPECIALIDAD	Ginecología							
8090309	Gonadotropina Menopáusica Humana	(FSH 75 UI + LH 75 UI)	Polvo Liofilizado para Dilución	Frasco Vial o Ampolla + Diluyente	HER	2	S.I.M.	3 B
REGULACION	Tratamiento de Infertilidad en Mujeres con Hipopituitarismo o que no han respondido al Clomifeno							
ESPECIALIDAD	Ginecología							
8090403	Oxitocina Sintética	5 UI/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 1 mL	HG	1	S.I.M.	2 C
8090209	Polividona Yodada	10 %	Solución Ducha Vaginal	Frasco 240 mL	HG	2	1	2 C
8090312	Progesterona micronizada	100 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	ER	1	HASTA 60	2 D
REGULACION	Complemento de terapia hormonal de reemplazo, tratamiento de hiperplasia endometrial, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea secundaria, amenaza de aborto con sospecha de insuficiencia lútea y en manejo de mantenimiento en amenaza de parto prematuro							
ESPECIALIDAD	Ginecología							
33 ESTRÓGENOS, PROGESTÁGENOS Y ANOVULATORIOS								
01 Anticonceptivos Hormonales Orales								
8090113	Levonorgestrel + Etinilestradiol	(0.15 + 0.03) mg	Tableta Recubierta	Empaque primario Individual de 21 – 28 Tabletas	G	1	HASTA 84	1 A
	(O)							
8090110	Desogestrel + Etinilestradiol	(0.15) mg + (0.02 - 0.03) mg	Tableta	Empaque primario Individual de 21 - 28 Tabletas	G	1	HASTA 84	1 A
REGULACION	Indicado como anticonceptivo combinado oral en el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer. Para el manejo de Hemorragia Uterina Anormal-HUA (Fase aguda y mantenimiento) la cantidad máxima a prescribir es de 84 tabletas con hormonas (sin contar placebo).							
02 Anticonceptivos Hormonales Inyectables								
8090109	Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol	(50 + 5) mg	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 1 mL	G	1	1	1 A
	(O)							
8090111	Medroxiprogesterona acetato + Cipionato de estradiol	(25 + 5) mg	Suspensión Inyectable I.M.	Jeringa prellenada o Ampolla, 0.5 mL	G	1	1	1 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8090304	Medroxiprogesterona Acetato	104 - 150 mg/mL	Suspensión Inyectable uso I.M.	Frasco Vial 1 mL	G	1	1	1 A
03 Tratamiento Hormonal								
8090310	Estradiol + Acetato de Noretisterona	(2 + 1) mg	Tableta	Empaque primario Individual de 28 Tabletas	ER	1	28 - 30	2 D
ESPECIALIDAD	Ginecología							
34 SOPORTE NUTRICIONAL								
01 Nutricion Enteral								
8070507	Fórmula Polimérica Adulto, con Distribución Completa Normal de Nutrientes	Aporte calórico: Carbohidratos (50 - 60)%, proteínas alto valor biológico (12 - 17)%, Lípidos: (25 - 35)%, libre de lactosa y gluten	Polvo	Lata de 400 - 500 g de diferentes sabores (no chocolate)	ER	2	1 - 4 (MAX. 8)	2 B
REGULACION	Uso regulado por la Unidad o Comité de Soporte Nutricional. Requiere evaluación nutricional previa, aplicando el Formulario de Tamizaje nutricional y el de valoración global subjetiva, según aplique. Indicado en pacientes con desnutrición moderada, grave o en riesgo nutricional. En los Centros hospitalarios que no cuentan con Nutriólogo o Comité de Soporte Nutricional, la autorización se hará por el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia. En Consulta Externa se autoriza prescripción por Medicina interna únicamente para continuación de tratamiento indicado por una de las especialidades autorizadas.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Cirugía Maxilofacial, Gastroenterología, Neurología, Geriatria, Medicina interna							
8250012	Fórmula Elemental Infantil	Proteínas 2 %, Hidratos de Carbono 6.7 %, Grasas 3.7 %.	Polvo Para Dilución	Lata 400 - 500 g	HER	1	1	3 B (H. 1° DE MAYO)
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8070503	Fórmula Elemental (Nutrientes Hidrolizados)	Aporte calórico: Proteínas 15 -25%, Carbohidratos 60 - 85%, Grasas 2.5 - 15%	Polvo Para Dilución	Sobre 70 - 150 g	ER	1	S.I.M.	2 A
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8141508	Fórmula para Prematuro	Calorías/Onza: 22-24, Proteínas 2.25 - 3.1 g/100 Kcal, Carbohidratos 7-14 g/100 Kcal, Lípidos 4.4 - 6 g/100 Kcal	Polvo Para Dilución	Lata 350 - 500 g	ER	1	1 - 2	2 A y H. AMATEPEC
REGULACION	Alimentación del recién nacido prematuro que por indicación médica no puede recibir leche materna, o que la madre no pueda alimentarlo							
ESPECIALIDAD	Pediatria, Neonatología							
8070508	Fórmula para paciente renal especializada	Aporte calórico: Proteínas (16 - 20) %, Carbohidratos (34-50) %, Lípidos (35 - 48) %	Líquido Oral	Envase (100 - 250) mL	ER	2	S.I.M.	2 A



