



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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							
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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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.							
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	Pediatría							
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, Fascaítis 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 Betaláctamicos Carbapenémicos								
8010345	Imipenen (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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010368	Meropenem (Trihidrato)	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 línea (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
CRITERIO DE USO	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.							
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 únicamente en Neumonía adquirida en la comunidad. Cantidad máxima aplica para Tratamiento de Helicobacter Pilyry .							
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 o Clorhidrato)	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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	<p>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.</p>							
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
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 RENDERS)



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Usó Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
	(O)							
8250035	Etionamida	250 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
REGULACION	Usó 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 RENDERS)
	(O)							
8250037	Acido Para aminosalicílico	4 g	Gránulos para suspensión oral	Sobre	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
REGULACION	Usó Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250038	Cicloserina	250 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
REGULACION	Usó Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250039	Kanamicina (Sulfato)	500 mg	Polvo para solución inyectable Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial o ampolla 2 mL.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
	(O)							
8250040	Kanamicina (Sulfato)	1 g	Polvo para solución inyectable o Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial o ampolla 3 mL.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
REGULACION	Usó Regulado Según Programa de Tuberculosis.							
8250042	Clofazimina	50 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
	(O)							
8250043	Clofazimina	100 mg	Cápsula	Empaque primario individual.	HG	1	S.I.M.	2 B (POL. PLANES DE RENDERS)
REGULACION	Usó 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	Usó 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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	Indicado en Infecciones Invasivas por Candida, Tratamiento de Criptococosis Menígea. 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 Aspergillosis, 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 (Clorhidrato)	250 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la luz	GR	2	30	2 D
REGULACION	Indicado en Onicomicosis, requiere cultivo positivo.							
05 ANTIVIRALES								
01 Medicamentos Varios								
8250225	Abacavir (Sulfato)	300 mg	Tableta recubierta	Empaque Primario Individual por 60.	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
CRITERIO DE USO	Indicado para tratamiento de infección por HIV, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) o intolerancia severa, posterior a la terapia inicial, previa aprobación de caso individual por la CONFERENCIA INSTITUCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE INFECTOLOGÍA y monitoreo del uso y resultados del fármaco. Dosis: 600 mg V.O. al día (en una sola toma o 300 mg dos veces al día), con o sin alimentos.							
ESPECIALIDAD	Infectología							
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.							
8250231	Dolutegravir (Sódico)	50 mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30.	ER	1	30	2 D
REGULACION	Indicado para tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) a un Inhibidor no Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INNTR) u otros medicamentos antirretrovirales. No se deberá utilizar en combinación única con Inhibidor Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INTR).							
CRITERIO DE USO	Uso según criterios aprobados a nivel institucional.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Formados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA), Perinatología, así como médicos prescriptores autorizados según Norma de PPE al VIH (médicos coordinadores de emergencias médico coordinador o encargado de turno)							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8250232	Dolutegravir (Sódigo) + Lamivudina + Tenofovir disoproxil fumarato.	50 mg + 300 mg + 300 mg.	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30.	ER	1	30	2 D
REGULACION	Indicado para tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) a un Inhibidor no Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INNT) u otros medicamentos antirretrovirales. No se deberá utilizar en combinación única con Inhibidor Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INTR).							
CRITERIO DE USO	Usó según criterios aprobados a nivel institucional.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Formados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA), Perinatología, así como médicos prescriptores autorizados según Norma de PPE al VIH (médicos coordinadores de emergencias médico coordinador o encargado de turno)							
8250221	Etravirina	100 mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco.	ER	1	HASTA 120	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Indicado para tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) a un Inhibidor no Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INNT) u otros medicamentos antirretrovirales. No se deberá utilizar en combinación única con Inhibidor Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (INTR).							
ESPECIALIDAD	Infectología							
8010353	Ganciclovir (Sódico)	500 mg	Polvo Liofilizado I.V.	Frasco Vial	HER	2	2	2 A
REGULACION	Infecciones Graves por Citomegalovirus en Pacientes Inmunocomprometidos							
ESPECIALIDAD	Infectología							
8250226	Lamivudina (3TC)	10 mg /ML	Solución Oral	Frasco 100 - 240 mL.	ER	1	1	3 B (H 1 MAYO)
CRITERIO DE USO	Usó según Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Neonatología y Pediatría (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA).							
8250230	Nevirapina (Hemihidrato)	10 mg /ML	Solución o Suspensión Oral	Frasco por 100 - 240 mL.	ER	1	1	3 B (H 1 MAYO)
CRITERIO DE USO	Usó según Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Neonatología y Pediatría (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA).							
8250215	Ribavirina	200 mg	Tableta o Cápsula	Empaque primario individual o Frasco.	ER	2	HASTA 180	2 A
REGULACION	Tratamiento Adjunto a Interferon Alfa en Hepatitis C Crónica							
ESPECIALIDAD	Infectología							
8250218	Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Efavirenz	(300 + 200 + 600) mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Usó según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250219	Tenofovir Disoproxil fumarato + Emtricitabina	(300 + 200) mg	Tableta	Empaque primario individual o Frasco por 30	ER	1	30	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Usó según Protocolo de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA.							
ESPECIALIDAD	Infectología, Medicina Interna (Médicos Adiestrados en Manejo de Pacientes con VIH/SIDA)							
8250223	Raltegravir (Potásico)	400 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 60.	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Indicado para tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) o intolerancia severa posterior a la terapia de segunda línea, previa aprobación de caso individual por la CONFERENCIA INSTITUCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE INFECTOLOGÍA y monitoreo del uso y resultados del fármaco. Dosis: 400 mg V.O. dos veces al día							
ESPECIALIDAD	Infectología.							
8250119	Sofosbuvir + Ledipasvir	(400 + 90) mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 28.	ER	1	30	3 A Y UM SAN MIGUEL
REGULACION	Indicado para el tratamiento de la infección por virus de Hepatitis C genotipos 1, 4,5 y 6. Dosis: 1 tableta vía oral cada día por un máximo de 12 semanas (3 meses).							
ESPECIALIDAD	Infectología.							
8010371	Valganciclovir (Clorhidrato)	450 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 60.	ER	1	60 (MAX. 180)	3A (HMQ-ONCOLOGIA; H. GENERAL)
CRITERIO DE USO	Indicado para el tratamiento de Retinitis por Citomegalovirus (CMV) en pacientes VIH/SIDA (Requiere evaluación previa por médico retinólogo) y para la prevención de la infección por CMV en pacientes receptores de trasplante renal de alto riesgo: Donante (+)/Receptor (-)							
ESPECIALIDAD	Infectología.							
02 Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Reversa								
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	Empaque primario individual o Frasco por 30 ó 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								



