

GUÍA DE VISADO PARA MÉDICOS PRESCRIPTORES





GUÍA DE VISADO PARA MÉDICOS PRESCRIPTORES



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales

Elaborado por:
Pilar Jiménez de Zadava Lissón-López
Isabel Morte García
Irene Lillo García

GUÍA DE VISADO PARA MÉDICOS PRESCRIPTORES

1ª edición: octubre de 2023

© Autores: Pilar Jiménez de Zadava Lissón-López

Isabel Morte García

Irene Lillo García

© Consejería de Salud

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales



Reservados todos los derechos. De acuerdo con la legislación vigente, y bajo las sanciones en ella previstas, queda totalmente prohibida la reproducción o transmisión parcial o total de este libro, por procedimientos mecánicos o electrónicos, incluyendo fotocopia, grabación magnética, óptica o cualesquiera otros procedimientos que la técnica permita o pueda permitir en el futuro, sin la expresa autorización por escrito de los propietarios del copyright.

ISBN:

Depósito legal: MU 683-2023

Edita: Consejería de Salud

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales

Diseño y Maquetación:

O. A. BORM

Camino Viejo de Monteagudo, s/n

30160 Murcia

Tabla de contenido

Introducción.....	7
Aspectos Generales.....	8
Legislación.....	8
Productos que precisan visado.....	10
Unidades de expresión de dosis en posología de Visado Electrónico (VIE).....	11
Pautas ascendentes.....	11
Prescripción de envases unidos.....	11
Subsanación de deudas en farmacia.....	11
Medicamentos de diagnóstico hospitalario y cupón precinto diferenciado.....	13
A. Aparato digestivo y metabolismo.....	14
B. Sangre y órganos hematopoyéticos.....	21
C. Aparato cardiovascular.....	27
D. Dermatológicos.....	28
G. Aparato genito-urinario y hormonas sexuales.....	30
H. Hormonas sistémicas, excluidas hormonas sexuales.....	34
J. Antiinfecciosos de uso sistémico.....	37
L. Antineoplásicos e inmunomoduladores.....	40
M. Sistema musculoesquelético.....	46
N. Sistema nervioso.....	47
P. Antiparasitarios, insecticidas y repelentes.....	56
R. Sistema respiratorio.....	57
S. Órganos de los sentidos.....	58
V. Varios.....	59
Medicamentos de financiación restringida a determinadas indicaciones.....	61
Hipercolesterolemia familiar heterocigota.....	64
Extractos hiposensibilizantes y vacunas bacterianas individualizadas.....	67
Productos dietéticos.....	68
Absorbentes.....	70



INTRODUCCIÓN

Esta guía no contiene ni una relación, ni una descripción exhaustiva de los medicamentos que precisan visado, sino que es un documento que pretende orientar a los médicos en la prescripción de este tipo de productos.

La ficha técnica completa y actualizada con las indicaciones autorizadas se puede encontrar en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. aemps.gob.es.

En la página web del Ministerio de Sanidad se encuentran las indicaciones financiadas por el Sistema Público de Salud y las condiciones de financiación de los medicamentos. sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do

ASPECTOS GENERALES:

LEGISLACIÓN

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.
 - Artículo 2.3 - Mediante visado, las Administraciones Sanitarias verificarán la conformidad del tratamiento prescrito en el Sistema Nacional de Salud con las condiciones de utilización autorizadas en la ficha técnica y las indicaciones terapéuticas financiadas de acuerdo con el procedimiento que determinen en el ejercicio de sus competencias.
- Circular 6/92, de 12 de agosto del Director General del INSALUD, mediante la que se regula el procedimiento para el visado de Inspección del Insalud de las recetas.
- Instrucción 1/2013, de 11 de febrero, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento de validación sanitaria del tratamiento con medicamentos hipolipemiantes para pacientes afectados de hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- Instrucción 4/2013, de 22 de marzo, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud por la que se establece el procedimiento de validación sanitaria de los tratamientos con medicamentos que han sido excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud pero permanecen financiados excepcionalmente para las indicaciones establecidas en función del grupo terapéutico al que pertenecen.
- Instrucción 4/2012, de 12 de julio, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia.
- Instrucción 9/2014, de 23 de diciembre, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación con productos dietoterápicos a pacientes con patologías de especial seguimiento en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

En general se visan las indicaciones autorizadas en ficha técnica financiadas. Si una indicación no figura en ficha técnica, se puede solicitar el tratamiento por el procedimiento de fuera de indicación (off-label), siempre que no sea una indicación excluida de la financiación. Para tramitar un off label, en la solicitud del medicamento deben figurar junto al diagnóstico, las terapias previas y causas del fracaso así como las referencias bibliográficas que avalen dicho tratamiento. Además, debe estar disponible en Ágora el informe clínico o ser remitido a Inspección. En el caso de la que Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT) deniegue el tratamiento, la Inspección rechazará la solicitud de visado. Por el contrario, si la CRFT autoriza el tratamiento y hace menos de 10 días desde la fecha de la prescripción, se validará la RE. Si hace más de 10 días, se informará telefónicamente al paciente y al médico prescriptor, de que debe realizar de nuevo la receta, indicando que el tratamiento ha sido autorizado por la CRFT.

Actualmente la Comisión Regional de Farmacia ha elaborado 4 protocolos de acceso a medicamentos en condiciones de uso diferentes a las autorizadas, que se pueden localizar en el portal sanitario de la Región de Murcia (Murciasalud) en el apartado de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Región de Murcia.

- Protocolo de utilización de los medicamentos antipsicóticos atípicos en condiciones diferentes a las autorizadas en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia, aprobado el 7 de febrero de 2014. Código: CRFT, CRFT/PRO/APS/FIA/022014.
- Protocolo para el uso de Micofenolato de Mofetilo (MFM) en nefritis lúpica. Elaborado por la Unidad Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistemáticas y Uveitis (HGU Morales Meseguer) aprobado 11 de diciembre de 2015. Código: CRFT/PRO/MNL/FIA/122015.
- Protocolo para el uso de medicamentos indicados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, para patologías diferentes a las autorizadas (Versión 1.0 /122017) aprobado 15 de diciembre de 2017. Código: CRFT/PRO/MAPDA/1.0/122017.
- Protocolo para el tratamiento farmacológico de la Miastenia Autoinmune Versión 1.1 /062018 aprobado 22 de junio de 2018. Código: CRFT/PRO/TFMA/1.1/062018.

PRODUCTOS QUE PRECISAN VISADO

- Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH). Precisan siempre el primer informe de especialista hospitalario.
- Medicamentos Cupón-Precinto Diferenciado (CPD). El primer informe puede ser de especialista no hospitalario, salvo casos excepcionales como Finasteride, Lokelma, Veltassa y Levodopa.
- Medicamentos para los que se financian únicamente determinadas indicaciones, es decir, financiación restringida (FR). Debe haber un informe de especialista hospitalario con antigüedad menor a 3 años.
- Medicamentos para el tratamiento de la Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HFH). El primer informe debe ser de especialista en Endocrinología o Medicina Interna, cumplimentando los anexos I y II de la Instrucción 1/2013 de 11 de febrero.
- Extractos hiposensibilizantes y vacunas bacterianas. Requieren informe de especialista hospitalario. No se visan por VIE.
- Productos dietoterápicos complejos y de nutrición enteral domiciliaria. Ver en el apartado correspondiente.
- Absorbentes para incontinencia de orina. No requieren informe de especialista hospitalario.

En general todas las continuaciones de tratamiento las puede prescribir el médico de familia excepto: tratamientos de fertilidad, dietas, antibióticos, corticoides y Suboxone.

UNIDADES DE EXPRESIÓN DE DOSIS EN POSOLOGÍA DE VISADO ELECTRÓNICO (VIE)

- Medicamentos:
 - Comprimidos, cápsulas y sobres: en comprimidos, cápsulas o sobres.
 - Resto de formas farmacéuticas: se indica para cada medicamento.
- Productos de nutrición: en gr o en ml.
- Absorbentes: en unidades (absorbentes).

PAUTAS ASCENDENTES

La fecha de la dosis superior debe ser igual o anterior en unos días a aquella en la que finalice el tratamiento con la dosis inferior. Es conveniente controlar el número de envases prescritos en las dosis inferiores.

PRESCRIPCIÓN DE ENVASES UNIDOSIS

En el caso de los medicamentos que se prescriben en envases unidosis, como por ejemplo los antibióticos, se debe prescribir 1 cada x días con la misma duración x de tratamiento. Ejemplo: 1/10 días 10 días (posología real 1/24 horas 1 día).

SUBSANACIÓN DE DEUDAS EN FARMACIA

El visado es un procedimiento mediante el que la Administración Sanitaria autoriza la dispensación de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud y por tanto un acto previo a la dispensación.

No obstante, existen circunstancias en las que el sistema informático no permite la dispensación de un medicamento a pesar de estar el tratamiento autorizado y de que se cumplan los requisitos necesarios para su financiación. En estos casos, excepcionalmente, y sólo por causa justificada, el inspector podrá autorizar la dispensación de los envases imprescindibles para regularizar la situación.

En visado electrónico no es posible realizar una receta aguda y simultáneamente una crónica para solucionar las deudas pendientes, ya que la aceptación de una, anula a la otra. Por ello, el facultativo prescribirá por medios informáticos una receta en papel. A continuación, la Unidad Administrativa del Centro de Salud contactará con la de la Unidad Administrativa de la Unidad de Visado a la que figure adscrito el citado centro sanitario. La receta en papel, se autorizará telemáticamente a través de Visado Automático y se ajustará el tratamiento del paciente. Una vez visada la receta, el facultativo realizará la Receta Electrónica para la continuación del tratamiento del paciente.

MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO Y CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO

En este apartado se estructuran los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Cupón-Precinto Diferenciado por aparatos, según el orden que se indica a continuación:

- A. - APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO
- B. - SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS
- C. - APARATO CARDIOVASCULAR
- D. - DERMATOLÓGICOS
- G. - PARATO GENITO-URINARIO Y HORMONAS SEXUALES
- H. - HORMONAS SISTÉMICAS, EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES
- J. - ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTÉMICO
- L. - ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES
- M. - SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO
- N. - SISTEMA NERVIOSO
- P. - ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES
- R. - SISTEMA RESPIRATORIO
- S. - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
- V. - VARIOS

A. Aparato digestivo y metabolismo

A.1 ANTIDIABÉTICOS Y GLUCAGÓN INTRANASAL

PIOGLITAZONA (CPD)

- Nombres comerciales: Pioglitazona EFG y [Actos](#) 15 y 30 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de la DM2.
 - En monoterapia en pacientes (especialmente aquellos con sobrepeso) con control insuficiente con dieta y ejercicio en los que el tratamiento con metformina se considera inadecuado, por existir contraindicaciones o intolerancia.
 - En doble terapia oral en combinación con:
 - . Metformina, en pacientes (especialmente aquellos con sobrepeso) con control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.
 - . Una sulfonilurea, sólo en pacientes que presentan intolerancia a metformina o en los que metformina está contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.
 - En triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes (especialmente aquellos con sobrepeso) con control glucémico inadecuado a pesar de la doble terapia oral.
 - En combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con DM2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia.

PIOGLITAZONA + MEFORMINA (CPD)

- Nombres comerciales: Pioglitazona/Metformina EFG y [Competact](#) 15/850 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: pacientes con DM2, especialmente pacientes con sobrepeso, que no alcanzan el control glucémico suficiente con la dosis máxima tolerada de metformina oral en monoterapia.

PIOGLITAZONA + GLIMEPIRIDA (CPD)

- Nombres comerciales: [Tandemact](#) 30/2 mg, 30/4 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: pacientes con DM2 que sufren intolerancia a la metformina o en quienes la metformina está contraindicada, y que están ya en tratamiento con una combinación de pioglitazona y glimepirida.

CANAGLIFOZINA (CPD)

- Nombres comerciales: [Invokana](#) 300 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico.

CANAGLIFOZINA + METFORMINA (CPD)

- Nombres comerciales: [Vokanamet](#) 150/850 mg y 150/1000 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: pacientes diabéticos que con la dosis de 50/850 mg o 50/1000 mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

EMPAGLIFLOCINA + LINAGLIPTINA (CPD)

- Nombres comerciales: [Glyxambi](#) 10/5 mg y 25/5 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: pacientes que estén en tratamiento con linagliptina y empagliflocina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

EXENATIDA (CPD)

[Byetta](#) 5 mcg y 10 mcg 60 dosis.

- Pauta: en dosis. 1 dosis/12 horas.
- Indicaciones financiadas:
 - Pacientes diabéticos con sobrepeso ($IMC \geq 30$), que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de estos tratamientos orales en combinación con:
 - o Metformina.
 - o Sulfonilureas.
 - o Tiazolidindionas.
 - o Metformina y una sulfonilurea.
 - o Metformina y una tiazolidindiona.
 - Como tratamiento coadyuvante a insulina basal con o sin metformina y/o pioglitazona en pacientes adultos con sobrepeso con $IMC \geq 30$ que no hayan alcanzado un adecuado control glucémico con estos medicamentos.

LISIXENATIDA (CPD)

- Nombres comerciales: **Lyxumia** 10 mcg y 20 mcg 14 dosis pluma precargadas.
- Pauta: en dosis. Pauta ascendente 1 dosis/24 horas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de la DM2 en adultos para alcanzar el control glucémico, en combinación con medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina basal cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado y restringido para aquellos pacientes con IMC > 30.

DULAGLUTIDA (CPD)

- Nombres comerciales: **Trulicity** 0.75 mg y 1.5 mg solución inyectable, 4 plumas precargadas.
- Pauta: en plumas. 1 pluma/semana.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de DM2 en obesos con un IMC \geq 30 y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

LIRAGLUTIDA (CPD)

Victoza 6 mg/ml 2 plumas precargadas.

- Pauta: en plumas. Pauta ascendente (0.6 mg /día, 1.2 mg/día y 1.8 mg/día). 1/30 días, 1/15 días o 1/10 días.
- Indicaciones financiadas: pacientes con sobrepeso con IMC \geq 30 que reúnan las indicaciones terapéuticas autorizadas del tratamiento de adultos, adolescentes y niños >10 años con DM2 para alcanzar el control glucémico en combinación con medicamentos hipoglucemiantes orales y/o insulina basal cuando estos, junto con dieta y ejercicio, no logran un control glucémico adecuado.

Saxenda 6 mg/ml 3 plumas y 5 plumas. NO FINANCIADO.

SEMAGLUTIDA (CPD)

Ozempic 0.25, 0.5 y 1 mg 1 pluma precargada 4 dosis.

- Pauta: en dosis. Pauta ascendente. 1 dosis/semana.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de la DM2 en obesos con un IMC ≥ 30 y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

Rybelsus 3, 7 y 14 mg 30 comprimidos.

- Pauta: en comprimidos. Pauta ascendente. 1/24 horas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de la DM2 en obesos con un IMC ≥ 30 y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

INSULINA DEGLUDEC (CDP)

- Nombre comercial: **Tresiba**
 - 100 unidades/ml solución inyectable 5 plumas precargadas de 3ml (contenido = 1500 unidades).
 - 200 unidades/ml solución inyectable 5 plumas precargadas de 3 ml (contenido = 1800 unidades).
- Pauta: en unidades. El sistema calcula la fecha de la siguiente dispensación en función de la duración del envase, que a su vez se calcula dividiendo el contenido del envase, 1500 o 1800 UI entre las unidades que se pone diariamente. Puesto que según los niveles de glucemia, el paciente puede necesitar dosis superiores a la prescrita, la duración del envase debe ser ligeramente menor a la calculada.
- Indicaciones financiadas: su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y análogos de insulina de acción prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias.

GLUCAGON (CPD)

- Nombre comercial: **Baqsimi** 3 mg polvo nasal en envase unidosis.
- Pauta: en dosis. 1 envase cada 3 meses, duración de tratamiento 10 días.
- Indicaciones financiadas: Tratamiento de hipoglucemias graves en pacientes menores de 18 años (≥ 4 años) en tratamiento con insulina y con alto riesgo de hipoglucemia grave con pérdida de consciencia.

A efectos de la autorización del visado se tomarán en consideración los episodios previos de pérdida de consciencia por hipoglucemias. Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la valoración médica para prescribir el siguiente envase, con el fin de conocer la situación clínica del paciente en relación a las hipoglucemias graves con pérdida de consciencia.

- Debe indicarse el motivo de la renovación:
 - Por haberlo utilizado.
 - Por caducidad (periodo de validez 2 años).

A.2 VITAMINA D Y ANÁLOGOS

CALCITRIOL (DH)

- Nombres comerciales: [Rocaltrol](#) 0.25 y 0.5 mcg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Enfermedades relacionadas con incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, tales como: osteodistrofia renal, insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, raquitismo y osteomalacia.
 - Tratamiento pre quirúrgico en hiperparatiroidismo primario, para minimizar la hipocalcemia postoperatoria.

PARICALCITOL (DH)

- Nombres comerciales: [Zemplar](#) 1 mcg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.

ALFACALCIDOL (DH)

- Nombre comercial: [Eta](#)lpha 2 mcg/ml gotas orales en solución.
- Pauta: en gotas. El sistema calcula la siguiente fecha de dispensación en función de la duración del envase.
- Indicaciones financiadas: alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una producción reducida de 1,25-dihidroxitamina D3.

A.3 AMINOÁCIDOS Y DERIVADOS

LEVOCARNITINA (CPD)

- Nombre comercial: **Carnicor** 100 mg/ml solución oral, 10 viales bebibles 10 ml.
- Pauta: ml.
- Indicaciones financiadas: niños y adultos en las siguientes situaciones:
 - Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina.
 - Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico.
 - Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad.

A.4 ANTIEMÉTICOS Y ANTINAUSEOSOS

ONDANSETRON (DH)

- Nombre comercial: Ondansetron EFG, **Setofilm**, **Zofran**, **Yatrox**, 4 y 8 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.

GRANISETRON (DH)

- Nombre comercial: Granisetron EFG, **Kytril** 1 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: prevención de las náuseas y vómitos agudos inducidos por el tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia).

A.5 ENZIMAS DIGESTIVOS

AMILASA; LIPASA; PROTEASA/PANCREATINA (DH)

- Nombre comercial: **Kreon** 5, 10, 25, 35 x 10⁴ U cápsulas.
- Indicaciones financiadas: insuficiencia pancreática exocrina.

A.6 OTROS MEDICAMENTOS CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

LINACLOTIDA (CPD)

- Nombre comercial: [Constella](#) 290 mcg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) entre moderado y grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de elección del SII-E disponibles o que sean intolerantes a los mismos.

B. Sangre y órganos hematopoyéticos

B.1 HEPARINA Y DERIVADOS

SULODEXIDA (CPD)

- Nombre comercial: **Aterina** 15 mg, **Dovida** 30 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: insuficiencia venosa crónica exclusivamente para pacientes en estadios C3 a C6 de la clasificación clínica CEAP. La duración máxima del tratamiento es tres meses, renovable.
- Pauta: 30 mg dos veces al día (**Aterina** 2/12 horas; **Dovida** 1/12 horas). Por lo tanto, el número máximo de envases que se pueden prescribir son 6, equivalentes a los 3 meses de tratamiento autorizados. Transcurridos los 3 meses, si lo consideran necesario, se puede reevaluar al paciente y emitir nueva prescripción.

B.2 INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA

CLOPIDOGREL (CPD)

- Nombres comerciales: Clopidogrel EFG, **Agrelan**, **Iscover**, **Plavix**, **Vatoud** comprimidos. 1/24 horas.
- Indicaciones financiadas:
 - Síndrome coronario agudo. Valorar al año la continuación del tratamiento.
 - Infarto cerebral. Valorar al año la continuación del tratamiento.
 - Enfermedad arterial periférica establecida.
 - Fibrilación auricular con al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo. Con la aparición de los nuevos anticoagulante se deberían valorar alternativas terapéuticas.

En pacientes con moderado a alto riesgo de Ataque Isquémico Transitorio (AIT) o ACV isquémico menor, Clopidogrel en combinación con AAS está indicado en: pacientes adultos con un riesgo moderado a alto de AIT (puntuación ABCD2 ≥ 4) o ACV isquémico menor (NIHSS ≤ 3) dentro de las 24 horas posteriores al AIT o ACV isquémico. NO FINANCIADO.

CLOPIDOGREL+AAS (CPD)

- Nombres comerciales: [Duoplavin](#) 75/100 mg. 1/24 horas.
- Indicaciones financiadas:

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS) para el tratamiento de continuación en:

- SCASEST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea. Los datos de ensayos clínicos apoyan su utilización hasta 12 meses.
- SCACEST, que son candidatos a terapia trombolítica.