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso regulado por la Unidad o Comité de Soporte Nutricional. Requiere evaluación nutricional previa, aplicando el Formulario de Tamizaje nutricional y el de valoración global subjetiva, según aplique. Indicado en pacientes con enfermedad renal crónica y desnutrición moderada, grave o en riesgo nutricional. En los Centros hospitalarios que no cuentan con Nutriólogo o Comité de Soporte Nutricional, la autorización se hará por el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia. La especialidad de Nefrología únicamente para continuación de tratamiento en paciente con evaluación nutricional previa.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Nefrología.							
8070516	Fórmula para pacientes con intolerancia a los Carbohidratos o Diabético	Aporte calórico: Carbohidratos (45 - 65) %, proteínas (15 - 20) % grasas (25 - 35)%, libre de lactosa, con fibra y edulcorante	Líquido	Envase (200 - 250) mL	HER	2	S.I.M.	2 A
CRITERIO DE USO	Indicado para soporte nutricional del paciente diabético hospitalizado. Indicado en pacientes con desnutrición moderada, grave o en riesgo nutricional.							
REGULACION	Uso regulado por la Unidad o Comité de Soporte Nutricional. Requiere evaluación nutricional previa, aplicando el Formulario de Tamizaje nutricional y el de valoración global subjetiva, según aplique. En los Centros hospitalarios que no cuentan con Nutriólogo o Comité de Soporte Nutricional, la autorización se hará por el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Medicina Interna, Endocrinología.							
8141507	Fórmula Polimérica Infantil Normoproteica, Isocalórica, Libre de Lactosa.	Por cada 100 g debe contener la siguiente distribución calórica: Proteínas 12 - 15 %, Carbohidratos 44 - 51 %, Lípidos 35 - 44 %	Polvo Para Dilución	Lata 400 g	ER	2	HASTA 5	1 A
REGULACION	Uso bajo protocolo. Tratamiento del paciente pediátrico de 1 a 5 años desnutrido o con desnutrición severa inscrito en el Programa de Atención Integral en salud infantil, en control con nutricionista y con ingesta inadecuada de alimentos de acuerdo a la edad, por un período de 90 días. La cantidad de 5 latas aplica para el paciente desnutrido severo y 4 para el desnutrido.							
ESPECIALIDAD	Pediatria, Programa de Atención Integral en Salud Infantil							
8070509	Fórmula Polimérica para Pacientes con Disfunción Hepática	Aporte calórico: Proteinas 11 - 15 %, Carbohidratos 50 - 80 %, Grasas 12 - 28 %, Sin Lactosa	Polvo Para Dilución	Sobre 85 - 125 g	ER	2	S.I.M.	2 A
REGULACION	Uso regulado por la Unidad o Comité de Soporte Nutricional. Requiere evaluación nutricional previa, aplicando el Formulario de Tamizaje							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Medicina Interna, Gastroenterología.							
8070502	Módulo de Proteinas (Alto Valor Biológico)	90 - 100 % (No más de 1.5 % de Lactosa)	Polvo	Bolsa o Lata 200 - 500 g	ER	1	1 - 4	2 B
REGULACION	En los Centros hospitalarios que no cuentan con medico nutriólogo, medicina crítica o cirugía maxilofacial la autorización se hará por el médico Coordinador del Comité Local de Farmacoterapia, Jefe o delegado del Servicio de Medicina Interna. En Consulta Externa se autoriza prescripción por Gastroenterología, Neurología, Neurocirugía y Geriatria. Medicina interna únicamente para continuación de tratamiento indicado por una de las especialidades autorizadas.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Cirugía Maxilofacial, Medicina Crítica, Gastroenterología, Neurología, Neurocirugía, Geriatria, Medicina interna.							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8141504	Fórmula hipoalergénica a base de soya		Polvo	Lata de 350 - 500 g	ER	1	1 - 2	2 D
REGULACION	Uso Exclusivo en Niños Hospitalizados menores de 1 año de edad en los que no es posible la Lactancia Materna; y en Programa de Pediatría para hijos de madres con contraindicación o imposibilidad de dar lactancia materna: VIH (durante el primer año de vida), Tuberculosis activa no tratada, exposición a materiales radioactivos, quimioterapia o abuso de drogas (por 3 meses) más sospecha de alergia o intolerancia a la proteína de la leche de vaca, intolerancia a la lactosa o galactosemia.							
ESPECIALIDAD	Pediatría.							
8141505	Harina de semilla de maiz y de soya con vitaminas y minerales			400 - 500 g bolsa o lata	G	2	HASTA 6	1 A
8141503	Sucedáneo de Leche Materna		Polvo	Lata de 350 - 500 g	ER	1	1 - 2	2 D
REGULACION	Uso Exclusivo en Niños Hospitalizados menores de 1 año de edad en los que no es posible la Lactancia Materna; y en programa de pediatría para hijos de madres con contraindicación o imposibilidad de dar lactancia materna: VIH (durante el primer año de vida), Tuberculosis activa no tratada, exposición a materiales radioactivos, quimioterapia o abuso de drogas (por 3 meses)							
ESPECIALIDAD	Pediatría, Neonatología							
02 Nutricion Parenteral								
8070518	Dextrosa (Glucosa)	50 %	Solución Inyectable	Bolsa o Frasco 500 mL	HG	1	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070504	Oligoelementos	Que incluya al menos Zinc, Cobre, Manganeso. Contenido por 10 mL: Zinc Aprox. 40-100 micromol (2.6-6.5 mg); Cobre Aprox. 5-12 mmol (317-760 µg); Manganeso Aprox. 5-10 mmol (274-550 µg)	Solución Uso Parenteral	Frasco Vial 20 mL	HER	1	S.I.M.	2 A
	(O)							
8070517	Oligoelementos	que incluya al menos Zinc, Cobre, Manganeso cada ampolla de 10 mL contiene: Zinc Aprox. 40-100 micromol (2.6-6.5 mg); Cobre Aprox. 5-12 mmol (317-760 µg); Manganeso Aprox. 5-10 mmol (274-550 µg)	Solución Uso Parenteral	Ampolla 10 mL	HER	1	S.I.M.	2A
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070506	Lípidos	20 % (TCM 50 % y TCL 50 %)	Emulsión	Frasco 500 mL	HER	1	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070510	Solución de Aminoácidos Esenciales y No Esenciales	8 - 10 % con Alta Proporción de Aminoácidos de Cadena Ramificada (Isoleucina, Leucina, Valina) y Baja Proporción de Aminoácidos Aromáticos (Fenilalanina, Triptofano) y Metionina	Solución, uso parenteral	Frasco Vial 500 mL	HER	2	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070511	Solución de Aminoácidos Esenciales y No Esenciales	Al 5.2 - 5.4 % + Histidina y Baja Concentración de Electrolitos: Sodio < 6 Meq/L, Potasio < 5.4 Meq/L, Cloro < 3 Meq/L	Solución, uso parenteral	Frasco Vial 250 - 300 mL	HER	2	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070514	Solución de Aminoácidos Para Nutrición Parenteral	Aminoácidos 3 %, con Glicerol (25 - 30) g/Litro con Electrolitos	Solución, Uso Periférico	Frasco o Bolsa 1000 mL	HER	1	S.I.M.	2 A
REGULACION	Duración Máxima del Tratamiento 5 días. Su continuidad requiere evaluación y justificación por las especialidades autorizadas.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070501	Solución de aminoácidos cristalinos con electrolitos	Aminoácidos (7 - 10) %	Solución, uso parenteral	Frasco 500 mL	HER	1	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
8070519	Solución de aminoácidos cristalinos libre de carbohidratos y	Aminoácidos (7 - 10) %	Solución, Uso Parenteral	Frasco 500 mL	HER	1	S.I.M.	3 A (H. GENERAL)
REGULACION	Uso exclusivo para preparación de mezclas automatizadas de Nutrición Parenteral en la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General.							
ESPECIALIDAD	Nutriología, Servicios de Medicina Crítica							
35 OTORRINOLARINGOLOGIA								
01 Medicamentos Varios								
8110024	Fexofenadina (Clorhidrato) + fenilefrina (clorhidrato)	(60+25) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	10	2 B