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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)							
8250222	Darunavir (Etanolato)	600 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 60.	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Indicado para tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) o intolerancia severa posterior a la terapia de segunda línea, previa aprobación de caso individual por la CONFERENCIA INSTITUCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE INFECTOLOGÍA y" monitoreo del uso y resultados del fármaco. Dosis: 600 mg V.O. dos veces al día, con las comidas.							
ESPECIALIDAD	Infectología.							
8250224	Ritonavir	100 mg	Tableta	Empaque Primario Individual o Frasco por 30.	ER	1	60	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Indicado como potenciador farmacocinético para el tratamiento de infección por HIV en tercera línea, en combinación con otros agentes antirretrovirales en pacientes en los que se demuestra evidencia de replicación viral y cepas resistentes (comprobado por genotipificación viral) posterior a la terapia de segunda línea, previa aprobación de caso individual por la CONFERENCIA INSTITUCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE INFECTOLOGÍA y monitoreo del uso y resultados del fármaco. Dosis: 100 mg, V.O. 2 veces al día, con las comidas.							
ESPECIALIDAD	Infectología.							
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	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones del tracto urinario agudas no complicadas: 100 mg cada 12 horas, con las comidas, por 5 a 7 días. • Infecciones del tracto urinario recurrentes severas: 100 mg cada 6 horas, con las comidas, por 5 a 7 días (Reducir a 200 mg al día en dosis divididas si se presenta náusea severa). • Profilaxis de infecciones crónicas del trato urinario: 50-100 mg por la noche, con la comida. 							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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, Geriátría.							
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, Geriátría.							
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 lineas de tratamiento Antihipertensivo establecidas Institucionalmente.							
ESPECIALIDAD	Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Clínicas Metabólicas, Geriátría.							
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, Geriátría.							
8040406	Levo Alfa Metildopa	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual.	ER	1	60 - 90 (MAX. 180)	1A
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	ER	1	S.I.M.	2 D
REGULACION	Indicado en el Manejo de Hipertensión Arterial e Hipertensión Severa Inducida por el Embarazo							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8040405	Hidralazina Clorhidrato	50 mg	Tableta con o sin recubrimiento.	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, Geriátría.							
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 VasculArterial Periférica con claudicación intermitente sintomática.							
ESPECIALIDAD	Cirugía VasculArterial 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, Reumatología, 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, Reumatología, 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
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, Geriátría.							
05 Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina								
8040410	Captopril	25 mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual	ER	1	HASTA 90	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Tratamiento Adjunto en Insuficiencia Cardiaca 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, Geriátría.							
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, Cardiología, Medicina interna, Geriátría.							
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, Cardiología, Medicina interna, Geriátría.							
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 Cardiaca Congestiva en el Recien Nacido.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
8250059	Digoxina	0.05 mg/mL (50 microgramos/mL)	Solución Oral	Frasco Gotero 10 - 15 mL	ER	1	1	2 B
REGULACION	Insuficiencia Cardiaca Congestiva en el Recien Nacido.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
10 Simpaticomiméticos								
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, Geriátrica.							
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	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							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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								
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 Cálctica	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 Cálctica	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	Tromboprolifaxis 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 dia 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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso en prevención del ACV y embolismo pulmonar en fibrilación 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								
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: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 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 o Emulsión 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
	(O)							
8170111	Protamina Clorhidrato	1000 UI/mL	Solución Inyectable (Libre de preservantes) I.V.	Frasco Vial o Ampolla 5 mL.	HG	1	S.I.M.	2 B
10 ANALGESICOS								