La duración óptima del tratamiento no se ha establecido formalmente, pero los ensayos clínicos apoyan su utilización hasta 12 meses.

TICAGRELOR (CPD)

- Nombres comerciales: [Brilique](#) 90 mg y 60 mg comprimidos. 1/12 horas.
- Indicaciones financiadas: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con
 - Síndromes coronarios agudos (SCA).
 - Antecedentes de infarto de miocardio (IAM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

La ficha técnica recomienda tratamiento con Brilique 90 mg dos veces al día durante 12 meses en pacientes con SCA a menos que la interrupción esté clínicamente indicada.

Brilique 60 mg dos veces al día es la dosis recomendada cuando se requiere tratamiento ampliado para pacientes con antecedentes de IAM de hace al menos un año y alto riesgo de un acontecimiento aterotrombótico. El tratamiento se puede iniciar sin interrupción como terapia de continuación después del tratamiento inicial de un año con Brilique 90 mg u otro inhibidor del receptor de adenosín difosfato (ADP) en pacientes con SCA con un riesgo alto de sufrir un acontecimiento aterotrombótico.

Hay escasos datos de eficacia y seguridad de ticagrelor más allá de 3 años de tratamiento ampliado.

PRASUGREL (CPD)

- Nombres comerciales: **Efient** 5 y 10 mg comprimidos. 1/24 horas.
- Indicaciones financiadas: administrado de forma conjunta con AAS, está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST) sometidos a intervención coronaria percutánea primaria o aplazada.
 - Efient 10 mg. Se recomienda hasta 12 meses.
 - Efient 5 mg. En pacientes ≥ 75 años y en pacientes con peso < 60 Kg.

TICLOPIDINA (DH)

- Nombre comercial: Ticlopidina cinfa 250 mg comprimidos.
- Pauta: 250 mg/12 horas. En stent: 500 mg/día junto con AAS a dosis bajas (100-250 mg/24 horas), generalmente durante un mes.
- Indicaciones financiadas:
 - Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como accidente isquémico transitorio, déficit neurológico isquémico reversible, ictus menor o infarto cerebral completo, cuando haya intolerancia y/o el AAS no sea adecuado.
 - Prevención de los accidentes tromboembólicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica ocluyente de los miembros inferiores en estadio de claudicación intermitente.
 - Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos: cirugía con circulación extracorpórea y hemodiálisis.
 - Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulino-dependientes con retinopatía inicial.
 - Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios en cirugía de derivación aortocoronaria.
 - En angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).

CILOSTAZOL (DH)

- Nombre comercial: **Ekistol** 50 y 100 mg comprimidos.
- Pauta: 100 mg/12 horas. En situaciones especiales, pacientes tratados con inhibidores potentes del CYP3A4 como antifúngicos azólicos, macrólidos, inhibidores de proteasa, o CYP2C19 (omeprazol): 50 mg/12 horas.

- Indicaciones financiadas:
 - Mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).
 - Tratamiento de segunda línea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los síntomas de claudicación intermitente.

B.3 ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA - ACODS (CPD)

CRITERIOS DE USO EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

- Los criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) son los establecidos en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la AEMPS (última actualización 21/11/2016).
- Documento de consenso sobre anticoagulantes orales de acción directa en FANV Versión 1.0/022018 Grupo de Trabajo de Anticoagulantes Orales de Acción Directa. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/512715-Crft_doc_acod_fa_2.0_102022_vf.pdf
- Para su prescripción es necesario tener en cuenta:
 - Facultativos autorizados: especialistas hospitalarios y en Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Indicación financiada: prevención ictus y embolia sistémica en pacientes con FANV con 1 o más FR (ictus, AIT previos, insuficiencia cardiaca sintomática \geq clase 2 escala NYHA, edad \geq 75 años, diabetes mellitus, hipertensión).
 - Valoración riesgo embólico: CHA2DS2-VASc \geq 2 (Valorar si =2 por suma de sexo femenino y enfermedad vascular).
 - Criterios de inclusión. Debe cumplimentarse siempre en la prescripción inicial.
 - Datos analíticos: según el fármaco puede ser necesario conocer el peso para ajustar la dosis.

Tabla 1. Controles analíticos.

Anual	si Clcr o FG \geq 60
Semestral	si Clcr o FG 30-59
Trimestral	si Clcr o FG $<$ 30

- Cardioversión o ablación en FANV: CHA2DS2-VASc 0-1 (restringido a pacientes que no requieren anticoagulación crónica). Se autorizará durante 90 días, debiéndose indicar en el informe la fecha prevista para la realización de la cardioversión o ablación.

Se pueden consultar los requisitos específicos de su uso en ablación de venas pulmonares en pacientes que no cumplan indicación de ficha técnica de ACOD en el Anexo III del Documento de Consenso sobre ACODs en fibrilación auricular no valvular (Grupo de Trabajo de Anticoagulantes Orales de Acción Directa).

- **MEDICAMENTOS**

- * Dabigatrán: Pradaxa (110 y 150 mg) - 1/12 horas.
- * Rivaroxabán: Xarelto (15 y 20 mg) - 1/24 horas.
- * Apixabán: Eliquis (2.5 y 5 mg) - 1/12 horas.
- * Edoxabán: Lixiana (30 y 60 mg) - 1/24 horas.

- **Disminución de dosis:**

- * Dabigatrán 110 mg si:
 - ◆ Edad \geq 80 años.
 - ◆ Tratamiento con verapamilo.
 - ◆ Clcr 30-49 ml/min y/o edad 75-79, con riesgo hemorrágico alto.
- * Rivaroxabán 15 mg si Clcr 15-49 ml/min.
- * Apixabán 2,5 mg si:
 - ◆ Clcr 15-29 ml/min.
 - ◆ FANV y con dos de las siguientes características:
 - Edad \geq 80.
 - Peso \leq 60 kg.
 - Creatinina sérica \geq 1.5 mg/dl.
- * Edoxabán 30 mg:
 - ◆ Clcr: 15-50 ml/min.
 - ◆ Peso \leq 60kg.
 - ◆ Uso concomitante de ciclosporina, dronedarona, eritromicina o ketoconazol.

- **Dosis bajas:**

- Pradaxa 75 mg, Xarelto 10 mg, Eliquis 2.5 mg en prevención de tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.
- Lixiana 15 mg solo indicada cuando se cambia de Lixiana 30 mg a un antagonista de la vitamina K.

INDICACIONES NO FINANCIADAS POR EL SNS: tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), prevención de las recurrencias de la TVP y de EP en adultos.

C. Aparato cardiovascular

C.1 ANTIARRÍTMICOS

DRONEDARONA (DH)

- Nombre comercial: [Multaq](#) 400 mg comprimidos. 1/12 horas.
- Indicaciones financiadas: pacientes adultos clínicamente estables con FA paroxística o persistente, para el tratamiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva. Solo debe utilizarse después de considerar otras alternativas de tratamiento.

C.2 VASODILATADORES

VERICIGUAT (CPD)

- Nombre comercial: [Verquvo](#) 2.5, 5 y 10 mg.
- Pauta: 1/24 horas. Se prescribe en pauta ascendente.
- Indicaciones financiadas: insuficiencia cardiaca crónica en adultos con fracción de eyección reducida (<40%), que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren estables y euvolémicos.

D. Dermatológicos

D.1 PREPARADOS ANTIACNÉ

ISOTRETINOINA (DH)

- Nombre comercial: Isotretinoína EFG, [Acnemin](#), [Dercutane](#), [Flexresan](#), [Isdiben](#), [Isoacne](#), [Mayesta](#) 5, 10, 20, 40 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata, o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento estándar con antibacterianos sistémicos y tratamiento por vía tópica.

D.2 RETINOIDES PARA TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

ACITRETINA (DH)

- Nombre comercial: Acitretina IFC, [Neotigason](#) 10 y 25 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas:
 - Psoriasis extensa grave, resistente a otros tipos de terapia.
 - Psoriasis palmo-plantar pustular.
 - Ictiosis congénita grave.
 - Enfermedad de Darier grave.

En el caso de Acitretina IFC, además de las anteriores, se financian:

- Liquen plano en piel y membranas mucosas.
- Otras formas graves y refractarias de dermatitis caracterizadas por disqueratosis y/o hiperqueratosis.

D.3 OTROS ANTIPSORIÁSICOS DE USO SISTÉMICO

*ÁCIDO FUMÁRICO (DH)

Aunque el ácido fumárico está incluido como inmunosupresor en la clasificación ATC, la hemos incluido en el Grupo Dermatológicos por ser su indicación principal el tratamiento de la psoriasis.

- Nombre comercial: [Skilarence](#) 30 y 120 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan de un tratamiento sistémico. Financiación restringida a pacientes que no hayan respondido adecuadamente, sean intolerantes o tengan contraindicada o no esté recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

D.4 PREPARADOS PARA DERMATITIS ATÓPICA

ALITRETINOINA (DH)

- Nombre comercial: Alitretinoína IFC, [Toctino](#) 10 y 30 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: adultos con eccema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes.

D.5 QUIMIOTERÁPICOS PARA USO TÓPICO

TIRBANIBULINA (CPD)

- Nombre comercial: [Klisyri](#) 10 mg/g sobres. 1/24 horas durante 5 días (un único ciclo por lesión).
- Indicaciones financiadas: tratamiento tópico de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica (grado 1 de Olsen) de la cara o del cuero cabelludo en adultos.

G. Aparato genito-urinario y hormonas sexuales

G.1 PRODUCTOS DE USO UROLÓGICO

ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO (CPD)

- Nombre comercial: [Uronefrex](#) 125 y 250 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: exclusivamente urolitiasis provocadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (*Proteus*, *Kebsiella*, *Pseudomonas*) especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas.

G.2 HORMONAS SEXUALES Y MODULADORES DEL SISTEMA GENITAL

ETONOGESTREL (DH)

- Nombre comercial: [Implanon](#) NXT 68 mg implante.
- Pauta: 1 implante/3 años. Duración del tratamiento 10 días.
- Indicaciones financiadas: anticoncepción. Se ha establecido su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años de edad.