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
	(O)							
8110025	Loratadina + fenilefrina (Clorhidrato)	(5+30) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	10	2 B
REGULACION	Solo para tratamiento agudo. Tratamiento máximo 10 días.							
ESPECIALIDAD	Otorrinolaringología, Alergia e Inmunología, Neumología.							
8110018	Glicerina		Gotas Óticas	Frasco 15 mL	G	2	1	1 A
8130016	Furoato de Fluticasona	27.5 mcg/dosis	Suspensión para inhalación nasal a dosis medida	Frasco de vidrio ámbar con bomba atomizadora en dosis medida por 120 dosis	ER	2	1	2 B
REGULACION	Medicamento de Segunda Línea para Procesos Riniticos crónicos que no han mejorado con tratamiento convencional.							
ESPECIALIDAD	Otorrinolaringología, Alergología, Medicina Interna, Neumología.							
8110020	Quinolona + Hidrocortisona		Suspension Ótica	Frasco Gotero 5 - 10 mL	GR	1	1	1 A
REGULACION	Medicamento de segunda línea en casos severos de otitis externa de origen bacteriano (Generalmente otalgia, fiebre, hipoacusia y secreción), comprobado por otoscopia, o cuando el tratamiento con fórmula magistral de ácido acético 2% en alcohol solución ótica no es eficaz. Considerar la referencia a Otorrinolaringología en caso de sospecha de otitis maligna, oclusión del canal auditivo, síntomas persistentes o severos (celulitis, dolor extremo, supuración o inflamación severa).							
8141007	Sodio Cloruro en Agua Esteril para Inyección	0.9 %	Solución	Frasco Gotero 15 mL	G	2	1	1 A
8150012	Clorhexidina Gluconato	0.12 %	Solución	Frasco 200 - 250 mL protegido de la luz.	G	2	1	1 A
REGULACION	Indicado como colutorio. No se recomienda su uso en niños menores de 6 años.							
36 MISCELANEOS								
01 Medicamentos Varios								
8250013	Factor Surfactante Pulmonar Natural o Sintético		Suspensión o polvo Liofilizado	Frasco Vial, Protegido de la Luz	HER	1	S.I.M.	2 A y H. AMATEPEC
REGULACION	Insuficiencia Respiratoria del Recien Nacido. Membrana Hialina.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8250118	Hilano GF-20	16 mg	Solución, Uso I.A.	Jeringa Prellenada 2 mL	ER	2	1	2 B y U.M. SANTA TECLA, U.M. ATACATL.
REGULACION	Uso bajo Protocolo (Esquema de 3 Dosis)							
ESPECIALIDAD	Ortopedia							
8250302	Nicotina	Fase Intermedia 10 mg/16 horas ó 14 mg/24 horas	Parche Transdérmico de liberación continuada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Clínica de Control del Tabaco							
8250301	Nicotina	Fase inicial 15 mg/16 horas o 21 mg/24 horas	Parche Transdérmico de liberación continuada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Clínica de Control del Tabaco							



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS 18a. EDICION, 2017.

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8250303	Nicotina	Fase Final 5 mg/16 horas ó 7 mg/24 horas	Parche Transdérmico de liberación continuada	Empaque primario individual, Protegido de la luz	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo							
ESPECIALIDAD	Clínica de Control del Tabaco							
	(O)							
8250306	Nicotina	500 mcg/50 mL por pulsación	Solución acuosa en aerosol nasal	Frasco inhalador por 200 inhalaciones.	HER	2	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Uso Exclusivo Bajo Protocolo. Alternativa terapeutica a Nicotina parche transdérmico.							
ESPECIALIDAD	Clínica de Cesación del Tabaco							
8150008	Pasta Dentífrica Desensibilizante	(Nitrato Potásico 5 % + Monofluoruro de Sodio 0.22 - 1.89 %)	Pasta Dental	Tubo 60 - 125 mL	ER	2	1	2 D
REGULACION	Indicada para el manejo de la hipersensibilidad dentinaria							
ESPECIALIDAD	Periodoncia							
8250054	Sildenafil (citrato)	50 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	1	HASTA 90	3 A
CRITERIO DE USO	Hipertensión Arterial Pulmonar.							
ESPECIALIDAD	Neumología y Neonatología.							

VIII. Glosario de Términos

- 1) Atención farmacéutica.**

Es la provisión responsable de la terapia farmacológica para obtener resultados definidos, los cuales se persiguen con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se basa en conceptos esenciales como la Responsabilidad, Relación profesional - paciente (historia, información, objetivos y evaluación de resultados terapéuticos) y Documentación formal (continuidad de la atención; puede ser utilizada para la comunicación entre el personal de salud).
- 2) Auditoría Médica.**

Análisis retrospectivo de los resultados de la actividad de los profesionales médicos (realizado por profesionales de similar calificación, pero de mayor experiencia o por diversos profesionales que aplican estándares definidos) con el objeto de evaluar la calidad y cantidad de las atenciones prestadas por aquellos, en relación a los estándares deontológico y profesionales aceptables.
- 3) Causalidad**

Relación que se establece entre un fenómeno (causa) con otro que lo sigue necesariamente (efecto - síntoma). Vinculación que relaciona las causas y los efectos que estas producen.
- 4) Combinación fija, medicamento compuesto, medicamento combinado.**

Un producto farmacéutico que contiene más de un ingrediente activo.
- 5) Comité Local de Farmacoterapia.**

Comité de composición variable (conforme a la complejidad del Centro de Atención), que busca garantizar una atención farmacéutica apropiada a los pacientes a través de promover el uso racional de los medicamentos, asegurar el cumplimiento de las normas de prescripción en el ámbito local, participar activamente en los Programas de farmacovigilancia Institucional, efectuar evaluaciones de la prestación farmacéutica local y emitir recomendaciones o implementar diversas actividades tendientes a solucionar oportunamente las deficiencias observadas.
- 6) Concentración**

Es la cantidad de principio activo que posee un medicamento, se expresa en g, mg, mg/mL, mcg, %, mEq/L, UI y otros.
- 7) Denominación Común Internacional para las sustancias farmacéuticas (DCI). (Véase Nombre genérico)**

Nombre común para los medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, a objeto de lograr su identificación internacional. Las denominaciones empleadas se presentan en latín, español, francés, inglés y ruso.
- 8) Dispensación.**

Es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto.