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	Uso para Ginecología exclusivamente en amenaza de parto prematuro (APP) indicado en embarazo menor de 32 semanas, dosis: 25 mg cada 6 horas, duración de tratamiento: máximo 48 horas. Cantidad MAXIMA (180) aplica exclusivamente para Reumatología							
ESPECIALIDAD	Reumatología, Medicina Interna, Ginecología.							
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	Empaque primario individual o frasco de 30, protegido de la luz.	ER	2	15 - 30 (MAX. 42)	2 A
ESPECIALIDAD	Reumatología.							
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	30-60	2 D



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	Indicado en : 1) Ataque agudo de gota. 2) Tratamiento preventivo de ataques de gota durante la terapia inicial con Alopurinol o uricosúricos y 3) Tratamiento de la gota crónica.							
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
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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 + Oxiconona Clorhidrato	(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	Oxiconona (clorhidrato)	10 mg	tableta de liberación controlada, formulación con propiedades disuasivas al abuso	Empaque primario individual o Frasco por 30.	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. libre de preservantes	Frasco Vial 50 mL	HG	1	S.I.M.	2 A
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 libre de preservantes	Ampolla 4 mL.	HER	2	S.I.M.	3 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 %	Solución tópica	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 libre de preservantes	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.							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 BRONCODILATADORES								
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	2D
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								
8030130	Beclometasona Dipropionato	100 mcg/aplicación	Aerosol	Frasco inhalador 200 - 250 inhalaciones, libre de clorofluorocarbono (C.F.C)	G	1	1	1 A
	(O)							
8030129	Budesonida	200 mcg/dosis	Polvo para inhalación oral contenido en cápsula para inhalación	Dispositivo Inhalador, con 30 cápsulas.	G	1	1	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 Descongestivos.								
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, Geriatría.							
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 maxima 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, Bronquiectacias), por un periodo corto.							
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
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	HG	1	1	2 B
	(O)							
8020205	Omeprazol (Sódico)	40 mg	Polvo para Solución I.V.	Frasco Vial + Solvente	HG	1	1	2 B
REGULACION	Tratamiento antisecretor gástrico cuando la vía oral no es posible, en casos como: - Tratamiento de Úlcera Esofágica, Gástrica o Duodenal. - Prevención de la recidiva de úlceras gástricas o duodenales							
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
CRITERIO DE USO	Tratamiento de pacientes con diagnóstico confirmado de Úlcera gástrica y duodenal activa; Erradicación de Helicobacter Pylori; Reflujo Gastroesofágico; Esofagitis erosiva; manejo de Reflujo Gastroesofágico durante el embarazo después del primer trimestre.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	<ul style="list-style-type: none"> • 4 SEMANAS (MÁXIMO 12 SEMANAS) PARA TODAS LAS ESPECIALIDADES, EXCEPTO: Gastroenterología y Reumatología: MÁXIMO: Según indicación médica Medicina Interna: MÁXIMO 12 meses. • Para el resto de especialidades aplicará receta repetitiva hasta por 3 meses y farmacia deberá vigilar el tiempo de dispensación según regulación actual. • Para el resto de especialidades aplicará receta repetitiva hasta por 3 meses • Aplica suspensión de la prescripción y dispensación al completar el tiempo de tratamiento establecido, siguiendo el mecanismo de control local. 							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Reumatología, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Endocrinología, Oncología, Hematología, Geriátría, Alergología, Gineco-obstetricia.							
06 Uso en Tratamiento de Diarreas								
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								
