



G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S

2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

Resolución

Número:

Referencia: EX-2019-23030833-GDEBA-DGIIOMA - Plan Meppes

VISTO el expediente **EX-2019-23030833-GDEBA-DGIIOMA**, referido a la gestión de la Dirección General de Regiones tendiente a la aprobación de la ampliación de la Resolución del Directorio N° 2310/16, la Ley N° 6982 (T.O. 1987), y la Resolución N° 3696/17, y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la Dirección General de Regiones propone que se efectúen las gestiones tendientes a la aprobación de la ampliación de la Resolución del Directorio N° 2310/16;

Que en el orden 2, la Dirección propiciante informa que mediante dicha Resolución se aprobó la descentralización de las autorizaciones de renovaciones de medicamentos para tratamientos crónicos en el marco del Plan MEPPES, en tanto no presenten modificaciones de drogas ni dosis, en favor de los médicos auditores de las Direcciones Regionales, con el alcance, requisitos y normas de aplicación establecidas en los Anexos de dicha normativa, quedando excluidas las renovaciones de autorizaciones para el resto de los medicamento de dicho Plan. Asimismo, y de aprobarse la propuesta en cuestión, dicha Dirección General procedería a identificar a los médicos auditores de las Direcciones Regionales habilitados a tal fin, gestionando las claves de acceso a los sistemas que fuere necesario, y coordinaría con la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica los medios de comunicación permanente para consulta y resolución de los trámites en cuestión. En razón de lo expuesto, propone la descentralización de las autorizaciones de renovación de los medicamentos correspondientes al Plan MEPPES, en tanto no presenten modificaciones de drogas ni dosis, en favor de los médicos auditores de las Direcciones Regionales, y sin perjuicio de la facultad de resolver dichas renovaciones en forma centralizada a través de la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica, previa intervención de las áreas con competencia en la materia;

Que en el orden 7, la Subdirección Técnico y de Farmacia y Bioquímica detalla la propuesta específica, objetivos e implementación (IF-2019-23578733-GDEBA-SDTCYFYBIOMA);

Que en el orden 8, se adjunta el listado de drogas como el Anexo 1 (IF-2019-23580135-GDEBA-SDTCYFYBIOMA);

Que en el orden 9, se adjuntan los requisitos y guías como Anexo 2 (IF-2019-23580181-GDEBA-SDTCYFYBIOMA);

Que en el orden 17, la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra objeciones que formular desde el punto de vista de su competencia, por lo que puede el Directorio someter a tratamiento la propuesta y dictar el acto administrativo proyectado al efecto;

Que el Departamento del Directorio deja constancia que, en su reunión de fecha 24 de julio de 2019, en las actuaciones referidas a la modificación de la Resolución del Directorio N° 2310/16, según consta en Acta N° 26, **RESOLVIÓ: 1)** modificar la Resolución de Directorio N° 2310/16; **2)** aprobar la descentralización de las autorizaciones de renovaciones de medicamentos en el marco del Plan Meppes, en tanto no presenten modificaciones de drogas ni dosis, en favor de los médicos auditores de las Direcciones Regionales de este IOMA, y sin perjuicio de la facultad de resolver las mismas en forma centralizada a través de la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica; todo ello conforme las especificaciones previstas en los IF-2019-23580135-GDEBA-SDTCYFYBIOMA e IF-2019-23580181GDEBA-SDTCYFYBIOMA, que como Anexos 1 y 2 formarán parte del Acto Administrativo a dictarse; **y3)** encomendar a la Dirección General de Regionalización la identificación de los médicos auditores de las Direcciones Regionales del Instituto que estarán habilitados a efectuar las autorizaciones a que alude el punto anterior, gestionando las respectivas claves de acceso para la utilización de los sistemas de autorización a través de la Dirección de Sistemas de Información y Estadística, y coordinar con la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica los medios de comunicación permanente para consulta y resolución de los trámites en cuestión;

Que el Directorio resolvió la presente medida en uso de sus facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987);

Que el presente acto administrativo se suscribe conforme a lo establecido en la Resolución del Directorio N° 3696/17.

Por ello,

EL PRESIDENTE DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
RESUELVE

ARTICULO 1°. Modificar la Resolución de Directorio N° 2310/16.