9) Dispositivo médico.

En un sentido amplio, es aquel artículo, instrumento, aparato o artefacto, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, fabricados, vendidos o representados para uso en:

- a. El diagnóstico, tratamiento y prevención de una enfermedad, desorden o estado físico anormal o sus síntomas, en un ser humano.
- b. La restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano.
- c. El diagnóstico de embarazo en un ser humano.
- d. El cuidado de seres humanos durante el embarazo o nacimiento, o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.

10) Dosificación, Posología.

Describe la dosis de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento. No debe confundirse con el término dosis.

11) Dosis.

Cantidad total de medicamento que se administra de una sola vez o total de cantidades fraccionarias administradas durante un periodo determinado.

12) Dosis (Intervalo de)

Tiempo que transcurre entre una y otra administración del medicamento en un régimen de dosificación de dosis múltiples.

13) Empaque Primario o Envase Primario

Recipiente dentro del cual se coloca directamente el medicamento en la forma farmacéutica terminada.

14) Envase Resistente a la Luz.

Un envase resistente a la luz protege el contenido de los efectos de la luz, debido a las propiedades específicas del material con que está compuesto, incluyendo cualquier recubrimiento que se aplique al envase.

15) Farmacoterapia.

La aplicación de los medicamentos a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

16) Farmacovigilancia.

- a. En el ISSS, es la recolección, registro y evaluación sistemática de la información concerniente a las reacciones adversas a los medicamentos y fallas terapéuticas.
- b. En el ámbito internacional este término se utiliza en la identificación y valorización de los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos.
Se ha sugerido, que en un sentido estricto, se debe distinguir entre monitorización y fármaco vigilancia (*véase monitorización del medicamento*)

17) Ficha Técnica de Medicamento:

Documento estandarizado que sintetiza de forma individual las especificaciones farmacéuticas de los medicamentos adquiridos y disponibles en el ISSS, a fin de garantizar su calidad, seguridad y eficacia, acorde a la reglamentación farmacéutica vigente y las fuentes oficiales de referencia.

18) Forma farmacéutica.

Es la forma física que se le da a un medicamento, para facilitar la administración de un producto al paciente. Ejemplo: tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, etc.

19) Formas Farmacéuticas de Liberación Modificada (FLM)

El término *liberación modificada* define a las especialidades farmacéuticas diseñadas de tal forma que se ha modificado el lugar o la velocidad de liberación del principio activo.

Los fármacos que presentan ventajas al ser formulados como FLM son *Fármacos: con estrecho margen terapéutico* (ej. Teofilina), *de absorción rápida y con efectos adversos directamente relacionados con las concentraciones plasmáticas* (ej. Nifedipino, Verapamilo), *de corta duración de acción y que precisen varias administraciones diarias* (ej. Morfina), *que se degradan en medio ácido* (ej. Inhibidores de la bomba de protones), *para patologías concretas en las que el grado de cumplimiento puede ser especialmente bajo* (ej. Esquizofrenia o Depresión)

Bajo la denominación *Liberación modificada* se agrupan diferentes sistemas:

Liberación retardada, Liberación Controlada: Formas de liberación sostenida, Formas de liberación prolongada, Liberación acelerada.

20) Formas Farmacéuticas de Liberación Retardada:

El Principio activo es liberado globalmente, pero no inmediatamente después de su administración, y no se prolonga el efecto terapéutico. El objetivo es evitar la acción de las secreciones gástricas, de modo que el principio activo se libere en un lugar concreto del intestino delgado. Son las formas con cubierta entérica que se preparan por recubrimiento de los comprimidos, grageas ó cápsulas, con una fina capa de producto insoluble en el medio ácido gástrico, pero soluble en medio neutro o ligeramente alcalino. Habitualmente se conocen como "formas retard".

21) Formas Farmacéuticas de Liberación Controlada:

El fármaco se libera gradualmente en el tiempo a una velocidad limitada por el sistema de liberación, alargándose el efecto terapéutico. Estas formas incluyen: Formas Farmacéuticas de Liberación sostenida, Formas Farmacéuticas de Liberación prolongada

22) Formas Farmacéuticas de Liberación Sostenida:

El principio activo se libera de forma uniforme y constante, disminuyendo la fluctuación de los niveles plasmáticos del medicamento y ubicados siempre dentro del margen de seguridad, durante plazos lo suficientemente prolongados como para permitir una pauta posológica muy simplificada. Las formulaciones conocidas son las Bombas osmóticas (sistema OROS) en donde el fármaco y un agente osmótico se introducen en una membrana semipermeable. Cuando penetra el agua, el principio activo disuelto es liberado de forma controlada a través de un pequeño orificio realizado con láser.

23) Formas Farmacéuticas de Liberación prolongada:

El principio activo se libera inicialmente en proporción Suficiente para producir su efecto, y después de manera lenta, no necesariamente constante, manteniendo la concentración eficaz durante más tiempo.