8020702	Enema Hipertónico	Fosfato de Sodio, monobásico (NaH ₂ PO ₄) 14.4 - 17.6 % + Fosfato de sodio, dibásico (NaH ₂ PO ₄) 5.4 - 6.6 %.	Solución	Tubo Flexible con cánula 120 - 140 mL	G	1	1 - 3	2 D
8140505	Glicerina		Supositorio Infantil 1-1.5 g. (75 -90 % de glicerina)	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	G	1	1 (MAX. 2)	1 A
REGULACION	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del estreñimiento agudo o crónico cuando no esté indicada o no haya respuesta a la terapia con fibra. • Tratamiento y prevención de la encefalopatía hepática portosistémica *Cantidad máxima aplica para Medicina Interna, Gastroenterología y Nefrología							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología Medicina Interna, Geriátría.							
8020705	Ricino		Aceite	Frasco 60 mL.	G	1	S.I.M.	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
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.							
	(O)							
8250060	Acido Ursodeoxicólico (Ursodiol)	500 mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual	ER	2	60	3 A
CRITERIO DE USO	Indicado en pacientes con diagnóstico de enfermedad colestásica del hígado como cirrosis biliar primaria (CBP), comprobada. La dosis recomendada es: 13 - 15 mg/Kg/día. Dosis mayores a estas conllevan riesgo de Hepatotoxicidad.							
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.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología.							
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.							
8250034	Mesalazina	1 gramo	Supositorio	Empaque primario individual o frasco.	ER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Manejo según protocolo. Indicado en colitis ulcerativa, proctitis y proctosigmoiditis.							
ESPECIALIDAD	Coloproctología, Gastroenterología, Ginecología Oncológica y Radioterapia.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	30 -90	2 D
CRITERIO DE USO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de Úlcera duodenal activa con diagnóstico confirmado por Endoscopia. • Profilaxis de Úlcera duodenal en el paciente crítico durante su estancia en la unidad de medicina crítica. • Reflujo biliar diagnosticado por Endoscopia de Tubo Digestivo Superior • Manejo de Reflujo Gastroesofágico durante el embarazo 							
REGULACION	<ul style="list-style-type: none"> • 4 SEMANAS (MÁXIMO 12 SEMANAS) PARA TODAS LAS ESPECIALIDADES, EXCEPTO: Gastroenterología y Medicina Crítica. MÁXIMO: Según indicación médica • Para el resto de especialidades aplicará receta repetitiva hasta por 3 meses • Aplica suspensión de la prescripción y dispensación al completar el tiempo de tratamiento establecido, siguiendo el mecanismo de control local. 							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Medicina Interna, Servicios de Medicina Crítica, Ginecología, Oncología, Hematología, Cirugía General.							
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 o emulsión oral	Frasco Gotero 20 - 30 mL	G	2	1	1 A
8020804	Triamcinolona diacetato	1 %	espuma rectal en aerosol	frasco 20 g. con aplicador rectal. Protegido de la luz.	ER	2	1 - 2.	3 A
CRITERIO DE USO	Indicado para el tratamiento de Colitis Ulcerativa, Proctosigmoiditis, Proctitis granular, y procesos inflamatorios rectales.							
ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Coloproctología.							
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 Vascul ar 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**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	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. ► 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	Psiquiatria 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	1	1 - 2 (MAX. 3)	3 B (POLICLINICO ARCE)
REGULACION	Indicado en el tratamiento de Esquizofrenia y episodios maniacos o mixtos agudos asociados a trastorno Bipolar tipo I. ALERTA DE SEGURIDAD: No esta aprobado por FDA, para el uso en pacientes ancianos con Psicosis realcionada a Demencia debido a un incremento en el riesgo de eventos cerebrovasculares incluyendo ACV.							
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	Clonazepan	2 mg	Tableta Ranurada en cruz.	Empaque primario Individual o Frasco, protegido de la luz.	ER	2	30 - 60	2 D