ESTRIOL (CPD)

- Nombre comercial: [Gelistrol](#) 50 mcg/gr gel vaginal.
- Pauta: según duración del envase.
- Indicaciones financiadas: tratamiento local de la sequedad vaginal en mujeres postmenopáusicas con atrofia vaginal severa causada por: síndrome de Sjögren, radioterapia cáncer cérvix, radioterapia pélvica, tratamiento con quimioterapia y enfermedad autoinmune.

G.3 INHIBIDORES DE LA TESTOSTERONA 5-ALFA REDUCTASA

FINASTERIDE (CPD)

- Nombres comerciales: Finasteride EFG, [Arahormo](#), [Litace](#), [Proscar](#) 5 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática.

DUTASTERIDE (CPD)

- Nombres comerciales: Dutasterida EFG, **Avidart**, **Duodart**, **Dutacap** 0.5 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la HBP.
 - Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

G.4 DISFUNCIÓN ERÉCTIL

ALPROSTADILO

Caverject 10 y 20 mcg polvo y disolvente para solución inyectable 1 jeringa precargada. (DH)

- Pauta: en jeringas. Máximo 3/semana.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de la disfunción eréctil.

Muse 500 y 1000 mcg bastoncillo uretral 1 aplicador. (DH)

- Pauta: bastoncillos. Máximo 3/semana.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento de la disfunción eréctil, de etiología principalmente orgánica.
 - Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.

Virirec 3 mg/g crema 4 aplicadores de un solo uso (CPD)

- Pauta: bastoncillos. Máximo 3/semana.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento de la disfunción eréctil, de etiología principalmente orgánica.
 - Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.

G.5 GONADOTROFINAS Y OTROS ESTIMULANTES DE LA OVULACIÓN

Los integrantes de la “Unidad Reproducción Humana Asistida” (URHA) son los únicos autorizados a prescribir estos tratamientos.

Pauta: inyectables. Se prescribe indicando el contenido total del envase cada x días (usualmente x= 5-15 días).

- Indicaciones financiadas:

La URHA prescribe habitualmente de la siguiente forma:

- Esterilidad primaria en mujeres.
- Técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial (IAC, IAD), fecundación in vitro (FIV), transferencia de embriones (IVFET), transferencia intratubárica de gametos (GIFT), inyección de semen intracitoplasmática (ICSI).
- Otras indicaciones financiadas:
 - Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
 - Estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.
 - Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (DH)

- Nombres comerciales: [Menopur](#), [Meriofert](#) 75, 150, 600, 1200 UI.

UROFOLITROPINA (DH)

- Nombre comercial: [Fostipur](#) 75, 150 UI.

FOLITROPINA ALFA (DH)

- Nombres comerciales: [Gonal-F](#), [Bemfola](#), [Ovaleap](#), [Pergoveris](#) 150, 225, 300, 450, 900, 1050 UI.

ORGALUTRAN (DH)

- Nombre comercial: [Granirelix](#) 0,25 mg/0,5 ml.

FOLITROPINA BETA (DH)

- Nombre comercial: [Puregon](#) 300, 600 y 900 UI.

LUTROPINA ALFA (DH)

- Nombre comercial: [Luveris](#) 75 UI.

CORIOGONADOTROPINA ALFA (DH)

- Nombre comercial: [Ovitrelle](#) 250 mcg.

CORIFOLITROPINA (DH)

- Nombre comercial: [Elonva](#) 100, 150 mcg.

FOLITROPINA DELTA (DH)

- Nombre comercial: [Rekovelle](#) 12, 36, 72 mcg.

COMBINACIONES DE GONADOTROFINAS (folitropina alfa; lutropina alfa) (DH)

- Nombre comercial: [Pergoveris](#).150/75, 300/150, 450/225, 900/450 UI.

H. Hormonas sistémicas, excluidas hormonas sexuales

H.1 GLUCOCORTICOIDES

METILPREDNISOLONA (DH)

- Nombre comercial: **Urbason** 40 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan vía intravenosa. Esta especialidad está indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, enfermedades de los órganos internos, enfermedades cutáneas. También la inmunosupresión tras trasplantes y como coadyuvante en los tratamientos con citostáticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la enfermedad de Addison y tras adrenalectomía.

H.2 HORMONAS INHIBIDORAS DEL CRECIMIENTO

OCTREOTIDO (DH)

Sandostatin 10, 20, 30 mg.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Acromegalia, cuando la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.
 - Síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.
 - Tumores neuroendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.
 - Adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia, en pacientes para los que la cirugía no es adecuada y en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

Sandostatin 50 y 100 mcg/ml.

- Pauta: en jeringas.

- Indicaciones financiadas:
 - Acromegalia: para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. También en pacientes que no se vayan a someter a intervención quirúrgica, o en el período intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
 - Síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:
 - * Tumores carcinoides.
 - * VIPomas.
 - * Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.
 - Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.
 - Varices gastro-esofágicas sangrantes: en el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastroesofágicas en pacientes afectados de cirrosis.

LANREOTIDA (DH)

Somatulina 30 mg.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.
 - Síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).
 - Adenomas hipofisarios productores de tirotrópina responsables de hipertiroidismo en los casos donde esté contraindicada la cirugía y/o tras el fracaso de los tratamientos habituales (cirugía y radioterapia).

Somatulina autogel 60, 90, 120 mg.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.
 - Síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).
 - Pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (índice Ki67 hasta 10 %) de intestino medio, páncreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irreseccable o metastásica.

Myrelez 60, 90, 120 mg.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - o Acromegalia, cuando las concentraciones circulantes de la hormona de crecimiento (GH) y/o el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) siguen siendo anómalas después de una intervención quirúrgica y/o una radioterapia o en aquellos pacientes que precisen tratamiento médico.
 - o Pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (índice Ki67 hasta 10%) de intestino medio, páncreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irreseccable o metastásica.
 - o Síntomas asociados con los tumores neuroendocrinos (particularmente carcinoides).

H.3 HORMONAS LIBERADORAS DE ANTIGONADOTRIFINAS

ESTRADIOL; NORETISTERONA; RELUGOLIX (CPD)

- Nombre comercial: **Ryeqo** 40 mg/1mg/0,5 mg comprimidos. 1/24 horas.
- Indicación financiada: tratamiento de fibromas uterinos en pacientes con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, y sin historial de problemas cardiovasculares o tromboembólicos, o en las que no sea adecuada la cirugía radical (histerectomía) y que no deseen concebir durante el tratamiento.

Tras un año de tratamiento, para poder continuar con el mismo, se deberá realizar valoración de la masa ósea.

J. Antiinfecciosos de uso sistémico

J.1 VACUNA HEPATITIS A

- Nombres comerciales: **Havrix** 1440, 720 (niños a partir 1 año hasta 18 inclusive) suspensión inyectable en jeringa precargada, 1 jeringa.
- Pauta: en jeringas 1/3 meses. Duración del tratamiento 10 días. Dosis de refuerzo: en cualquier momento entre los 6 meses y 5 años, aunque preferiblemente entre los 6 y 12 meses después de la vacunación primaria.
- Indicación financiada: inmunización activa frente a la infección por VHA en personas en riesgo de exposición al virus.
- Condiciones de financiación: inmunización activa frente a la infección por el VHA, en personas en riesgo de exposición (los grupos de población considerados de riesgo se especifican en la Circular 15/98 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). Los individuos con anticuerpos específicos frente al VHA no precisan de la vacunación.

Población a proteger:

1. Viajeros que se desplacen a zonas endémicas de hepatitis A o persona que vayan a residir en ellas. Se consideran zonas endémicas o de alta prevalencia de hepatitis A, todos los destinos excepto: Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Europa Occidental, Japón o Nueva Zelanda.
2. Varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples.
3. Personas drogodependientes por vía parenteral.
4. Pacientes hemofílicos.
5. Familiares o cuidadores que tengan contacto directo con pacientes afectados de hepatitis A.
6. Trabajadores en contacto con aguas residuales no depuradas.
7. Personal médico y paramédico de hospitales e instituciones asistenciales.
8. Personal de guarderías infantiles.
9. Personas con enfermedad hepática crónica, así como aquellos que han recibido o van a recibir trasplante hepático.
10. En las situaciones que determinen las autoridades sanitarias.

Suministro de la vacuna:

La Dirección General de Salud Pública proporcionará gratuitamente la vacuna a toda persona perteneciente a los grupos anteriores a través de los Centros gestores de Vacunación (Áreas II y VII 968326677; Área III: 9684444749; Municipio de Murcia: 968247062; resto 968362249), salvo en el caso del grupo I. En estos casos la vacuna se prescribirá a través de RE.

La Dirección General de Salud Pública sí la suministrará en el caso de los viajeros que presenten un riesgo médico o social y aquellos otros que viajen por motivos familiares (inmigrantes e hijos de estos que viajan a sus países de origen para ver a familiares y amigos) puesto que se ha constatado que el riesgo en estos individuos es mayor. También se suministrará a aquellas personas que viajen por motivos de adopción internacional.

La Dirección General suministra la vacuna a aquellos profesionales con mayor riesgo (trabajadores en contacto posible con heces) de los grupos 6 y 7. En el resto de los casos de estos grupos, así como trabajadores por cuenta ajena de otros ámbitos, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales serán los responsables del suministro de la vacuna. En el caso de los trabajadores autónomos sí se deberá solicitar a través de RE.

En el caso de pacientes nacidos con anterioridad al año 1979 es necesario informe de Sanidad Exterior; en el resto de los casos solo es necesario la RE en la que se indique el motivo de la vacunación.

J.2 AMINOGLUCÓSICOS

AMIKACINA (DH)

- Nombre comercial: Amikacina EFG 125 mg / 2 ml y 500 mg/2 ml, solución inyectable para perfusión.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de corta duración de infecciones graves como septicemia (incluyendo sepsis neonatal), infecciones graves del tracto respiratorio, meningitis, infecciones intra abdominales, incluyendo peritonitis, infecciones complicadas de la piel y tejidos blandos, infecciones osteoarticulares, infecciones postquirúrgicas (incluyendo cirugía vascular) e infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario.

J.3 CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN

CEFTRIAJONA (DH)

- Nombre comercial: Ceftriajona EFG 250, 500 mg, 1, 2 gr para solución inyectable.
- Pauta: en viales. En el caso de envases unidosos, deben prescribir 1 cada x días con la misma duración x de tratamiento.

- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento de meningitis bacteriana, neumonía adquirida en la comunidad, neumonía nosocomial, otitis media aguda, infección intraabdominal, infección complicada del tracto urinario (incluyendo pielonefritis), infección ósea y articular, infección complicada de la piel y tejidos blandos, gonorrea, sífilis, endocarditis bacteriana.
 - Se puede utilizar para el tratamiento de agudizaciones de EPOC en adultos, tratamiento de la borreliosis de Lyme diseminada en adultos y niños, incluidos neonatos a partir de 15 días de edad.
 - Profilaxis preoperatoria de infecciones del campo quirúrgico.
 - Tratamiento de pacientes neutropénicos con fiebre en los que se sospeche que su origen sea una infección bacteriana.
 - Tratamiento de pacientes con bacteriemia que se presente en asociación con cualquiera de las infecciones señaladas anteriormente.

Se autorizarán los informes procedentes del especialista, del médico de familia que adjunte antibiograma y los del servicio de urgencias con un test de detección rápida de *Gonococo* positivo.

L. Antineoplásicos e inmunomoduladores

L.1 ANTINEOPLÁSICOS

CICLOFOSFAMIDA (DH)

- Nombres comerciales: **Genoxal** 50 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Quimioterapia combinada o como monoterapia en:
 - o Linfoma de Hodgkin, linfomas no Hodgkin y mieloma múltiple.
 - o Leucemia linfocítica crónica (LLC) y leucemia linfocítica aguda (LLA).
 - o Leucemia mieloide crónica y leucemia linfoblástica aguda.
 - o Sarcoma de Ewing.
 - o Neuroblastoma avanzado o metastásico.
 - o Carcinoma de mama y ovárico metastásico.
 - o Tratamiento adyuvante del ca. de mama.
 - o Carcinoma microcítico de pulmón.
 - Como inmunosupresor en trasplantes de órganos y de médula ósea.
 - En enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de Wegener y formas progresivas graves del LES (nefritis lúpica).

ETOPÓSIDO (DH)

- Nombres comerciales: **Vepesid** 50, 100 mg comprimidos.
- Pauta: n° comprimidos totales indicados en cada ciclo (generalmente 21 días). Duración tto= n° de días de cada ciclo.
- Indicaciones financiadas:
 - Tumores testiculares en primera línea de tratamiento, en regímenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirúrgicos y/o radioterápicos adecuados.
 - Tumores testiculares refractarios: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos en pacientes ya tratados con cirugía, quimioterapia y radioterapia adecuadas.
 - Carcinoma microcítico de pulmón: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos.
 - Enfermedad de Hodgkin.
 - Linfomas malignos (no hodgkinianos).
 - Leucemia aguda monocítica y mielomonocítica.

- Cáncer ovárico
 - En combinación con otros fármacos quimioterapéuticos aprobados para el tratamiento del cáncer ovárico no epitelial en adultos.
 - Para el tratamiento del cáncer ovárico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.

ANAGRELIDA (DH)

- Nombres comerciales: [Xagrid](#) 0,5 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que están siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.

Paciente de riesgo si presenta al menos una de las siguientes características:

- >60 años.
- Recuento de plaquetas > 1.000.000/ml.
- Antecedentes de acontecimientos trombo-hemorrágicos.

L.2 HORMONAS Y AGENTES RELACIONADOS

GOSERELINA (CPD)

- Nombres comerciales: [Zoladex](#) 3,6 mg implante en jeringa precargada.
- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Carcinoma de próstata avanzado, cuando el tratamiento hormonal está indicado.
 - Cáncer de mama en pacientes pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado.
 - Endometriosis.
 - Fibromas uterinos.
 - Disminución del grosor del endometrio antes de su ablación.
 - Reproducción asistida: supresión del control hipofisario en la preparación para la superovulación.

TRIPTORELINA (DH/CPD)

[Decapeptyl diario](#) 0,1 mg polvo y disolvente para solución inyectable (DH).

- Pauta: en viales.
- Indicaciones financiadas: infertilidad femenina. Tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (FIVTE).

Decapeptyl mensual 3,75 mg 1 vial (CPD)

- Pauta: en viales.
- Indicaciones financiadas:
 - Cáncer de próstata hormono-dependiente, localmente avanzado o metastásico.
 - Cáncer de próstata hormono-dependiente, localizado, de alto riesgo o localmente avanzado, en combinación con radioterapia.
 - Endometriosis genital y extragenital. La duración del tratamiento se halla limitada a 6 meses.
 - Fibromas uterinos.
 - Infertilidad femenina:
 - o Tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para FIVTE.
 - o Pubertad precoz. En las niñas, el tratamiento debe iniciarse antes de los 8 años y, en los niños, antes de los 10 años.

Gonapeptyl depot 3.75 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable (DH).

- Pauta: en viales.
- Indicaciones financiadas:
 - Cáncer de próstata avanzado hormono-dependiente.
 - Miomas uterinos sintomáticos, como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas.
 - Endometriosis sintomática confirmada por laparoscopia, cuando por su extensión está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica.
 - Pubertad precoz central en niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años.

LEUPRORELINA (CPD)

Eligard mensual 7.5 mg solución inyectable

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas: cáncer de próstata avanzado hormonodependiente.

Camcevi 42 mg suspensión inyectable.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas: cáncer de próstata avanzado o localizado localmente avanzado, hormonodependiente, de alto riesgo y, en combinación con radioterapia.

Lutrate depot mensual 3.75 mg suspensión liberación prolongada jeringas.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento paliativo del cáncer de próstata localmente avanzado o metastásico.
 - Leiomiomas uterinos, como medida preoperatoria o coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres perimenopáusicas que no desean la cirugía.
 - Endometriosis; puede usarse solo o como terapia conjunta con la cirugía.
 - Cáncer de mama avanzado en mujeres pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado.
 - Preservación de la función ovárica en mujeres premenopáusicas con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia que puede causar insuficiencia ovárica prematura.
 - Pubertad precoz central en niños, diagnosticados clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los 9 años en niñas y de los 10 en niños.

Ginecrin depot 3.75 mg suspensión inyectable.

- Pauta: en viales.
- Indicaciones financiadas:
 - Miomas uterinos durante un periodo de 6 meses, como medida preoperatoria y coadyuvante a la cirugía, o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres cercanas a la menopausia que no desean la cirugía.
 - Endometriosis durante un periodo de 6 meses, solo o como terapia conjunta con la cirugía.
 - Pubertad precoz central, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en niñas y de los 9 en niños.

L.3 INMUNOSUPRESORES

CICLOSPORINA (DH)

- Nombres comerciales: [Ciqorin](#), [Sandimmun](#) 25, 50 y 100 mg cápsulas; [Ikervis](#) 1mg/ml colirio unidosis.
- Indicaciones financiadas:
 - Trasplantes de órganos:
 - o Prevención del rechazo del injerto tras un trasplante de órgano sólido alogénico de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón y páncreas.
 - o Tratamiento del rechazo celular en pacientes trasplantados que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.
 - Trasplante de médula ósea:
 - o Prevención del rechazo del injerto tras un trasplante alogénico de médula ósea.
 - o Prevención y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).
 - Enfermedades autoinmunes: uveítis endógena, psoriasis severa, sd. nefrótico, artritis reumatoide y dermatitis atópica severa.

TACRÓLIMUS (DH)

- Nombres comerciales: [Adoport](#), [Advagraf](#), [Conferoport](#), [Envarsus](#), [Modigraf](#), [Prograf Tacforius](#), [Tacni](#), Tacrólimus EFG 0.2, 0.5, 0.75, 1, 2, 3, 4, 5 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas:
 - Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.
 - Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

MICOFENOLATO MOFETILO (DH)

- Nombres comerciales: [Cellcept](#), [Myfenax](#), Micofenolato de mofetilo EFG 250 y 500 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - En combinación con ciclosporina y corticosteroides, indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.
 - Nefritis lúpica (Protocolo para el uso de Micofenolato Mofetilo en Nefritis Lúpica CRFT/PRO/MNL/FIA/122015).
 - Miastenia gravis (Protocolo para el tratamiento farmacológico de la Miastenia Autoinmune. Versión 1.1 /062018).

ÁCIDO MICOFENÓLICO (DH)

- Nombres comerciales: [Ceptava](#), [Myfortic](#) 180 y 360 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: en combinación con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogénico.

EVEROLIMUS (DH)

- Nombres comerciales: Everolimus EFG, [Afinitor](#), [Certican](#), [Votubia](#) 0.1, 0.25, 0.5, 0.75, 1,2, 2.5, 3, 5, 10 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: profilaxis del rechazo de órganos en adultos con un trasplante renal o cardíaco alogénico, combinado con ciclosporina y corticoides, y hepático, combinado con tacrolimus y corticoides.

SIROLIMUS (DH)

- Nombres comerciales: [Rapamune](#) 0.5, 1 y 2 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Profilaxis del rechazo de órganos en adultos que presentan bajo-moderado riesgo inmunológico, sometidos a trasplante renal, en combinación con ciclosporina y corticoides.
 - Tratamiento de linfangioleiomiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar.

L.4 FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS

LEFLUNOMIDA (DH)

- Nombre comercial: Leflunomida, [Arava](#), [Lefluartil](#) 10 y 20 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa y artritis reumatoide.

M. Sistema musculoesquelético

M.1 PREPARADOS QUE AUMENTAN LA EXCRECIÓN DE ÁCIDO ÚRICO

BENZBROMARONA (DH)

- Nombre comercial: [Urinorm](#) 100 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: únicamente en pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con alopurinol en alguna de las siguientes situaciones:
 - Pacientes con gota severa (gota poliarticular o gota tofácea) en los que es imprescindible el control de la hiperuricemia.
 - Hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina > a 20 ml/min.
 - Hiperuricemia en pacientes con trasplante renal.

Debe ser iniciado por médicos especialistas en Reumatología o Nefrología.

M.2 ANTIINFLAMATORIOS ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

PIROXICAM (DH)

- Nombre comercial: [Feldene](#), [Piroxicam](#) 10 y 20 mg comprimidos dispersables.
- Indicaciones financiadas: alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo.

M.3 OTROS MEDICAMENTOS CON EFECTOS SOBRE LA MINERALIZACIÓN

ROMOSUZUMAB (DH)

- Nombre comercial: [Evenity](#) 105 mg solución inyectable.
- Pauta: en plumas. 2 plumas juntas una vez al mes durante 1 año.
- Indicaciones financiadas: osteoporosis grave en mujeres posmenopáusicas, definida como $DMO \leq -3,0$ y elevado riesgo de fractura, previamente tratadas con bifosfonatos o con contraindicación a estos, que hayan experimentado una fractura previa por fragilidad (fractura osteoporótica mayor en los 24 meses previos), sin antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial coronaria.