ARTICULO 2°. Aprobar la descentralización de las autorizaciones de renovaciones de medicamentos en el marco del Plan Meppes, en tanto no presenten modificaciones de drogas ni dosis, en favor de los médicos auditores de las Direcciones Regionales de este IOMA, y sin perjuicio de la facultad de resolver las mismas en forma centralizada a través de la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica; todo ello conforme las especificaciones previstas en los IF-2019-23580135-GDEBA-SDTCYFYBIOMA e IF-2019-23580181-GDEBA-SDTCYFYBIOMA, que como Anexos 1 y 2 formarán parte del acto administrativo a dictarse.

ARTICULO 3°. Encomendar a la Dirección General de Regionalización la identificación de los médicos auditores de las Direcciones Regionales del Instituto que estarán habilitados a efectuar las autorizaciones a que alude el punto anterior, gestionando las respectivas claves de acceso para la utilización de los sistemas de autorización a través de la Dirección de Sistemas de Información y Estadística, y coordinar con la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica los medios de comunicación permanente para consulta y resolución de los trámites en cuestión.

ARTICULO 4°. Registrar. Notificar a la Dirección General de Regiones y por su intermedio, a las Direcciones Regionales y Delegaciones del Instituto. Comunicar a la Subdirección Técnico Científica y de Farmacia y Bioquímica. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

ANEXO I

ONCOLOGÍA

Tamoxifeno, Anastrozol, Acetato de Leuprolide, Goserelina, Ciproterona, Flutamida, Bicalutamida, Estrógenos (Dietilbestrol).

OSTEOPOROSIS

Calcitonina, Denosumab, Teriparatide.

ANALGESIA (Analgésicos centrales)

Metadona, Oxycodona, Tramadol, Morfina Sulfato.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ARTRITIS- LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO- ESCLERODERMIA)

Leflunomida, Metotrexato, Metilprednisona-Prednisona.

EPILEPSIA

Valproato de Magnesio, Gabapentin, Lamotrigina, Topiramato, Vigabatrín, Oxcarbacepina, Levetiracetam.

PARKINSON

Cabergolina, Pramipexol, Ropirinol, Selegilina.

PSIQUIATRÍA

Aripiprazol, Clotiapina, Clozapina, Olanzapina, Risperidona, Ziprazidona, Lamotrigina, Topiramato, Oxcarbacepina, Valproato De Magnesio.

ESPASTICIDAD

Baclofeno.

NEUROMUSCULAR MUSCULARES

Deflazacort, Azatioprina.

HEMATOLOGÍA

Enoxaparina.

ENDOCRINOLOGÍA

Metformina, Glimepirida, Glibenclamida, Pioglitazona, Glipizida, Sitagliptina, Gliclazida 60, Saxagliptina, Repaglinida, Linagliptina, Sitagliptina 50 Mg + Metformina 850 Mg, Sitagliptina 50 Mg + Metformina 1000 Mg, Linagliptina 5 Mg + Metformina 850 Mg, Linagliptina 5 Mg + /Metformina 1000 Mg, Saxagliptina 5 Mg + Metformina 850 Mg, Saxagliptina 5 Mg + Metformina 1000 Mg. Cabergolina, Desmopresina.

INSULINAS

Insulina NPH Corriente (todas sus presentaciones); Análogos Rápidos (Aspártica, Glulisina, Lispro (todas sus presentaciones), Análogos Lentos: Glargina, Detemir (todas sus presentaciones), Análogos Bifásicos: Aspártica Bifásica, Lispro Bifásica (todas sus presentaciones).

PUBERTAD PRECOZ

Leuprolide, Triptorelina, Somatotrofina Recombinante.

ACROMEGALIA

Cabergolina, Octreotide, Lanreotide, Pegvisomant.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO I Listado de drogas

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

ANEXO II

ONCOLOGÍA

TAMOXIFENO: Indicado en cáncer de mama (tanto en el carcinoma invasor como en los tumores intraductales también llamados “in situ”) hormonodependiente (esto es con: receptores hormonales de estrógeno y progesterona positivos, o de estrógeno positivo o de progesterona positivo). Otras indicaciones: hormonopreventivo en las displasias mamarias atípicas, tumor desmoide, cáncer de ovario o de endometrio.