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
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, Geriátrica.							
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 Clorhidrato	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, Geriátrica.							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
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	Pediatría							
8080306	Fenobarbital Sódico	65 mg/mL	Solución Inyectable I.M. - I.V.	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 Línea en Dolor Neuropático Secundario a Diabetes Mellitus o asociado a Neoplasia, Neuralgia Post Herpética.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Reumatología, Clínica del Dolor, Endocrinología, Neurocirugía, Fisiatría, Oncología.							
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.							
8080313	Levetiracetam	1000 mg	Tableta ranurada	Empaque Primario Individual o Frasco	ER	2	HASTA 90	3 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Indicado en pacientes con Epilepsia Refractaria al tratamiento con al menos dos anticonvulsivantes incluidos en el LISTADO OFICIAL							
ESPECIALIDAD	Neurología.							
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.							
8080314	Topiramato	25 mg	Tableta	Empaque primario individual o frasco.	ER	2	30-60	3A y H. POLICLINICO ARCE
CRITERIO DE USO	Indicado en pacientes bajo control por migraña							
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, Pediatría.							
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
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, Geriátrica.							
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, Geriátrica.							
8080506	Pramipexole diclorhidrato monohidratado	1 mg	Tableta (eq. 0.7 mg pramipexol base)	Empaque primario individual.	ER	1	HASTA 135	3 A y POLICLINICO 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 Clorhidrato	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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
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
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
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							
8070415	Desmopresín (Acetato)	120 mcg	Tableta sublingual	Empaque Primario Individual	ER	2	HASTA 20	3 A
REGULACION	Manejo de Diabetes Insípida Central durante el período post-operatorio por hipofisectomía transnasal (10 días).							
ESPECIALIDAD	Neurocirugía, Unidad de Cuidados Intensivos							
8070406	Testosterona Enantato o Cipionato	250 mg		Ampolla 1 – 2 mL	ER	2	1 - 2	2 B
ESPECIALIDAD	Endocrinología, Urología.							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
CRITERIO DE USO	Indicado cuando no exista un control adecuado del colesterol, con las medidas no farmacologicas 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 farmacologicas 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 trigliceridos con las medidas no farmacológicas como dieta y ejercicio. Toda persona con niveles de trigliceridos 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.							
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, Geriátria.							
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.							
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)							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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							
8010508	Hidrocortisona (Succinato Sódico)	500 mg	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial con o sin diluyente adjunto.	E	1	S.I.M.	2 D
8010529	Hidrocortisona (Succinato Sódico)	100 mg	Polvo Para Dilución I.M. - I.V.	Frasco Vial con o sin diluyente adjunto (agua esteril para inyectables, libre de preservantes).	HER	1	1	3 B (HOSP. 1º DE MAYO)
ESPECIALIDAD	Neonatología y Pediatría.							
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.A.	Frasco Vial 5 mL, Protegido de la Luz	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología, Reumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía General.							
8010528	Triamcinolona Acetonido	10 mg/mL	Suspensión Inyectable I.A.	Frasco Vial o Ampolla 1 mL, Protegido de la Luz	ER	2	1	2 D
ESPECIALIDAD	Dermatología, Reumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía General.							
25 MEDICAMENTOS DE USO EN ONCOLOGIA								



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	Solución Inyectable (Libre de Preservantes) o Polvo Para Dilución I.V. con o sin diluyente	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							
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)



SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
ESPECIALIDAD	Oncología, Hematología, Reumatología.							
03 Antibióticos Citotóxicos								
8060109	Bleomicina (Sulfato)	15 Unidades	Polvo para Dilución I.M. - I.V.	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) y (H.P. Arce)
ESPECIALIDAD	Oncología, Hematología, Neurología.							
8060125	Mitomicina C	5 - 20 mg	polvo para dilución inyectable	Frasco Vial protegido de la luz.	HE	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
ESPECIALIDAD	Oncología.							
04 Protectores de Toxicidad								
8060127	Leucovorina (Cálcica) [Sinónimos: Ácido Folinico (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 Folinico (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								



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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)
06 Inhibidores de la DNA Topo - Isomerasa								
8060144	Irinotecan clorhidrato (trihidratado)	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)							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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.							
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 2.0 - 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.							
8070414	Octreotide (Acetato)	30mg	Polvo para suspensión de depósito I.M.	Frasco vial + jeringa con diluyente 2.0 - 2.5 ml.	ER	1	1	3 A
CRITERIO DE USO	Indicado para el 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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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)
REGULACION	Uso Bajo Protocolo. Alternativa terapéutica de Ciclosporina en la Prevención del Rechazo agudo de Transplante Renal.							
ESPECIALIDAD	Nefrología, Unidad de Transplante Renal							
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.							
8060152	Fludarabina fosfato	50 mg	polvo para dilución I.V	Frasco vial	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ- ONCOLOGIA)
REGULACION	Indicado como primera línea de tratamiento en pacientes adultos con Leucemia Linfocítica Crónica (LLC), en Regulación enfermedad avanzada activa y sintomática: Raí 111 / IV (Binet C), o Raí 1 / 11 (Binet A/B). 6 Ciclos de tratamiento. Uso bajo protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8060138	Hidroxiurea (Hidroxicarbamida)	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)



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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.							
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 línea 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)