N. Sistema nervioso

N.1 MEDICAMENTOS CONTRA LA DEMENCIA

Los tratamientos con estos medicamentos se inician con pauta ascendente. La fecha de inicio de la dosis superior debe ser anterior en unos días a la de finalización de la dosis inferior.

La Comisión Regional de Farmacia ha elaborado el Protocolo para el uso de medicamentos indicados en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer, para su utilización en patologías diferentes a las autorizadas (Versión 1.0 /122017), que facilita el acceso a estos medicamentos en los siguientes tipos de demencia: demencia vascular, Parkinson, cuerpos Lewy. En general no están indicados en la demencia frontotemporal.

Para autorizar estos tratamientos, además de indicar en la RE el diagnóstico, es necesario que el facultativo refleje que se ha realizado el consentimiento informado.

DONEPEZILO (DH)

- Nombres comerciales: Donezepilo EFG, [Aricept](#), [Lixben](#), [Pezimaz](#), [Yasnal](#) 5, 10 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.
 - Off label: demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson.

GALANTAMINA (DH)

- Nombres comerciales: Galantamina EFG, [Galnora](#), [Reminyl](#) 8, 16, 24 mg cápsulas, solución oral 4 mg/ml.
- Indicaciones financiadas:
 - Enfermedad de Alzheimer leve o moderadamente grave.
 - Off label: demencia vascular y enfermedad de Parkinson (dudosa).

RIVASTIGMINA (DH)

- Nombres comerciales: Rivastigmina EFG, [Alzerta](#), [Exelon](#), [Prometax](#), 1.5, 3, 4.5, 6 mg, solución oral 2mg/ml, parches 4.6/24 horas, 9.5/24 horas y 13.3/24 horas.
- Indicaciones financiadas:
 - Enfermedad de Alzheimer leve o moderadamente grave.
 - Demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.
 - Off label: demencia por cuerpos de Lewy y demencia vascular (dudosa).

MEMANTINA (DH)

- Nombres comerciales: Memantina EFG, [Axura](#), [Ebixa](#), [Mantinex](#), [Marixino](#), [Nabila](#), [Protalon](#), [Uxamax](#) 5*7 + 10*7 + 15*7 + 20*7 parches, 10, 20 mg comprimidos, solución oral 5 mg/ml.
- Pauta: solución en ml; parches en unidades. En las presentaciones de 2 parches por semana se prescribirá 2/168 horas.
- Indicaciones financiadas:
 - Enfermedad de Alzheimer moderada a grave.
 - Off label: demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson.

N.2 ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS.

Todos requieren visado para mayores de 75 años.

En el caso de Quetiapina, Olanzapina Zipraxidona, Paliperidona, Aripiprazol, Amisulpride y Asenapina, se puede aplicar el Protocolo de utilización de los medicamentos antipsicóticos atípicos en condiciones diferentes a las autorizadas en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014, codificándolo como off label.

RISPERIDONA (CPD)

- Nombres comerciales: Risperidona EFG, [Arketin](#), [Calmapríde](#), [Risperdal](#), [Risperdal Consta](#), [Okedi](#) 0.5, 1, 2, 3, 4 y 6 mg comprimidos, 1 mg/ml solución y 25, 37.5, 50, 75 y 100 mg polvo para suspensión inyectable liberación prolongada.
- Pauta: formas orales en solución en ml y formas parenterales en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Formas orales:
 - o Esquizofrenia.
 - o Episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.
 - o Tratamiento a corto plazo (≤ 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en Alzheimer moderado a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.
 - o Tratamiento sintomático a corto plazo (≤ 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en ≥ 5 años con retraso mental.
 - Formas parenterales: tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.

El envase de Risperdal solución, caduca a los 90 días de la apertura, por lo que si se prescribieran dosis bajas, sería recomendable prescribir en envase de 30 ml.

Risperidona es el único antipsicótico atípico autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para los trastornos de comportamiento asociados a Demencias, por lo que en este caso no se considera off label.

QUETIAPINA (CPD)

- Nombres comerciales: Quetiapina EFG, [Atrolak](#), [Psicotric](#), [Qudix](#), [Quentiax](#), [Roco](#), [Seroquel](#) 25, 50, 100, 150, 200, 300, 600 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno bipolar:
 - o Episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
 - o Episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
 - o Prevención de recurrencias de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, que han respondido a quetiapina.
 - Tratamiento adicional de episodios depresivos mayores en pacientes con trastorno depresivo mayor que no han tenido respuesta óptima con antidepresivos en monoterapia. (En formas de liberación prolongada).
 - Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014. Autorizado como off label.

OLANZAPINA (CPD)

- Nombres comerciales: Olanzapina EFG, [Arenbil](#), [Olaxax](#), [Zalasta](#), [Zolafren](#), [Zyprexa](#) 2.5, 5, 7.5, 1 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Esquizofrenia.
 - Episodio maníaco moderado o grave.
 - Trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.
 - Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014.

ZIPRASIDONA (CPD)

- Nombre comercial: Ziprasidona EFG, [Zeldox](#) 20, 40, 60, 80 mg cápsulas, [Zeldox](#) 20 mg/ml polvo para solución inyectable.
- Pauta: en viales.

- Indicaciones financiadas:
 - Formas orales.
 - o Esquizofrenia.
 - o Episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en ≥ 10 años.
 - Forma inyectable.
 - o Control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento por vía oral no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.

Tan pronto como se considere adecuado desde el punto de vista clínico, debe interrumpirse el tratamiento con ziprasidona inyectable y comenzarse a utilizarla por vía oral.

- Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014.

ARIPIPRAZOL (CPD)

- Nombres comerciales: Aripiprazol EFG, [Abik](#), [Abilify](#), [Apaloz](#), [Arizol](#), [Atildon](#), [Tractiva](#), [Zykalor](#) 5, 10, 15, 30 mg comprimidos, 1 mg/ml solución oral. [Abilify](#) inyectable 7.5 mg/ml, 300, 400 mg polvo para suspensión de acción prolongada.
- Pauta: solución en ml y formas parenterales en inyectables.
- Indicaciones financiadas:
 - Formas orales.
 - o Esquizofrenia en ≥ 15 años.
 - o Episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en ≥ 13 años.
 - Formas parenterales 300 y 400 mg.
 - o Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral.

AMISULPRIDA (CPD)

- Nombres comerciales: Amisulprida EFG, [Aracalm](#), [Solian](#), 100, 200, 400 mg comprimidos y 100 mg/ml solución oral.
- Pauta: solución oral en ml.
- Indicaciones financiadas:
 - Esquizofrenia.
 - Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014.

PALIPERIDONA (CPD)

Paliperidona EFG, [Inpalix](#), [Invega](#), [Parnido](#), [Trevicta](#), [Xeplion](#) 3, 6, 9 mg comprimidos, suspensión inyectable 50, 75, 100, 150, 175, 263, 350, 525 ml.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas:
 - Esquizofrenia en adultos y en adolescentes ≥ 15 años.
 - Trastorno esquizoafectivo en adultos.
 - Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014.

Paliperidona EFG y [Xeplion](#) 50, 75, 100, 150 mg, [Byannli](#) 700, 1000 mg suspensión inyectable liberación prolongada; inyección mensual.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral.

[Trevicta](#) 175, 263, 350, 525 mg suspensión inyectable; inyección trimestral.

- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con la formulación inyectable mensual de palmitato de paliperidona.

ASENAPINA (CPD)

- Nombre comercial: [Sycrest](#) 5 y 10 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Episodios maniacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I.
 - Protocolo para el uso de medicamentos indicados en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia. Código: CRFT/PRO/APS/FIA/022014.

CARIPRAZINA (CPD)

[Reagila](#) 1.5, 3, 4.5 y 6 mg cápsulas.

- Indicaciones financiadas: tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos.

N.3 SIMPATOMIMÉTICOS DE ACCIÓN CENTRAL

LISDEXAFENTAMINA (DH)

- Nombre comercial: [Elvanse](#) 30, 50 y 70 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) en niños ≥ 6 años y adultos, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada.

*N.4 AGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IMIDAZOLINA (ANTI-HIPERTENSIVOS)

Aunque la Guanfacina está incluida como antihipertensivo en la clasificación ATC, la hemos introducido a continuación de los simpaticomiméticos de acción central en el Grupo Sistema Nervioso por ser su indicación principal el TDAH.

GUANFACINA (DH)

- Nombre comercial: [Intuniv](#) 1, 2, 3, 4 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: TDAH en niños y adolescentes de 6 a 17 años, cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

N.5 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

BUPRENORFINA-NALOXONA (DH)

- Nombre comercial: [Suboxone](#) 2 mg/0.5 mg y 8 mg/2 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de sustitución de la dependencia a opioides. Está indicado en > 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por su adicción. La prescripción debe realizarla siempre un facultativo (psiquiatra) autorizado.

N.6 ANESTÉSICOS LOCALES

LIDOCAINA (CPD)

- Nombre comercial: [Versatis](#) 700 mg apósito medicamentoso. 1/24 horas.
- Pauta: en apósitos.

- Indicaciones financiadas: alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética) en adultos. Pueden cortarse para tratar zonas más pequeñas.

Cuando se prescribe fuera de indicación, el informe debe especificar que se han agotado todas las alternativas terapéuticas, indicando todas las utilizadas previamente. En caso contrario, la CRFT no tramita la solicitud.

N.7 ANTIEPILÉPTICOS

RUFINAMIDA (DH)

- Nombre comercial: **Inovelon** 100, 200, 400 mg comprimidos y 40 mg/ml suspensión oral. 1/12 horas.
- Pauta: solución en ml.
- Indicaciones financiadas: terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes ≥ 1 año.

N.8 ANTIPARKINSONIANOS

LEVODOPA (CPD)

- Nombre comercial: **Inbrija** 33 mg, cápsulas para inhalación.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de las fluctuaciones motoras episódicas (períodos OFF) impredecibles en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con levodopa/IDD en los que no se haya conseguido un adecuado control de las fluctuaciones motoras, tras la administración de otras alternativas terapéuticas como los inhibidores de la catecol-amino-metiltransferasa, inhibidores de la mono-aminoxidasa B o los agonistas dopaminérgicos, en los que apomorfina no sea una opción adecuada. El tratamiento deberá ser prescrito por especialistas en neurología con experiencia en las fluctuaciones motoras en pacientes con enfermedad de Parkinson.