Presentación: 20 mg comp x 30

Dosis: en cáncer de mama: 20 mg/día continuo. En otros tumores puede variar.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *por el término de 5 años que pueden extenderse hasta 10 (lo que se conoce como hormonoterapia extendida, a consideración del Prescriptor).*

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

ANASTROZOL: Con las mismas indicaciones que el tamoxifeno o ante un efecto adverso del anterior (lo más frecuente es hiperplasia endometrial o episodios de trombosis). No tiene indicación en los tumores desmoides.

Presentación: 1 mg comp x 28 o x 30

Dosis: 1 mg/día continuo.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *en el cáncer de mama algunos hacen el switch a los 3 o a los 5 años para indicar una hormonoterapia extendida.*

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

ACETATO DE LEUPROLIDE: Análogo LHRH indicado en varias situaciones:

Cáncer de próstata: adenocarcinoma (sólo o con un antiandrógeno). Cáncer de mama (acompañando al tamoxifeno o al anastrozol o al letrozol). Para preservar la fertilidad en pacientes pediátricos.

Presentación y dosificación: siempre son viales de aplicación intramuscular o subcutánea

3.75 mg: cada 28 días.

7,5 mg: cada 28 días.

22.5 mg: cada 3 meses

45 mg: cada 6 meses.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

GOSERELINA: Con las mismas indicaciones que el leuprolide.

Presentación y dosificación: siempre son viales de aplicación subcutánea

3.6 mg: cada 28 días

10.8 mg: cada 3 meses.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

CIPROTERONA: Indicado en el tratamiento de cáncer de próstata (adenocarcinomas)

Presentación: son comprimidos de 50 mg x 50 comp y 100 mg x 30 comp

Dosis: entre 150 a 200 mg/día en forma continua y de acuerdo a lo que considere Prescriptor.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

FLUTAMIDA: Con las mismas indicaciones que la Ciproterona.

Presentación: 250 mg comp x 60

Dosis: 3 comp x día, continuos.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

BICALUTAMIDA: Mismas indicaciones que la Ciproterona

Presentación: 50 mg comp x 28 o 30, 150 mg comp x 30

Dosis: de acuerdo a criterio del Prescriptor: de 50 a 150 mg/día, continuos. Sola o asociada a análogos LHRH (leuprolide, goserelina, buserelina).

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

ESTRÓGENOS (DIETILBESTROL): Con las mismas indicaciones que la Ciproterona.

Presentación: comp x 30.

Dosis: 1 mg/día.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Ficha oncológica, laboratorios de control (opcional).

En neoadyuvancia hasta 9 meses. SEGUNDA GESTIÓN DESCENTRALIZADA hasta completar plazo de 9 meses.

En adyuvancia: hasta 36 meses. SEGUNDA GESTIÓN DESCENTRALIZADA hasta completar plazo de 9 meses.

Enfermedad locorregional o localmente avanzada: SEGUNDA GESTIÓN DESCENTRALIZADA hasta toxicidad o progresión de enfermedad.

En metastásico o avanzado: hasta progresión o toxicidad pudiendo combinarse con otras drogas. SEGUNDA GESTIÓN DESCENTRALIZADA hasta completar plazo de 9 meses.

OSTEOPOROSIS

CALCITONINA: Indicado en osteoporosis primaria, osteoporosis secundaria; por ejemplo, causada por la terapia con corticosteroides o por inmovilización; Enfermedad ósea de Paget (osteítis deformante); Hipercalcemias y crisis hipercalcémicas debidas a: osteólisis tumoral. Trastornos neurodistróficos (sinónimo: algodistrofia o síndrome de Sudeck).

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Densitometría ósea de hasta dos años de antigüedad: laboratorios de control (opcional).

Presentación: Calcitonina 50U-100 U por 5 ampollas.

Dosis: 50-100U/día o días alternos, subcutánea o intramuscular.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Autorización 3 a 6 envases de 5 ampollas cada 30 días.

En Síndrome de Sudeck o hipercalcemias: Duración por 3 meses. Renovación: por 6 meses.