- 24) Formas Farmacéuticas de Liberación Acelerada:**
El fármaco se disuelve instantáneamente en la cavidad bucal sin necesidad de la administración de agua ó líquidos.
- 25) Idiosincrasia.**
Respuesta anormal a un medicamento, de cualquier intensidad e independiente de la dosis. Se observa solo en una pequeña población de individuos y puede ser el resultado de procesos inmunológicos (alergias) o consecuencia de diferencias genéticas. En consecuencia no debe utilizarse este término como sinónimo de respuesta alérgica.
- 26) Listado Oficial de Medicamentos. (Véase formulario de medicamentos)**
Recopilación oficial y continuamente revisada de medicamentos que han sido seleccionados para uso dentro de un ambiente asistencial determinado y que reflejan el juicio de un grupo multidisciplinario de profesionales de salud.
- 27) Medicamento.**
Es toda sustancia natural o sintética con una forma farmacéutica definida y que es administrada en los seres humanos para curar, prevenir, controlar y diagnosticar enfermedades.
- 28) Medicamento de marca registrada.**
Aquel medicamento que se distribuye o comercializa con un nombre de marca de fábrica, marca registrada o comercial.
- 29) Medicamento nuevo.**
Aquel medicamento que no ha sido registrado o lanzado al mercado (en un país determinado) con fines médicos, incluyendo nuevas sales o ésteres de una sustancia activa, nuevas combinaciones fijas de sustancias que ya están en el mercado, o cualquier medicamento anteriormente registrado u ofrecido en el mercado, siempre que sus indicaciones de uso, modo de administración o formulación hayan sido cambiadas.
En este documento se refiere a un medicamento con menos de 5 años de comercialización.
- 30) Monitorización del medicamento.**
Recolección sistemática de datos sobre el uso de medicamentos. El término no se debe emplear como sinónimo de vigilancia del medicamento o fármaco vigilancia.
- 31) Nivel de Prescripción.**
Clasificación de los medicamentos según su uso por las Especialidades Médicas.
- 32) Nombre genérico.**
Nombre empleado para distinguir un principio activo que no esta amparado por una marca de fabrica. Es comúnmente empleado por diversos fabricantes y reconocido por la autoridad competente para denominar productos farmacéuticos que contienen el mismo principio activo. El nombre genérico corresponde generalmente con la Denominación Común Internacional recomendada por la OMS.
- 33) Notificación espontánea, notificación voluntaria.**
Información sobre reacciones adversas al medicamento la cual se obtiene por el informe voluntario de médicos, hospitales y otros Centros.

34) Prescripción.

El acto de determinar que medicamento debería recibir el paciente, la dosificación correcta y duración del tratamiento.

35) Principio activo (ingrediente activo).

Dijese de una sustancia o mezcla de sustancias afines dotadas de un efecto farmacológico específico o que, sin poseer actividad, al ser administrados al organismo la adquieren, como es el caso de los pro-fármacos. El término fármaco se utiliza como sinónimo.

36) Protocolo.

Término con diferentes acepciones.

- a. En Este documento se utiliza para designar las pautas de diagnóstico y tratamiento establecidas por un equipo técnico multidisciplinario selecto, conforme a la evidencia científica sólida, con el objeto de racionalizar la prescripción de medicamentos, ayudar al prescriptor en la toma de decisiones, reducir los riesgos a los pacientes y brindarles seguridad por cuanto reciben una atención apropiada para su dolencia (la enfermedad diagnosticada es correcta y el tratamiento, el más adecuado), axial como ayudar a dirigir la adquisición de medicamentos.

37) Reacción adversa al medicamento.

- a. Todo efecto nocivo que ocasiona un medicamento que no es deseado por el médico que lo prescribe y se presenta en pacientes que lo han recibido en dosis usuales administradas con fines profilácticos, de diagnóstico, terapéuticos o para modificar funciones fisiológicas.
- b. Evento adverso atribuido al uso de un medicamento.

38) Regulación. (Véase regulación local)

Intervención que establece las condiciones de las prestaciones sanitarias con el objeto de medir, controlar y adecuar el comportamiento de los agentes intervinientes, mediante el establecimiento de disposiciones que pretenden garantizar el adecuado uso de los recursos, la calidad de asistencia y la consecución de objetivos de eficiencia y equidad.

39) Regulación Local.

Se refiere a las regulaciones establecidas en los Centros de Atención del ISSS con el objeto de brindar una atención farmacéutica adecuada, las cuales se derivan de pautas o normas Institucionales generales y cuya aplicación y seguimiento son responsabilidad del Comité Local de Farmacoterapia.

40) Rotulación (etiqueta, marbete).

Cualquier leyenda, escrito, marca o prospecto que se adjunta, se incluye dentro, se acompaña o pertenece a cualquier medicamento, cosmético o dispositivo terapéutico. Nótese que esta definición incluye, no solamente el material escrito sobre el envase primario o sobre el paquete que lo contiene, sino, además, material inserto.

41) Selección de medicamentos.

Este término recibe varias acepciones, especialmente en relación con la situación o nivel en el cual se aplica. Se distingue fundamentalmente entre una selección a nivel de una institución, en el ámbito de un sistema de seguridad social o a una selección a nivel nacional. En cualquiera de los casos, la selección de los medicamentos debe perseguir, no solamente facilitar la elección crítica de los

medicamentos según criterios científicos rigurosos, sino, además, el establecimiento de criterios y pautas para su uso.

42) Tratamiento.

Conjunto sistematizado de atenciones y cuidados médicos que son proporcionados por los profesionales sanitarios a los individuos enfermos, con el propósito de controlar la enfermedad o anomalía que padecen.

43) Uso racional del medicamento.

Importante aspecto de la calidad de atención de los servicios sanitarios, que requiere una evaluación juiciosa de la enfermedad y conocimientos de terapéutica para seleccionar y prescribir adecuadamente un medicamento de eficacia y seguridad aceptables, conveniente para el paciente, económicamente asequible, disponible, de calidad aceptada, apropiadamente dispensado y tomado o utilizado por los pacientes en las dosis indicadas, a los intervalos y durante el tiempo prescrito.

44) Vigilancia.

En salud pública, la recolección e interpretación de datos obtenidos a través de programas de monitorización y de cualquier otra fuente, los cuales sirven para detectar y evaluar cambios en la situación sanitaria de una o más poblaciones. La vigilancia requiere del análisis profesional y cuidadoso de los datos y debe resultar en recomendaciones sobre acciones de control.