APOMORFINA (DH)

- Nombre comercial: **Dacepton** 5 y 10 mg/ml solución inyectable, **APO-go pen** o **PFS** 5 y 10 mg/ml solución inyectable o perfusión.
- Pauta: en viales o ampollas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de fluctuaciones motoras (fenómenos "on-off") en pacientes con enfermedad de Parkinson que no están suficientemente controlados con la medicación antiparkinsoniana oral.

N.9 ANALGÉSICOS OPIOIDES DERIVADOS DE FENILPIPERIDINA

FENTANILO (CPD) (Presentaciones de administración nasal y bucal)

El Ministerio de Sanidad, estableció la necesidad de visado previo a la dispensación para las presentaciones de fentanilo de liberación inmediata a partir del 1 de julio de 2021, no viéndose afectados por dicho requisito los tratamientos instaurados anteriormente.

La implantación de esta medida en el Servicio Murciano de Salud se hizo efectiva a partir del 16 de febrero de 2023.

En cualquier caso, todas las recetas en formato papel (que se harán únicamente de forma excepcional) precisan visado para su dispensación.

- Nombres comerciales: *Abfentic, Abstral, Actic, Avaric, Breakyl, Effentora, Fentanilo Aristo, Fenticerta, Kaptic, Instanyl* y *Pecfent*. Las formas farmacéuticas y las dosis por unidad se indican en la tabla.
- Pauta: fármacos de las películas bucales, en películas; fármacos de pulverización nasal, en dosis.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento del dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer.
 - Off label: pacientes con patologías no oncológicas.

Estos medicamentos se deben administrar únicamente a aquellos pacientes que toleren su tratamiento con opiáceos para el dolor persistente del cáncer. Se considera que son tolerantes si toman como mínimo 60 mg de morfina oral al día, 25 microgramos de fentanilo transdérmico por hora, 30 mg de oxicodona al día, 8 mg de hidromorfona oral al día o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más.

Las fichas técnicas del fentanilo de liberación inmediata indican que una vez alcanzada la dosis de mantenimiento se deben utilizar un máximo de 4 rescates al día, siendo el número máximo de unidades en cada rescate 1 o 2 según el medicamento (ver tabla). Si el paciente utiliza más de 4 rescates al día se debe valorar el aumento de la dosis del opiáceo de base para el dolor persistente y si precisa un número superior de dosis en cada rescate a la indicada en la ficha técnica, se debe valorar el aumento de la dosis de fentanilo nasal o bucal.

Cuando la Inspección detecte que el paciente utiliza un número de rescates superior a 4/día o dosis superiores a 1 o 2 unidades en cada rescate (según el medicamento), informará al facultativo para que contacte con los Servicios de Farmacia del Área.

Si el médico prescriptor informa que el tratamiento se inició antes del 16/02/2023 o antes del 1/07/2021, en el caso de usuarios de otras CCAA, se rechazará la receta, indicándole que se ponga en contacto con el Servicio de Gestión Farmacéutica a fin de que se realicen las gestiones necesarias en las correspondientes aplicaciones informáticas.

Tabla 2. Presentaciones de fentanilo de liberación inmediata

MARCA	FORMA FARMACÉUTICA	Dosis (mcg)	U/rescate (máx)	U/día (máx.)
ABFENTIQ	cp para chupar	200, 400, 600, 800, 1200, 1600	1	4
ABSTRAL	cp sublinguales	100, 200, 300, 400,600 800	2	8
ACTIQ	cp para chupar	200, 400, 600, 800, 1200, 1600	1	4
AVARIC	cp sublinguales	67, 133, 267,400, 533, 800	2	8
BREAKYL	películas bucales	200, 400	1	4
EFFENTORA	cp bucales	100, 200, 400, 600, 800	1	4
FENTANILO ARISTO	cp bucales	100, 200, 400, 600, 800	1	4
FENTICERTA	cp sublinguales	100, 200, 300, 400, 600, 800	2	8
KAPTIC	cp sublinguales	100, 200, 300, 400, 600, 800	2	8
INSTANYL	pulverización nasal	50, 100, 200	2	8
PECFENT	pulverización nasal	100, 400,	2	8

P. Antiparasitarios, insecticidas y repelentes

P.1 AGENTES CONTRA LA AMEBIASIS Y OTRAS ENFERMEDADES POR PROTOZOARIOS

MEGLUMINA (DH)

- Nombre comercial: [Glucantime](#) 1500 mg/5ml solución inyectable.
- Pauta: en ampollas.
- Indicaciones financiadas: leishmaniasis visceral (Kala azar), leishmaniasis cutánea (Botón de oriente) y mucocutánea

R. Sistema respiratorio

R.1 ADRENÉRGICOS EN COMBINACIONES CON ANTICOLI-NÉRGICOS INCLUIDOS COMBINACIONES TRIPLES CON CORTICOIDES

BECLOMETASONA; FORMOTEROL; GLICOPIRRONIO (CPD)

- Nombres comerciales: [Trimbow](#) 172 mcg/5 mcg/9 mcg, solución para inhalación en envase a presión. 2/12 horas.
- Pauta: en pulsaciones.
- Indicaciones financiadas: pacientes con asma en tratamiento con una triple terapia compuesta por CSI/LABA/LAMA, después de haber comprobado que responden adecuadamente a los componentes por separado, es decir, en aquellos en que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

GLICOPIRRONIO; INDACATEROL; MOMETASONA (CPD)

- Nombres comerciales: [Enerzair](#), [Breezhaler](#), [Zimbus](#) 114 mcg/46 mcg/136 mcg 30 cápsulas duras. 1/24 horas.
- Pauta: en cápsulas.
- Indicaciones financiadas: tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un corticoide inhalado, un agonista beta-2 de acción prolongada y un antagonista muscarínico de acción prolongada mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

S. Órganos de los sentidos

S.1. ANTIVIRALES OFTALMOLÓGICOS

GANCICLOVIR (DH)

- Nombre comercial: [Virgan](#) gel oftálmico.
- Pauta: el sistema calcula la fecha siguiente de dispensación en función de la duración del envase indicada.
- Indicaciones financiadas: queratitis superficial aguda causada por el Virus Herpes Simple.

V. Varios

V.1 MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPO-TASEMIA

CICLOSILICATO (CPD)

- Nombre comercial: **Lokelma** 5 y 10 gr polvo suspensión oral.
- Pauta: en sobres.
- Indicaciones financiadas: pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5.5-6.4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

Debe ser prescrito por especialistas en Nefrología, Cardiología o Medicina Interna.

PATIROMERO (CPD)

- Nombre comercial: **Veltassa** 8.4 y 16.8 mg polvo para suspensión oral.
- Pauta: en sobres.
- Indicaciones financiadas: pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5.5-6.4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

Debe ser prescrito por especialistas en Nefrología, Cardiología o Medicina Interna.

V.2 AGENTES QUELANTES DEL HIERRO

DEFERASIROX (DH)

- Nombres Comerciales: **Exjade** 90, 360 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas:
 - Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes, $\geq 7\text{ml/kg/mes}$ de concentrado de hematíes (CH) en pacientes con beta talasemia ≥ 6 años.
 - Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

- o Niños de 2 a 5 años con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (≥ 7 ml/kg/mes de CH).
- o En adultos y niños ≥ 2 años con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de CH).
- o En adultos y niños ≥ 2 años con otras anemias.
- o Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones ≥ 10 años.

MEDICAMENTOS DE FINANCIACIÓN RESTRINGIDA A DETERMINADAS INDICACIONES

El punto 2 del Anexo de la Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, recoge los medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. El punto 3 del citado Anexo recoge los subgrupos terapéuticos que se mantienen financiados exclusivamente para las indicaciones que se establecen en cada caso.

Subgrupo ATC	Indicaciones financiadas:
1. A06AC	Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis.
2. A06AD	Encefalopatía portosistémica y paraplejía.
3. A06AH	Pacientes oncológicos.
4. C04AX	Claudicación intermitente.
5. R05DA	Pacientes neoplásicos con tos persistente.
6. S01XA	Síndrome de Sjögren.

La Instrucción 4/2013, de 22 de marzo, de la Dirección Gerencia del SMS, establece el procedimiento de visado para los medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica del SNS pero que permanecen financiados para determinadas indicaciones. En estos casos se debe remitir a Inspección una copia del informe del médico especialista que realizó el diagnóstico, en el que conste el diagnóstico del paciente. La antigüedad máxima del mismo será de 3 años.

ACIDOS OMEGA 3

- Nombre comercial: Ácidos Omega 3 EFG, [Omacor](#).
- Indicaciones financiadas: hipertrigliceridemia grave cuando los fibratos estén contraindicados.

LÁGRIMAS ARTIFICIALES

- Nombres comerciales: [Carmelosa](#), [Hidrathea](#), [Oculotect](#), [Orfasin](#), [Siccafluid](#), [Viscofresh](#).
- Pauta: los envases unidosos en unidosos. Los colirios en solución se prescriben en el apartado "posología especial" según la duración del envase; el sistema

calcula automáticamente la fecha de la siguiente dispensación en función de dicha duración.

- Indicaciones financiadas: alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren.

CODEINA, DEXTROMETORFANO, DIHIDROCODEINA, NOSCAPINA

- Nombres comerciales: Codeína EFG, [Codeisan](#), [Fludan](#), [Histaverin](#), [Notusin](#), [Propalcof](#), [Toseina](#), [Tosidrin](#), [Tuscalman](#).
- Pauta: los sobres en unidades y las soluciones en ml.
- Indicaciones financiadas: pacientes oncológicos con tos persistente.

LACTULOSA

- Nombres comerciales: [Duphalac](#), [Lactulosa](#), [Oponaf](#) sobres y solución oral.
- Pauta: los sobres en unidades y las soluciones en ml.
- Indicaciones financiadas: encefalopatía portosistémica y paraplejía.

ISPAGULA

- Nombre comercial: [Plantago ovata](#) sobres.
- Indicaciones financiadas: enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis.

NALOXEGOL

- Nombre comercial: [Moventig](#) 12.5 y 25 mg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: estreñimiento inducido por opioides en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

NALDEMINA

- Nombre comercial: [Rizmoic](#) 200 mcg comprimidos.
- Indicaciones financiadas: adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

NAFTIDROFURILO

- Nombre comercial: [Praxilene](#) 100 mg cápsulas.
- Indicaciones financiadas: claudicación intermitente.