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Usó 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	Usó 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								
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; debe contener 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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8140810	Vitamina A + C + D	(1,500 - 2,500) UI+ (30 - 60) mg + (300 - 400) UI/mL, puede contener como máximo 2 mg/mL de Zinc	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 o acetato)	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.							
02 Minerales								
8150009	Fluoruro de Fosfato Acidulado-APF (Fluoruro de sodio y fluoruro de hidrogeno en Ácido fosfórico)	1.2 % o 1.23 % de Ion fluoruro	Gel Tópico PH de 3 – 5 con sabor agradable.	Frasco Plástico 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.							
8070505	Zinc Elemental (Como Gluconato o Sulfato)	50 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 heptahidratado)	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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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, diálisis.							
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 Heptahidratado	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
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8160517	Solución Electrolítica en Agua estéril para inyección con Na, K, Ca y Lactato, (Hartmann o Ringer)	Contenido por cada 100 mL: Lactato de Sodio 290-330 mg, Cloruro de Sodio 573-628 mg, Cloruro de Potasio 27-33 mg, Cloruro de Calcio 18-22 mg (Equivalente en mEq/L: Sodio 130-131, Cloruro 109-111, Potasio 4, Calcio 2.7-3 , Lactato 27 -29)	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 Plastico 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	E	1	S.I.M.	2 D
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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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								
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 $\geq 5Lf$ (≥ 40 UI) Adsorbidos en Fosfato de Aluminio (AlPO ₄) $\geq 1.5mg$		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, Geriátrica.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8010626	Vacuna Antipoliomielítica inactivada (VPI) conteniendo poliovirus de tipo 1 (MAHONEY), tipo 2 (MEF-1) y tipo 3 (SAUKETT)		Suspensión Inyectable I.M., S.C.	Frasco Vial multidosis 5 ml (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							
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 Antirotavirus 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 Preenada 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	2.5 UI/mL	Polvo Liofilizado Uso I.M.	Ampolla o Frasco Vial + Diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
8010630	Vacuna Purificada de Células Vero	2.5 UI	Polvo Liofilizado Uso I.M.-S.C.	Frasco Vial 0.5 mL + Diluyente	G	1	S.I.M.	1 A
	(O)							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	Pediatría, Infectología							
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 Rubeola 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)							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
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 multidoses 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 unidoses	G	1	S.I.M.	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	500 - 600 UI	Concentrado Desechado	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Hematología							
8060310	Factor VIII	500 UI ± 20 %	Polvo Para Dilución I.V.	Frasco Vial + Solvente	HER	1	S.I.M.	3 A
ESPECIALIDAD	Hematología							
8060414	Eritropoyetina alfa Humana Recombinante	30,000 UI (252 mcg)	Solución Inyectable S.C. I.V.	Jeringa Prellenada 0.75 mL.	HER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
	(O)							
8060415	Eritropoyetina beta Humana Recombinante	30,000 UI (250 mcg)	Solución Inyectable S.C. I.V.	Jeringa Prellenada 0.6 mL.	HER	1	S.I.M.	3 A y U.M. SAN MIGUEL
CRITERIO DE USO	Tratamiento de pacientes con anemia asociada a quimioterapia y reducción de requerimientos transfusionales.							
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060416	Eritropoyetina beta Humana Recombinante	4,000 UI	Solución Inyectable S.C. I.V.	Jeringa Prellenada 0.3 mL.	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ, H.R. ST. ANA, UM. SAN MIGUEL)
CRITERIO DE USO	Tratamiento de anemia sintomática asociada con Insuficiencia Renal Crónica (IRC).							
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Nefrología.							
8010603	Inmunoglobulina Anti-D (Rho) Humana	1,500 UI	Solución Inyectable I.M.	Frasco Vial (1 - 2) mL o Jeringa Prellenada 1-2 mL	ER	1	S.I.M.	2 D
ESPECIALIDAD	Ginecología.							
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 Guillian Barré. Uso bajo Protocolo Institucional. Medicina Interna exclusivamente para continuación de tratamiento indicado por el especialista.							
ESPECIALIDAD	Neurología, Reumatología, Hematología, Alérgia 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 Guillian 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							
8060244	Interferon Alfa 2b Recombinante	5 Millones UI	Polvo Liofilizado Para Dilución o Solución Inyectable	Frasco Vial o Jeringa Prellenada, Protegido de la Luz	HER	2	S.I.M.	3 A
REGULACION	Uso Bajo Protocolo.							
ESPECIALIDAD	Hematología, Oncología.							
8060245	Interferon Alfa 2b Recombinante	3 Millones UI	Polvo Liofilizado Para Dilución o Solución Inyectable	Frasco Vial o Jeringa Prellenada, 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							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8060412	Eritropoyetina alfa Humana Recombinante	4,000 UI	Solución inyectable I.V. /S.C., libre de preservantes	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)
	(O)							
8060416	Eritropoyetina beta Humana Recombinante	4,000 UI	Solución inyectable I.V. S.C.	Jeringa Prellenada 0.3 mL.	HER	1	S.I.M.	3A (HMQ-O, H.R. SANTA ANA) Y U.M. SAN MIGUEL)
REGULACION	Uso bajo Protocolo.							
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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 U/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								
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 acuosa	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
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
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.							
8100064	Tropicamida + Fenilefrina Clorhidrato	(0.5-0.8 + 5) % (Eq.5-8 mg/mL + 50mg/mL).	Solución Oftálmica con preservante	Frasco Gotero (5 - 15) mL, Protegido de la Luz	ER	2	1	2 D