Anexo 1

Listado de Medicamentos de Uso en Odontología

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
1	8010101	Acetaminofén	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	12 - 20 (MAX. 180)	1 A
	REGULACION	En Consulta de Emergencia: se autoriza HASTA 20 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica en consulta externa para el manejo de casos crónicos. En toda prescripción que incluya acetaminofen no se deberá superar la Dosis límite diaria de 3.2 g.							
2	8140102	Acetaminofén	(120 - 160) mg/ 5 mL	Solución oral o jarabe	Frasco 120 mL , con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	G	1	1 - 2	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
3	8010201	Acetaminofén + Codeína Fosfato	(500 + 15 - 30) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco de 30, Protegido de la Luz	GR	1	15 - 30 (MAX. 180)	1 A
	REGULACION	En consulta de emergencia se autoriza hasta 30 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica en Consulta Externa para el manejo de patologías que cursan con dolor crónico.							
	ESPECIALIDAD	Endodoncia, C. Maxilofacial.							
4	8010364	Aciclovir	400 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	30 (MAX. 70)	1 A
	REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
5	8140210	Aciclovir	200 mg /5 mL	Suspensión Oral	Frasco 120 - 125 mL	G	1	1	1 A
	REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
6	8010303	Amoxicilina	500 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	15 - 30 (MAX. 40)	1 A
7	8140201	Amoxicilina	250 mg/ 5 mL	Polvo Para Suspensión Oral	Frasco 100 mL , con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1 - 2	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
8	8010370	Cefadroxilo (Monohidrato)	500 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	14 - 20	1 A
	REGULACION	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio, Otitis Media, Sinusitis, Infecciones de Tejidos blandos y Piel. Dosis: 500 mg cada 12 hrs.							
9	8140209	Cefadroxilo (Monohidrato)	250 mg /5 mL	Polvo o Gránulos para Suspensión Oral	Frasco 60 mL	G	2	1 - 2	1 A
	REGULACION	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio, Otitis Media, Sinusitis, Infecciones de Tejidos blandos y Piel.							
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
10	8010331	Ciprofloxacina (Clorhidrato)	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	HASTA 30 **	1 A
	REGULACION	Asteriscos aplica exclusivamente para Urología, Ortopedia, Infectología.							
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							

Anexo 1

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
11	8010357	Claritromicina	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	7 - 14 (MAX. 20)	1 A
	REGULACION	Alternativa a Betalactámicos en infecciones del Tracto respiratorio, piel y tejidos blandos, otitis media, Alergia a Penicilina u otros Betalactámicos. Para Tratamiento de Helicobacter Pilory MAX. 20 tabletas.							
12	8140211	Claritromicina	250 mg/5mL	Polvo o Gránulos Para Suspensión Oral	Frasco (50 - 60) mL, con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta.	G	1	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
13	8010344	Clindamicina (Clorhidrato)	300 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	28 - 40 (MAX. 120)	1 A
	REGULACION	Uso Exclusivo Para el Tratamiento de Infecciones Graves por Gérmenes Anaeróbicos o cocos Gram (+) Resistentes a Penicilina o Metronidazol; o Germenes Sensibles en Pacientes Alérgicos a Penicilina: Osteomielitis, Celulitis, Infecciones Pélvicas, Abdominales, Piel y Tejidos Blandos. Vaginosis bacteriana (uso de acuerdo a protocolo)							
14	8150012	Clorhexidina Gluconato	0.12%.	Solución	Frasco 200 - 250 mL	G	2	1	1 A
	REGULACION	Indicado como colutorio. No se recomienda su uso en niños menores de 6 años.							
15	8010526	Diclofenaco Sódico	25 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 3 mL	G	1	2 - 6.	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
16	8010523	Diclofenaco Sódico	50 mg	Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	2	15 - 30 (MAX. 90)	2 D
17	8010315	Doxiciclina (Monohidrato o Hiclato)	100 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 20	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
18	8150009	Fluoruro de Sodio Acidulado	1.23% (de Ión Flúor)	Gel. PH de 3 - 5	Frasco de 200 - 500 mL	ER	2	S.I.M.	1 A
	REGULACION	Indicado en Hipersensibilidad dentaria y Prevención de Caries Dental.							
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Odontopediatría, Periodoncia e Higiene Dental.							
19	8140108	Ibuprofeno	100 mg/ 5 mL	Suspensión Oral	Frasco (100 - 120) mL , con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría.							
20	8010501	Ibuprofeno	400 mg	Tableta o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	30 (MAX. 180)	1 A
21	8110011	Lidocaína	10%	Aerosol	Frasco Atomizador 50 - 100 mL	ER	2	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Neumología, Odontología, Otorrinolaringología, Emergencia de Cirugía General, Anestesiología							

Anexo 1

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
22	8150006	Lidocaína Clorhidrato + Epinefrina	2% + 1:100,000	Solución Inyectable	Cartucho de Vidrio 1.8 mL	E	1	S.I.M.	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial y Odontopediatría							
23	8150007	Mepivacaína Clorhidrato	3%.	Solución Inyectable sin Vasoconstrictor	Cartucho de Vidrio 1.8 mL	E	1	S.I.M.	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial y Odontopediatría							
24	8010406	Metronidazol	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	15 - 30	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
25	8010317	Nistatina	100,000 UI/mL	Suspensión Oral	Frasco (30 - 40) mL, con Gotero dosificador calibrado (0.5 - 1.0) mL, Protegido de la Luz	G	1	1**	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Odontopediatría.							
26	8150008	Pasta Dentífrica Desensibilizante	(Nitrato Potásico 5% + Monofluoruro de Sodio 0.22 - 1.89%)	Pasta Dental	Tubo 60 - 125 mL	ER	2	1	2 D
	ESPECIALIDAD	Periodoncia							
27	8010803	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(160 + 800) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 20**	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							

Anexo 2

Listado de Medicamentos Controlados por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM)

N	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION
1	8010212	Acetaminofén + Oxycodona	(325 + 5) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz
2	8080109	Clonazepan	2 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario Individual o Frasco, protegido de la luz.
3	8080103	Diazepam	5 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz
4	8080104	Diazepam	10 mg	Tableta Ranurada	Empaque primario individual, Protegido de la luz
5	8080307	Fenobarbital	100 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual
6	8040608	Efedrina Sulfato	25 mg/mL	Solución inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1 mL, Protegido de la luz
7	8090401	Ergonovina Maleato	0.2 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz
8	8140906	Fenobarbital	20 mg/ 5 mL	Solución Oral, contenido de Alcohol del 12 - 15 %	Frasco 120 mL, Protegido de la Luz
9	8080306	Fenobarbital Sódico	65 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL
10	8010203	Fentanil (Citrato)	0.05 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL, Protegido de la Luz
11	8010215	Fentanil (Citrato)	0.05 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz
12	8160104	Ketamina (Clorhidrato)	50 mg/mL	Solución Inyectable I.V.	Frasco Vial 10 mL, Protegido de la Luz
13	8080105	Lorazepam	2 mg	Tableta	Empaque primario individual, Protegido de la luz
14	8010213	Metadona Clorhidrato	10 mg	Tableta	Empaque primario Individual
15	8080106	Midazolam	7.5 mg	Tableta	Empaque Primario Individual
16	8080112	Midazolam (Clorhidrato)	1 mg/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 5 mL
17	8401312	Misoprostol	200 mcg	Tableta	
18	8010205	Morfina Sulfato	10 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V. - S.C.	Ampolla 1mL Protegido de la Luz
19	8010211	Morfina Sulfato	30 mg	Tableta o cápsula de Liberación Controlada	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz
20	8090403	Oxitocina Sintética	5 UI/ mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	Ampolla 1 mL
21	8010216	Oxycodona (clorhidrato)	10 mg	Comprimidos revestidos, de liberación controlada	Empaque primario individual o Frasco por 30, protegido de la luz.
22	8010204	Petidina Clorhidrato	50 mg/mL	Solución Inyectable S.C.- I.M. - I.V.	Ampolla 2 mL
23	8160112	Propofol	10 mg/mL	Emulsión Inyectable Uso I.V.	Ampolla 20 mL
24	8160118	Remifentanilo (Clorhidrato)	5 mg	Polvo para concentrado para solución inyectable I.V. o infusión I.V.	Frasco Vial.
25	8160114	Sevoflurano		Solución para inhalación	Frasco de Vidrio o de Naftalato de Polietileno 250 mL, protegido de la luz.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION GESTIÓN POLÍTICAS EN SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