En Enfermedad de Paget u osteoporosis: Por 6 meses. Renovación: hasta 2 años de tratamiento.

DENOSUMAB: Indicado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con riesgo elevado de fracturas.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución, respuesta al tratamiento y solicitud de la droga con detalle de dosis. Densitometría ósea de hasta dos años de antigüedad: laboratorios de control (opcional).

Presentación: Denosumab 60 mg ampolla.

Dosis: 60 mg, subcutánea, cada 6 meses.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Autorización de 1 ampolla Cada 6 meses.
Duración: 6 meses. Renovación: hasta dos años, luego de lo cual debe centralizarse para reevaluarse la continuidad.

TERIPARATIDE: Indicado para el tratamiento de Osteoporosis posmenopáusica.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Densitometría ósea de hasta dos años de antigüedad: laboratorios de control (opcional).

Presentación: Cada envase contiene un inyector (dispositivo) prellenado, descartable de 2,4 ml con 250 mcg/ml

Dosis: 20 microgramos, vía subcutánea una vez al día. Por lo que el envase, TIENE TODA LA DOSIS DEL MES.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Autorización: 1 envase cada 28 días.
Autorización: por 3 meses, hasta un máximo de 2 años totales de tratamiento.

ANALGESIA (Analgésicos centrales)

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis.

METADONA: está indicado para el alivio del dolor severo. Para el tratamiento de detoxificación de adicción a narcóticos.

Presentación: 5mg, 10mg y 40 mg tabletas.

Dosis: progresivas hasta 60-100 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *Autorización: 1 a 3 envases cada 30 días.*
Autorización: por 3 meses, con opción a una segunda renovación, luego de lo cual, debe centralizarse.

OXICODONA: está indicado para el dolor severo o moderado de distinto origen.

Presentación: 10 mg, 20 mg y 40 mg Comprimidos de liberación prolongada.

Dosis: variable, progresiva, preferentemente cada 12hs; no se pueden partir. Máximo a autorizar 40 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *Autorización: 1 a 3 envases cada 30 días.*
Autorización: por 3 meses, con opción a una segunda renovación, luego de lo cual, debe centralizarse.

TRAMADOL: Indicado para dolor agudo y crónico, severo a moderado, medidas diagnósticas dolorosas, y dolor quirúrgico.

Presentación: 50 mg cápsulas y comprimidos.

Dosis: de 50 mg a 500 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *Autorización 1 a 3 envases cada 30 días.* Por 3 meses, por cuatro períodos, luego de lo cual, debe centralizarse.

MORFINA SULFATO: Indicado para el tratamiento prolongado del dolor crónico intenso y para el alivio de los dolores post-operatorios.

Presentación: 10 mg, 30 mg, 60 mg y 100 mg comprimidos de liberación prolongada.

Dosis: variable, progresiva, preferentemente cada 12hs; no se pueden partir. Máximo a autorizar 200 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: *Autorización: 1 a 3 envases cada 30 días.
Duración: 3 meses. Renovación: 1 año.*

**ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ARTRITIS- LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO- ESCLERODERMIA)**

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Respecto a clinimetría, escalas (DAS28-HAQ, etc.) y laboratorios (ERS, PCR y FR) del último año, acorde a diagnóstico (artritis).

LEFLUNOMIDA: Indicado para el tratamiento en adultos de la artritis activa.

Presentación: 20 mg comprimidos.

Dosis: 20 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga y dosis original, *por 6 meses, luego de lo cual, debe centralizarse.*

METOTREXATO: el metotrexato es un antimetabolito usado en el tratamiento de ciertas enfermedades reumatológicas, psoriasis y artritis reumatoidea.

Presentación: 7,5 Y 10 mg comprimidos y 15 mg ampollas.

Dosis: hasta 30 mg/semanal.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis. Respecto a clinimetría, escalas (DAS28-HAQ, etc.) y laboratorios (ERS, PCR y FR) del último año, acorde a diagnóstico (artritis).

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga y dosis original, por 6 meses, por cuatro períodos, luego de lo cual, debe centralizarse.

METILPREDNISONA- PREDNISONA: está indicado como antiinflamatorio e inmunosupresor en patologías crónicas.