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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
REGULACION	Uso en Sala de Operaciones.							
ESPECIALIDAD	Oftalmología.							
8100049	Condrotin 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	0.3-0.5% (3-5 mg/mL)	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 10 - 15 mL	G	2	1	1 A
	(O)							
8100065	Hipromelosa (Hidroxipropilmetilcelulosa)	0.3-0.5% (3-5mg/mL)	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 10 - 15 mL	G	3	1	1 A
8100023	Nafazolina Clorhidrato	0.1 %	Solución Oftálmica	Frasco Gotero 10 - 15 mL	G	2	1	1 A
8100046	Solución Salina Balanceada Estéril para Irrigación Intraocular, Contiene: Cloruro de Sodio 0.64%, Cloruro de Potasio 0.075%, Cloruro de Calcio Dihidrato 0.048%, Cloruro de Magnesio Hexahidrato 0.03%, Acetato de Sodio Trihidrato 0.39%, Citrato de Sodio Dihidrato 0.17%, Hidróxido de Sodio o Ácido Clorhídrico para ajustar el pH, Agua, sin 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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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, Magma de Bentonita 25 g, Glicerina 2 mL, solución Tópica de Hidróxido de Calcio, con mentol csp 100 mL	Suspensión	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							
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 + 0.05) %.	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 resequedad de la Piel.								



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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 % con o sin vitamina A, D o E	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 Colagenasa + Cloranfenicol	(0.6 UI +10 mg)/gramo	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, Alergia e Inmunología.							
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							
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 o Frasco Vial 1 mL	HG	2	1	2 C



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
REGULACION	Uso bajo Protocolo. Indicado en Atonia 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.							
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, Alérgia 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, Pr	ER	1	HASTA 20	2 D
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



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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	ER	1	S.I.M.	2 D
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 o Jeringa Prellenada 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**

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	Contenido por cada 100 gramos de polvo: Carbohidratos (52-65) g, Proteínas de alto valor biológico (13- 21) g, Lípidos (11-18) g. 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, Oncología.							
8250012	Fórmula Semielemental Infantil (Proteína extensamente hidrolizada)	Contiene en gramos por 100 g polvo: Carbohidratos (51.0 a 53.0) g, Proteínas (13.0 a 15.0) g, Grasas (25.0-29.0) g.	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: Proteinas 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							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8141508	Fórmula para Prematuro	Calorías/Onza: 23-26, Contenido por cada 100 gramos de polvo: Carbohidratos (46-54) g, Proteínas (12-17) g, Grasas (22-29) g.	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	Pediatría, Neonatología							
8070508	Fórmula para paciente renal especializada alta en proteínas y baja en Potasio y Fósforo.	Contiene en gramos por 100 mL: Proteínas de 7-9 g, carbohidratos de 15-24 g y lípidos 7-10 g.	Líquido Oral	Envase (100 - 250) mL de diferentes sabores (no chocolate).	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 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.							
8070528	Fórmula para pacientes con intolerancia a los Carbohidratos o Diabético	Contenido por cada 100 gramos de polvo: Carbohidratos (37 a 48) g, Proteínas (15.0 a 22.0) g, Grasas (11.0-16.0) g. Libre de lactosa y gluten, con fibra	Polvo Oral	Lata 400-500 g. De diferentes sabores (no chocolate).	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.							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8141507	Fórmula Polimérica Infantil Normoproteica, Isocalórica, Libre de Lactosa.	Contenido por cada 100 gramos de polvo: Carbohidratos (61-71 g), Proteínas (13 a 17 g), Grasas (18-23 g)	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	Pediatría, Programa de Atención Integral en Salud Infantil							
8070509	Fórmula Polimérica para Pacientes con Disfunción Hepática	cada 100 g. contienen: Proteínas 15-20 g, Carbohidratos 57 -72g, Grasas 12-16 g, 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 Proteínas de alto valor biológico (origen animal: Caseinato)	85 - 95 g de proteína en 100 g de polvo (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 médico 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.							
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 maíz y de soya con vitaminas y minerales			400 - 500 g bolsa o lata	G	2	HASTA 6	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8141503	Sucedáneo de Leche Materna	Contenido por cada 100 gramos de polvo: Carbohidratos (51-58 g), Proteínas (9-11 g), Grasas (24-29 g). No debe contener saborizantes.	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)							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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% (Triglicéridos de Cadena Media 50% y Triglicéridos de Cadena Larga 50%).	Emulsión	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							
8070510	Solución de Aminoácidos Especiales para Falla Hepática	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 Especiales para Falla Renal	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)