Solicitud de Actualización del Listado Oficial de Medicamentos

Importante: Las solicitudes con información incompleta no serán recibidas.

Fecha: _____

Médico solicitante: _____
(Nombre, Firma, Sello)
Centro de Atención: _____

Acción Solicitada:		
INCORPORACION: <input type="checkbox"/>	ELIMINACION: <input type="checkbox"/>	MODIFICACION: <input type="checkbox"/>

En caso de **Eliminación** indicar que otros medicamentos existentes en el Listado Oficial pueden reemplazar el medicamento a excluir: _____

En caso de **Incorporación** indique a que otros medicamentos puede reemplazar el nuevo medicamento propuesto: _____

CODIGO ACTUAL (Si existe): _____

NOMBRE GENERICO: _____

NOMBRE(S) COMERCIAL(ES): _____

CONCENTRACION: _____

PRESENTACION FARMACEUTICA: _____

(Especificar: tableta, cápsula, tubo, supositorio, etc.)

NIVEL DE USO:

Médico General:	<input type="checkbox"/>	Hospital General:	<input type="checkbox"/>
Médico Especialista:	<input type="checkbox"/>	H. Especializado:	<input type="checkbox"/>
Restringido:	<input type="checkbox"/>	Con Protocolo:	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

ESQUEMA DE DOSIFICACION: _____

Form. 160101 - 144 - 09 - 05

Anexo 3

DURACION DEL TRATAMIENTO: _____ Uso Crónico: SI: NO:

Nº DE REGISTRO EN EL CSSP: _____

Nº POTENCIAL DE USUARIOS: _____

COSTO UNITARIO: \$ _____ (precio al público) COSTO DEL CICLO DE

TRATAMIENTO COMPLETO: \$ _____ COSTO ANUAL: \$ _____

INDICACION(ES) DE USO ESPECÍFICA(S): _____

JUSTIFICACION: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (Revistas científicas internacionales reconocidas)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(Nota: anexar a la solicitud las páginas que considere necesarias).

VoBo.

Jefe de Servicio: _____

Jefe de Departamento: _____

Comité Local de Farmacoterapia: _____

USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

Analizado por Departamento de Farmacoterapia en fecha: _____

APROBADO: SI: NO: RECHAZADO POR LA SIGUIENTE RAZON:

DESCRIPCION: _____

CONCENTRACION: _____ PRESENTACION: _____

PRIORIDAD: _____ NIVEL DE USO: _____ CANTIDAD: _____

REGULACIONES: _____

RESTRICCIONES: _____

COMENTARIOS: _____

Anexo 4



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS EN SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

SOLICITUD PARA USO DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL LISTADO OFICIAL

IDENTIFICA

Nombre del Paciente:	No. Afiliación	Sexo	Edad	Peso
		F M		

DATOS

Diagnósticos: _____				
Resumen Clínico y Justificación _____				
Fármacos Prescritos	Dosis y Vía de Administración	Período de		
		INICIO	FINAL	
Exámenes de Laboratorio y Gabinete				
Reportes Específicos	Reacción Adversa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Falla Terapéutica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

Nombre Genérico _____	Nombre Comercial _____			
Forma Farmacéutica _____	Concentración _____			
Dosis Diaria _____	Duración del Tratamiento _____	Costo Mensual _____		
Suministrante _____	País	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Referencias Bibliográficas: _____				

EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE FARMACOTERAPIA

Médico que Notifica _____ NOMBRE Y FIRMA Teléfono _____

Centro de Atención _____ Servicio _____

Fecha _____ Vo.Bo. Director: _____

160101-143-09

Anexo 5



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION GESTIÓN POLÍTICAS EN SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre del Paciente:	No. Afiliación	Sexo		Edad
		F	M	

DATOS CLINICOS

Indicación de Uso: _____

Medicamentos Utilizados	Dosis y Vía de Administración	Período de Administración	
		INICIO	FINAL
Fármaco con Sospecha de Reacción			
Fármacos Concomitantes			

Descripción de la Reacción

Desapareció la Reacción al suprimir el Medicamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No se Probó <input type="checkbox"/>
Reapareció la Reacción al reiniciar el Medicamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No se Probó <input type="checkbox"/>
Evolución del Paciente	Reacción Tratada con otro Medicamento <input type="checkbox"/>	Requirió Hospitalización <input type="checkbox"/>	
	Incapacidad Permanente <input type="checkbox"/>	Fallecio <input type="checkbox"/>	
	Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/>

Historia Relevante _____

Datos de Laboratorio _____

DATOS FARMACEUTICOS

Código _____ Nombre Genérico _____
 Nombre Comercial _____ Concentración _____
 Presentación _____ Fabricante _____ No. De Lote _____
 Fecha de Fabricación _____ Fecha de Vencimiento _____

Médico que Notifica _____ <small>NOMBRE Y FIRMA</small>	Teléfono _____
Centro de Atención _____	Servicio _____
Fecha _____	Vo.Bo. Director: _____
Vo.Bo. Comité Local de Farmacoterapia _____	

Form. 510001-59-05-06

E N F E R M E R I A

M E D I C O

F A R M A C I A

Anexo 6



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION GESTIÓN POLÍTICAS EN SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA

REPORTE DE SOSPECHA DE FALLA TERAPEUTICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	No. Afiliación	Sexo		Edad	Peso
		F	M		