Presentación: 4,8 mg y 40 mg comprimidos.

Dosis máxima 40 mg/día.

Prednisona: 5 mg comprimidos.

Dosis: hasta 20 mg/día.

Requisitos: Historia clínica completa que defina diagnóstico, evolución y solicitud de la droga con detalle de dosis.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga y dosis original autorizada, por 6 meses, por cuatro períodos, luego de lo cual, debe centralizarse.

EPILEPSIA

Requisitos: Receta, historia clínica completa con informe de seguimiento del tratamiento ya autorizado, datos afiliatorios.

Indicación de continuidad-renovación: misma droga renovar a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 3 años.

VALPROATO DE MAGNESIO: indicado para el tratamiento de epilepsia generalizada, primaria o secundaria, parcial simple o compleja, ausencia, epilepsia mioclónica.

Presentación: 400 mg y 200 mg.

Dosis máxima: 2400 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

GABAPENTIN: indicado para el tratamiento de epilepsia parcial sin y con generalización secundaria en personas mayores de 3 años.

Presentación: 600 mg, 400 mg, 300 mg.

Dosis Máxima: 2400 mg/ día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

LAMOTRIGINA: indicado para el tratamiento de epilepsia parcial y generalizada en adultos y niños.

Presentación: 200 mg, 100 mg, 50 mg, 25 mg, 5 mg.

Dosis máxima: 600 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

TOPIRAMATO: indicado para el tratamiento de la epilepsia parcial en tratamiento combinado en adultos y niños mayores de 10 años; epilepsia generalizada primaria; epilepsia asociada a Síndrome de Gastaut-Lennox.

Presentación: 100 mg, 50 mg, 25 mg, 15 mg.

Dosis máxima: 800 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

VIGABATRÍN: Tratamiento monoterapia Epilepsia Parcial Espasmo Infantil y Síndrome de West. Encefalopatía epiléptica con hipsarritmia.

Presentación: 500 mg por 60 comprimidos.

Dosis máxima: 3000 mg/día; **ante excepción** 4000 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

OXCARBACEPINA: Indicado para el tratamiento de epilepsia parcial como monoterapia o tratamiento combinado a partir de los 4 años. Toxicidad por carbamazepina (Ataxia, Diplopía, Visión borrosa).

Presentación: 600 mg, 300 mg, 300 mg/5 ml

Dosis máxima: 2400 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

LEVETIRACETAM: Indicada para el tratamiento monoterapia en crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria en adultos y adolescentes mayores de 16 años. Como terapia concomitante en adultos y niños mayores de 4 años.

Crisis mioclónicas y adultos y adolescentes mayores de 12 años. Crisis tonicoclónicas en mayores de 12 años idiopáticas.

Presentaciones: 1000 mg, 500 mg.

Dosis máxima: 3000 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

PARKINSON

Requisitos: Receta, historia clínica completa con informe de seguimiento del tratamiento ya autorizado, datos afiliatorios.

CABERGOLINA: Indicado en pacientes con síndrome parkinsoniano en monoterapia o asociado con levodopa o selegilina.

Presentación: 2 mg, 1 mg .

Dosis máxima: 6 mg/día;

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

PRAMIPEXOL: Indicado en pacientes con síndrome parkinsoniano en monoterapia o asociado con levodopa o selegilina.

Presentación: 1 mg, 0,25 mg.

Dosis máxima: 4,5 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

ROPIRINOL: Indicaciones pacientes con síndrome parkinsoniano en monoterapia o asociado con levodopa o selegilina.

Presentación: 8 mg, 4 mg, 2 mg.

Dosis máxima: 24 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

SELEGILINA: Indicado en pacientes con síndrome parkinsoniano en monoterapia o asociado, tiene modesto beneficio sintomático, no existen evidencias que tenga propiedades neuroprotectivas, como tampoco que incremente la mortalidad, ya sea sola o asociada. No es eficaz en las discinesias.

Presentación: 5 mg

Dosis máxima: 5 mg dos veces al día. Total: 10 mg diarios.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

PSIQUIATRÍA

Requisitos: Receta, historia clínica completa con informe de seguimiento (evolución, tratamientos previos, efectos adversos, internaciones), Informe de estudios analítica de rutina, el tratamiento ya autorizado, datos afiliatorios.