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

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							
8070514	Solución de Aminoácidos Para Nutrición Parenteral Periférica.	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 estándar 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 estándar libre de 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							
35 OTORRINOLARINGOLOGIA								
01 Medicamentos Varios								
8110024	Fexofenadina (Clorhidrato) + fenilefrina (clorhidrato)	(60+25) mg	Tableta	Empaque Primario Individual	ER	2	10	2 B
	(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	Ciprofloxacina (Clorhidrato) + Hidrocortisona	(0.2 + 1)%	Suspension Ótica	Frasco Gotero 5 - 10 mL	GR	1	1	1 A



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
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								
8020106	Aluminio Hidróxido	(200 – 300) mg.	Tableta masticable.	Empaque Primario Individual	ER	1	90 (MAX. 270)	3 A
CRITERIO DE USO	Uso exclusivo como agente Quelante de fosfato en Insuficiencia Renal. Debe utilizarse como tratamiento a corto plazo (Máximo 4-6 semanas de forma consecutiva) para evitar la acumulación ósea y en tejido nervioso.							
ESPECIALIDAD	Nefrología.							
8020109	Aluminio Hidróxido	(300 – 320) mg./5 mL.	Suspensión Oral	Frasco 240 mL.	ER	1	1 (MAX. 3)	3 A
CRITERIO DE USO	Uso exclusivo como agente Quelante de fosfato en Insuficiencia Renal. Debe utilizarse como tratamiento a corto plazo (Máximo 4-6 semanas de forma consecutiva) para evitar la acumulación ósea y en tejido nervioso.							
ESPECIALIDAD	Nefrología.							
8020110	Aluminio Hidróxido (Gel) y Magnesio Hidróxido	(300-400 + 300-400) mg con o sin Simeticona (20-25) mg	Tableta masticable.	Empaque Primario Individual	G	2	30 (MAX. 50)	1 A
CRITERIO DE USO	Tratamiento sintomático a corto plazo de alteraciones relacionadas con la hiperacidez estomacal leve y ocasional, gastritis por estrés y dispepsia funcional (no ulcerosa). Contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave. Dosis: 1-2 tabletas al momento de la acidez estomacal, y según necesidad hasta 4 veces al día, de 20 minutos a una hora después de las tres comidas y antes de acostarse. No exceder la dosis máxima de 8 tabletas al día. Duración máxima del tratamiento: 7 días. Requiere evaluación médica si los síntomas empeoran o persisten. Cantidad máxima: 50 tabletas.							
8170110	Deferoxamina Mesilato	500 mg	Polvo para dilución I.M.-I.V.-S.C.	Frasco Vial.	HER	1	S.I.M.	3 A (HMQ-ONCOLOGIA)
REGULACION	Tratamiento de intoxicación aguda por hierro y sobrecarga crónica de hierro secundaria a múltiples transfusiones sanguíneas							
ESPECIALIDAD	Hematología.							
8250058	Cafeína Citrato	20 mg/mL (eq. 10 mg/mL Cafeína base)	Solución Inyectable-Oral Libre de Preservantes	Frasco Vial 3 mL.	HER	1	S.I.M.	3 B (H 1 MAYO)
CRITERIO DE USO	Indicado para el tratamiento de apnea en recién nacidos prematuros							
ESPECIALIDAD	Neonatología							
8250118	Hilano GF-20	16 mg	Solución, Uso I.A.	Jeringa Prellenada 2 mL	ER	2	3	2 B y U.M. SANTA TECLA, U.M. ATACATL.
REGULACION	Uso bajo Protocolo (Esquema de 3 Dosis)							
ESPECIALIDAD	Ortopedia							



**SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD
LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS**

CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESPACHO ALMACEN
8250013	Beractant (Surfactante pulmonar bovino)	25 mg /mL de fosfolípidos.	Suspensión intra-traqueal	Frasco Vial, 8 mL Protegido de la Luz.	HER	1	S.I.M.	2 A Y H. AMATEPEC
REGULACION	Insuficiencia Respiratoria del Recien Nacido. Membrana Hialina.							
ESPECIALIDAD	Neonatología.							
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							
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 10 mL conteniendo 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.							