DATOS CLINICOS

Diagnósticos: (Incluir indicación de uso del medicamento)			
Medicamentos Utilizados	Dosis y Vía de Administración	Período de Administración	
		FECHA INICIO	FECHA FINAL
Descripción del Problema Detectado: _____			
Exámenes de Laboratorio Relevantes: _____			
Situación del Paciente: Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>			

MEDICAMENTO REPORTADO

Código _____	Nombre Genérico _____
Nombre Comercial _____	Concentración _____
Presentación _____	Fabricante _____ No. De Lote _____
Fecha de Fabricación _____	Fecha de Vencimiento _____
Forma de Adquisición	
UACI <input type="checkbox"/>	Donación Institucional <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Libre Gestión <input type="checkbox"/>

Médico que Notifica _____ NOMBRE Y FIRMA Teléfono _____
 Centro de Atención _____ Servicio _____
 Fecha _____ Vo.Bo. Director: _____
 Vo.Bo. Comité Local de Farmacoterapia: _____

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

M
E
D
I
C
O

F
A
R
M
A
C
I
A

Anexo 7



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS EN SALUD
 DEPARTAMENTO FARMACOTERAPIA

ESCALA PARA MEDIR POLIMEDICACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO

Nombre del Paciente:		No. Afiliación		Sexo		Edad		Peso	
				M F					
Consultorio de Adscripción:				No. De Familia :					
				Derechohabiente: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
No.	FACTORES A EVALUAR	SI	NO	NO SE SABE / NO DISPONIBLE	PUNTAJE				
1	¿Su edad es mayor a 55 Años?	+ 2	+ 1	0					
2	¿Posee dos o más patologías crónicas concomitantes?	+ 2	+ 1	0					
3	¿Usa 4 ó más medicamentos bajo prescripción médica en forma simultánea y permanente?	+ 2	0	0					
4	¿Está controlado por 3 ó más médicos de diferentes especialidades?	+ 2	0	0					
5	¿Tiene el hábito de Automedicarse?	+ 2	0	0					
6	¿Asiste a sus controles Médicos?	0	+ 2	0					
7	¿Cumple su medicación regularmente según la indicación médica ?	0	+ 2	0					
8	¿Conoce los aspectos básicos sobre su(s) enfermedad(s) y medicamento(s) que usa?	0	+ 2	0					
9	¿Se trata de un paciente Policonsultante?	+ 1	0	0					
10	¿Acumula el medicamento en el hogar para utilizarlo en casos de emergencias?	+ 1	0	0					
PUNTAJE TOTAL									

EL PUNTAJE TOTAL UBICA EL RIESGO DE POLIMEDICACIÓN EN UNA DE LAS SIGUIENTES ESCALAS:

RIESGO DE POLIMEDICACIÓN	PUNTUACIÓN	ESCALA
BAJO	≤ 7	Verde
MODERADO	8 - 11	Amarillo
ALTO	≥ 12	Rojo

EVOLUCION

FECHA	CLASIFICACION

NOMBRE DEL EVALUADOR:

FECHA:

Form. 1C0001-49-07-08

Reverso: Escala de Polimedición.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Automedicación: Utilización de un medicamento registrado que está disponible legalmente sin la prescripción de un médico, ya sea por iniciativa propia de la persona o por consejo de un profesional de la salud. Por Ej. Medicamentos de venta libre, medicina natural, recomendados por otro familiar, etc. La utilización de medicamentos bajo prescripción sin una receta médica no forma parte de un uso racional de los medicamentos.

Riesgos Potenciales de la Automedicación: Retrasar el diagnóstico, establecer un diagnóstico incorrecto, enmascarar la enfermedad, prolongar ó agravar la patología, conducir a uso inadecuado y peligroso de medicamentos, Incrementar el riesgo de reacciones adversas, Incrementar el riesgo de interacciones de medicamentos, contribuir al fenómeno de resistencia de medicamentos (Ej. Antimicrobianos), facilitar el contagio (Ej. Conjuntivitis hemorrágica), fomentar la Drogo-dependencia (Ej. Benzodicepinas)

Incumplimiento en la Medicación: Presenta cualquiera de los siguientes aspectos que lo motivan a no tomar por completo el medicamento: la condición empeora, se siente mejor, prefiere otro tratamiento, horario complicado, mucha cantidad, las actividades lo impiden, olvido, negación de la enfermedad, comprensión inadecuada, desconfianza.

Polifarmacia o Polimedición: Uso de 4 ó más medicamentos de forma simultánea y permanente.

Policonsulta: Paciente que durante el curso de la enfermedad aguda (Ej: Proceso gripal, Gastroenteritis, etc) ha asistido a 3 ó mas consultas sin haber sido referido, al mismo o diferente centro de atención.

En caso de enfermedad crónica (Ej: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, etc) independientemente que tenga o no control con determinado especialista, decide consultar en diversos centros de atención por la misma enfermedad.

Aspectos básicos que debe conocer el paciente sobre su medicación: Nombre del medicamento, para qué lo usa, como y cuando administrarlo, efectos secundarios y/o advertencias importantes.

Medicamento de Venta Sin Receta o de Dispensación sin Prescripción Médica (OTC):

Productos farmacéuticos, medicamentos o especialidades medicinales cuya venta, dispensación o administración no requiere receta médica, utilizados por los consumidores bajo su propia responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves y que su uso, en la forma, condiciones y dosis autorizadas sean seguras”


Servicios de Información y Teléfonos



Departamento de Farmacoterapia.

Información sobre Normas Institucionales la prescripción y dispensación de medicamentos, asesoría para evaluar y reportar sospechas de fallas terapéuticas y reacciones adversas asociadas a Medicamentos e Indicadores asociados a la prestación farmacéutica en el ISSS.

Información sobre procedimientos en la evaluación técnica de Sospechas de Fallas terapéuticas y Reacciones Adversas asociadas a Medicamentos, solicitudes de medicamentos no contenidos en el Listado Oficial del ISSS y diversos aspectos relacionados a la prescripción y uso apropiado de los Medicamentos.

 **Tel. 2591 - 3105 / 3107**

 **E - mail: farmacoterapia@iss.gov.sv**

Regencia de Farmacias a nivel nacional.

Información asociada a la atención brindada en las farmacias del ISSS, farmacéuticos y medicamentos controlados por la Dirección Nacional de Medicamentos.

 **Tel. 2591 - 3118.**

 **E - mail: antonieta.altamirano@iss.gov.sv olga.vaquerano**



**DIVISIÓN GESTIÓN POLÍTICAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA
Enero – 2015.**



“Con una visión más humana al servicio integral de su salud”