ARIPRAZOL: Indicaciones. Esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental (cursando con agitación y agresividad), demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Presentación: 20 mg, 15 mg, 10 mg, 5 mg, Sol. Oral x 150 ml

Dosis: máxima 30 mg/día;

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

CLOTIAPINA: Indicado para el tratamiento de esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental cursando con agitación y agresividad, demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Presentación: 40 mg

Dosis máxima: 160 mg/día;

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

CLOZAPINA: Indicado para el tratamiento de la Esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental cursando con agitación y agresividad, demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Es exigencia en cada renovación cotejar Leucocitos mayor o igual a 3500/mm³ y neutrófilos mayor o igual a 2000/mm³.

Presentación: 100 mg, 25 mg

Dosis máxima habitual: 450 mg/día; **ante excepciones:** 900 mg/día;

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 2 años.

OLANZAPINA: Indicado en el tratamiento de la Esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental (cursando con agitación y agresividad), demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Presentación: 10 mg, 5 mg, 2,5 mg

Dosis máxima: 20 mg/día, **ante excepciones:** 30mg;

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

RISPERIDONA: Indicado en el tratamiento de la Esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental

(cursando con agitación y agresividad), demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Dosis: 0, 5 a 6 mg/día

Presentación: 4 mg, 3 mg, 2 mg, 1 mg; 0,5 mg; 0,25 mg; 1 mg/ml por 100 ml oral; 1mg/ml por 30 ml oral; 37,5 mg x 1 vial im.

Dosis máxima: posee aval de seguridad hasta 16 mg. (rango hasta 8 mg).

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

ZIPRAZIDONA: Indicado en el tratamiento de la Esquizofrenia y desórdenes relacionados, Trastornos psicóticos agudos no especificados, Trastorno bipolar tipo I refractarios, encefalopatías orgánicas no evolutivas y retraso mental (cursando con agitación y agresividad), demencia agitada con delusiones y psicosis maníaca.

Dosis máxima: 160 mg/día;

Presentación: 80 mg, 60 mg, 40 mg, 20 mg.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

LAMOTRIGINA: Indicado para el tratamiento del Trastorno bipolar.

Presentación: 200 mg, 100 mg, 50 mg, 25 mg, 5 mg.

Dosis máxima: 600 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

TOPIRAMATO: Indicado para el tratamiento del Trastorno bipolar tipo II.

Presentación: 100 mg, 50 mg, 25 mg, 15 mg.

Dosis máxima: 800 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

OXCARBACEPINA: Indicado para el tratamiento de la Enfermedad Bipolar tipo.

Presentación: 600 mg, 300 mg, 300 mg/5 ml por 100 ml.

Dosis máxima: 2400 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

VALPROATO DE MAGNESIO: Indicado para el tratamiento del Trastorno bipolar, manías.

Presentación: 400 mg, 200 mg.

Dosis máxima: 2400 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.



ESPASTICIDAD

BACLOFENO: Indicado para el tratamiento en espasticidad o espasmos de cualquier etiología con afección piramidal.

Presentación: 100 mg. Únicamente presentaciones ORALES. Las intratecales son de auditoría centralizada.

Dosis máxima: 100 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

PATOLOGÍA NEUROMUSCULAR

DEFLAZACORT: Indicado en el tratamiento de Distrofias musculares de Duchenne, Becker, Miastenia Gravis.

Presentación: 60 mg, 6 mg

Dosis máxima: 90 mg/día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

AZATIOPRINA: indicado para el tratamiento de la enfermedad Miastenia Gravis.

Presentación: 50 mg

Dosis máxima: 200 mg.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma droga renovar provisión por 6 meses, duración de cada ciclo igual o similar a 30 días según la presentación y dosis, a dosis original autorizada de modo centralizado. Máxima renovación 5 años.

HEMATOLOGÍA

Requisitos: historia clínica completa, copia del protocolo quirúrgico, protocolo de anestesia, denuncia CUAFI, receta y documentación respaldatoria.

ENOXAPARINA: Indicado en el alta hospitalaria como trombotoprofilaxis a 40-60 mg /día por 28 días hasta 60 días (solo en casos de permanencia de reposo absoluto)

Presentación: 4000UI a.x25 x0.4 ml+jga; 6000UI a.x25 x0.6 ml+jga.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Se autorizará por única vez un ciclo renovado cada 28-30 días.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

Indicación: inicio de anticoagulación ante diagnóstico de TVP combinado con anticoagulación oral (dicumarínicos) hasta RIN terapéutico (2.5 a 3.5 dependiendo la patología).

Dosis de 1 mg/kg c/12 hs por 5 a 10 días. ÚNICA VEZ.

Requisitos: historia clínica completa, ecodoppler o ecografía compresión/descompresión o cualquier método de diagnóstico por imágenes que confirme el diagnóstico de TVP y documentación respaldatoria.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Se autorizará por única vez un ciclo.

PUNTEO CON ANTICOAGULANTES ORALES

Indicación: ante suspensión de anticoagulación oral por intervención quirúrgica o procedimiento invasivo.

Uso de HBPM antes y posterior a la intervención, dependiendo de causa de anticoagulación y tipo de procedimiento a realizar. HBPM 1 mg/kg c/12 hs 48 hs antes y posterior a la cirugía.

Requisitos: historia clínica completa, estudios de laboratorio y hematológicos y/o radiológicos que confirmen la patología y acrediten la cirugía y controles de RIN y documentación respaldatoria.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: Se autorizará por única vez un ciclo.

ENDOCRINOLOGÍA

Requisitos para su renovación: laboratorio con glucemia y HBA1C, informe médico y receta original.

METFORMINA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 1000 mg, 850 mg, 750 mg, 500 mg.

Dosis máxima: 3000 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

GLIMEPIRIDA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 4 mg

Dosis máxima: 8 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

GLIBENCLAMIDA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 5 mg

Dosis máxima: 20 mg/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

PIOGLITAZONA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 45 mg, 30 mg, 15 mg

Dosis máxima: 45 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

GLIPIZIDA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 5 mg

Dosis máxima: 15 MG/día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SITAGLIPTINA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 100 mg, 50 mg, 25 mg.

Dosis máxima: 100 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

GLICLAZIDA 60: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 60 mg

Dosis máxima: 180 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SAXAGLIPTINA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 5 mg; 2,5 mg.

Dosis máxima: 5 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

REPAGLINIDA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 2 mg, 1 mg; 0,5 mg

Dosis máxima: 8 mg/ día

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

LINAGLIPTINA: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: 5 mg.

Dosis máxima: 5 mg/ día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SITAGLIPTINA 50 mg + METFORMINA 850 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Sitagliptina 50 mg + Metformina 850 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SITAGLIPTINA 50 mg + METFORMINA 1000 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Sitagliptina 50 mg + Metformina 1000 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

LINAGLIPTINA 5 mg + METFORMINA 850 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Linagliptina 5 mg + Metformina 850 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

LINAGLIPTINA 5 mg + /METFORMINA 1000 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Linagliptina 5 mg + Metformina 1000 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SAXAGLIPTINA 5 mg + METFORMINA 850 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Saxagliptina 5 mg + Metformina 850 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

SAXAGLIPTINA 5 mg + METFORMINA 1000 mg: indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Presentación: Saxagliptina 5 mg + Metformina 1000 mg.

Dosis máxima: 2/DIA

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma combinación y dosis por término de 6 meses, los aumentos de dosis, la adición de otro ADO, o su combinación con insulino terapia se centralizan para su evaluación.

INSULINAS

Requisitos: receta original, glucemia y HBA1C, AMG del último mes, historia clínica.

INSULINAS:

- Insulina NPH corriente (todas sus presentaciones);
- análogos rápidos: Aspártica, Glulisina, Lispro (todas sus presentaciones),
- análogos lentos: Glargina, Detemir (todas sus presentaciones),
- análogos bifásicos: Aspártica Bifásica, Lispro Bifásica (todas sus presentaciones).

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: mismo esquema y cantidad de envases (basal o intensificado). La renovación será por 6 meses cada 28 días, en el caso de que el paciente requiere 60u o 120u de insulina se otorgan 2 y 3 envases respectivamente por 4 meses.

EL AUMENTO DE DOSIS, EL CAMBIO DE INSULINAS, EL SWICTH DE BASAL A INTENSIFICACIÓN, LA ADICIÓN DE UN ADO AL ESQUEMA INSULÍNICO, SERÁ CONSIDERADO POR LA AUDITORÍA CENTRALIZADA.

La adición de un glp1, IDPP4 o ISGLT2 al esquema intensificado no se haya contemplado en las normativas vigentes, solo en casos seleccionados deberán ser considerados a nivel centralizado.

CABERGOLINA: indicado para el tratamiento del macroadenoma de hipófisis.

Requisitos: dosaje de prolactina.

Presentación: 0,5 mg, 2 mg.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: misma dosis y cantidad de envases por 6 meses cada 28 días.

DESMOPRESINA: indicado para el tratamiento de la diabetes insípida.

Requisitos: densidad urinaria de muestra aislada de orina

Presentación: 0,1 mg, 0,2 mg.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses cada 28 días. La dosis es a demanda hasta lograr objetivo terapéutico.

Téngase en cuenta que si el paciente recibe 4 comprimidos de Desmopresina y el envase es de 100 comprimidos se auditan 2 envases por 4 meses.

PUBERTAD PRECOZ

LEUPROLIDE: indicado para el tratamiento de la pubertad temprana.

Requisitos: historia clínica, receta original.

Presentación: 3,75 mg.

Dosis máxima: 7,5 mg mensual.

Presentación: 11,25 mg cada 3 meses.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases, en el caso de la presentación de 11,25 mg se auditará 1 envase cada 80 días por 2 ciclos.

Se suspende el tratamiento al inicio de la pre adolescencia.

TRIPTORELINA: indicado para el tratamiento de la pubertad temprana.

Requisitos: historia clínica, receta original.

Presentación: 3,75 mg.

Dosis máxima: 3,7 mg mensual.

Presentación: 11,25 cada 3 meses.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases, en el caso de la presentación de 11,25 mg se auditará 1 envase cada 80 días por 2 ciclos.

Se suspende el tratamiento al inicio de la pre adolescencia.

SOMATOTROFINA RECOMBINANTE: indicado para el tratamiento de baja talla idiopática, Síndrome de Turner, otras patologías relacionadas (RCIU), insuficiencia renal crónica en niños, Prader Willi.

Requisitos: historia clínica, receta original, curva pondo/estatural

Presentación: todas

Dosis: 0,07-010 UI/kg-0,20UI/kg día. 0,25 a 0,30 mg/semanal, debe ser individualizada.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases.

El aumento de dosis por aumento de peso/dosis será centralizado. El tratamiento se prolonga hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento.

ACROMEGALIA

Requisitos: receta original, informe médico, laboratorio con dosaje de somatomedina C, IGF1, IGF3, STH si se realizó previo a la renovación.

La adición de una nueva droga al esquema de base deberá ser valorada por la auditoría centralizada.

Importante: el tratamiento se asocia según los valores de laboratorio, habitualmente estos pacientes fueron operados y realizaron RDT pero quedaron con tejido tumoral remanente, el tratamiento es indefinido.

CABERGOLINA: indicado para el tratamiento de la acromegalia.

Dosis máxima: 2 mg /día (TRIASPAR).

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases.

OCTREOTIDE: indicado para el tratamiento de la acromegalia.

Presentación: 30 mg lar 1 ampolla/mensual (Sandostatin Lar).

Dosis máxima: 30 mg mensual.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases.

LANREOTIDE: indicado para el tratamiento de la acromegalia.

Presentación: 60 mg, 90 mg, y 120 mg 1 jer prell/mensual (Somatuline Autogel).

Dosis máxima: 120 mg mensual.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases.

PEGVISOMANT: indicado para el tratamiento de la acromegalia.

Presentación: 10 mg, 15 mg INY LIOF F A X 30 1/DIA (SOMAVERT)

Dosis máxima: 15 mg por día.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA: por 6 meses, misma dosis y cantidad de envases.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO II Requisitos y guías de auditoría

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 35 pagina/s.