METILNALTREXONA

- Nombre comercial: **Relistor** 12 mg/0.6 ml solución inyectable.
- Pauta: en jeringas.
- Indicaciones financiadas: estreñimiento inducido por opioides cuando la respuesta a la terapia laxante no ha resultado suficiente en pacientes ≥ 18 años.

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA

MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS (CPD)

El Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC, modificó la financiación de los medicamentos que contienen inhibidores HMG CoA reductasa pasando a tener aportación reducida (AR) en el caso de pacientes afectados de hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFH), manteniendo la aportación del 40% del precio de facturación para el resto de los pacientes.

Posteriormente la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios amplió el grupo de medicamentos hipolipemiantes a los que se les podría aplicar la AR únicamente para pacientes con HFH.

La Instrucción 1/2013, de 11 de febrero, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, establece el procedimiento de validación sanitaria de los tratamientos con medicamentos hipolipemiantes para pacientes afectados por hipercolesterolemia familiar heterocigota.

1. Medicamentos.

En el ámbito del SMS, el derecho de los pacientes con HFH a que se les aplique la AR en las recetas en las que se prescriban los medicamentos incluidos en los grupos terapéuticos abajo relacionados, se hará efectivo mediante visado.

INHIBIDORES HMG CoA REDUCTASA

- Principios activos:
 - Simvastatina: simvastatina EFG.
 - Lovastatina: lovastatina EFG, [Colesvir®](#), [Taucor](#).
 - Pravastatina: pravastatina EFG, [Pritadol](#).
 - Fluvastatina: fluvastatina EFG, [Liposit prolib](#), [Vaditon prolib](#).
 - Atorvastatina: atorvastatina EFG, [Prevencor](#), [Zarator](#).
 - Rosuvastatina: rosuvastatina EFG, [Arrox](#), [Provisacor](#), [Crestor](#).
 - Pitavastatina: pitavastatina EFG, [Alipza](#), [Livazo](#).

SECUESTRANTES DE ÁCIDOS BILIARES

- Principio activo: colesevelam. [Cholestagel](#).

OTROS MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS

- Principio activo: ezetimiba. Ezetimiba EFG, [Ezetrol](#), [Ezicor](#).

INHIBIDORES DE HMG-CoA REDUCTASA ASOCIADOS A OTROS MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS

- Principios activos:
 - Simvastatina + ezetimiba: ezetimiva/simvastatina EFG, [Inegy](#), [Vytorin](#).
 - Atorvastatina + ezetimiba: [Orvatez](#), [Atozet](#).
 - Rosuvastatina + ezetimiba: [Lipocomb](#).
 - Pravastatina + ezetimiba

2. Derechos de los beneficiarios.

Son beneficiarios con derecho a (aportación reducida) AR aquellos pacientes que acrediten documentalmente su condición de enfermos afectados por HFH de acuerdo con los siguientes criterios:

- Pacientes con diagnóstico probable o cierto (puntuación > 6).
- Pacientes 18-30 años: diagnóstico posible de la enfermedad (puntuación > 3) y un familiar en primer grado con diagnóstico probable o cierto de la enfermedad.
- Menores de 18 años con C-LDL superior al percentil 95 para sexo y edad, con un familiar en primer grado con diagnóstico probable o cierto de HFH.

3. Documentación.

Inicialmente el especialista en Endocrinología o Medicina Interna del SMS, remitirá a Inspección los Anexos I (informe clínico debidamente cumplimentado) y II (Criterios diagnósticos de HFH- Programa Internacional O.M.S-MED-PE). En el caso de que el paciente disponga de un test genético positivo no será necesario enviar el anexo II.

4. Tramitación de visado

Los anexos I y II, y el original de la primera receta se remitirán a las unidades de visado correspondientes, que a su vez los enviarán al Servicio de Prestaciones Asistenciales, donde si procede, se autorizará el visado del tratamiento.

Las siguientes recetas podrán ser autorizadas en las Inspecciones de Área de Cartagena y Lorca y en los Centros Sanitarios a través de Visado Automático.

En el sello de visado debe figurar la leyenda "Aportación Reducida".

Por el momento, no se pueden realizar estas recetas mediante visado electrónico.

5. Excepciones

- **Cholestagel** (colesevelam): precisa visado de Inspección.

En el caso de que se prescriba a pacientes que presenten alguna de las indicaciones autorizadas en ficha técnica, el usuario debe abonar la aportación que le corresponda según su TSI. Sin embargo, cuando se prescriba a pacientes afectados de HFH, serán beneficiarios de AR.

- **Arrox** 30 mg (rosuvastatina): precisa visado de Inspección.

Su uso está restringido a pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista. Estos pacientes abonarán la aportación correspondiente a su TSI, salvo en el caso de que presenten HFH, en que se aplicará AR.

EXTRACTOS HIPOSENSIBILIZANTES Y VACUNAS BACTERIANAS INDIVIDUALIZADAS

No se visan por VIE y precisan informe de especialista hospitalario. Se administran de forma sublingual o parenteral.

VACUNAS ANTIALÉRGICAS

Deben ser prescritas por un médico especialista en Alergología o Neumología.

Grazax.

- Indicación financiada: tratamiento que modifica el curso de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos y niños (≥ 5 años) con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas.

Acarizax.

- Indicación financiada: restringido a pacientes adultos (18-65 años), diagnosticados por su historia clínica y prueba positiva de sensibilización a ácaros del polvo doméstico (prueba cutánea de prick y/o IgE específica), que presenten asma alérgica, parcialmente controlada con corticoesteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica, de leve a severa. El estado del asma del paciente debe ser cuidadosamente evaluado antes de iniciar el tratamiento.
- Forma genérica de prescripción: extracto hiposensibilizante + composición cualitativa + cuantitativa.

AUTOVACUNA BACTERIANA

Indicadas para la prevención de infecciones de repetición (ITUs, otitis, amigdalitis...)

No se autorizan aquellas en las que en su composición contienen levaduras.

PRODUCTOS DIETÉTICOS

Precisan siempre informe de Unidad de Nutrición o de facultativo autorizado. Es decir, el médico de AP no puede realizar las continuaciones de tratamiento.

Se prescriben en gramos o en ml. No en botes, ni en sobres.

En el caso de que el paciente precise diferentes sabores del mismo producto, se prescribirán todos los envases de un solo sabor y la farmacia en el momento de la dispensación podrá intercambiarlos.

NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

- Las patologías para las que se autorizan están reflejadas en el Anexo II del Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre.
- Una de las indicaciones es "caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento con QT o RT". La inmunoterapia podría considerarse una situación asimilable a ésta.
- Adultos: solo se autorizarán recetas del médico de familia durante el periodo previamente autorizado a solicitud de facultativo de Unidad de Nutrición o facultativo autorizado.
- En trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito, salvo en el caso de los espesantes, que el paciente lleve sonda es requisito indispensable para su autorización.
- Leches.

Indicación: alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca: máximo hasta los 2 años de edad.

Deben prescribirla pediatras de hospital o facultativos autorizados (con un curso de capacitación específico). No obstante, en el caso de que prescriba un facultativo no autorizado, se autorizan sus recetas durante tres meses mientras atiende un pediatra hospitalario al niño.

- Existe un Comité específico en el SMS (independiente de Inspección) que valora aquellos casos rechazados por Inspección por no cumplir criterios de financiación.

DIETOTERÁPICOS COMPLEJOS

- Las patologías que justifican los tratamientos están reflejadas en el Anexo I del Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, que se resumen en las siguientes:
 - Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono. En el caso de la intolerancia a la lactosa solo se financia en los casos de debut neonatal o secundaria a celiacía: máximo hasta el año de edad. En todos los casos debe ser derivado a Especializada.
 - Trastornos del metabolismo de los aminoácidos. Se suministran directamente por los Servicios de Farmacia Hospitalarios (Instrucción 9/2014, 23/12 de la Dirección Gerencia del SMS).
 - Trastornos del metabolismo de los lípidos. Siempre deben ser prescritos por la Unidad de Nutrición, facultativos autorizados o pediatras hospitalarios.

Haber realizado el curso de “Capacitación para el manejo de la intolerancia Alimentaria (A/IPLV) y manejo de leches especiales” no autoriza para la prescripción de productos dietoterápicos complejos en ninguno de los trastornos del metabolismo contemplado por el RD 1030/2006, 15 septiembre.

ABSORBENTES

La Orden de 16/05/2007 de la Consejería de Sanidad establece la dispensación de absorbentes para incontinencia, de forma gratuita, a niños mayores de 3 años y adultos diagnosticados con discapacidad congénita o sobrevenida que no tengan la condición de pensionista ni de beneficiario de la condición de pensionista en ninguna de las modalidades previstas por la legislación de la Seguridad Social.

Existen 3 tipos de absorbentes dependiendo de su capacidad de absorción: día, noche y súper-noche

Según su forma rectangulares, anatómicos, elásticos y braga-pañal.

La Inspección autoriza de forma general una capacidad de absorción de 3.900 ml, pero si el paciente es diabético o toma diuréticos, se pueden autorizar hasta 4.800 ml, siendo 6 el número máximo de absorbentes/día a utilizar, siempre que no se supere la capacidad de absorción máxima indicada. La Inspección no tiene en cuenta la forma del absorbente. Se puede utilizar cualquier combinación de tipos de pañales siempre que la capacidad de absorción no supere los límites superiores establecidos.

En la tabla se indica la capacidad de absorción de cada tipo de absorbente y la capacidad para cada uno de ellos que tiene en cuenta Inspección para autorizar un tratamiento.

Tabla 3

Tipo Absorbente	Capacidad de Absorción (ml)	Valoración Inspección
Día	600-900	600
Noche	900-1200	900
Súper-noche	>1200	1200

Ejemplos de pauta diaria para paciente que no es diabético y no toma diuréticos:

3 Absorbentes de súper-noche: 3.600 ml.

2 Absorbentes de súper-noche + 1 noche: 3.300 ml.

2 Absorbentes de súper-noche + 2 día: 3.600 ml.

1 Absorbente de súper-noche + 3 noche: 3.900 ml.

1 Absorbente de súper-noche+1 noche + 2 día: 3.300 ml.

6 Absorbentes día: 3.600 ml.

CIRCUITO PARA VISADO DE INSPECCIÓN DE UNA PRESCRIPCIÓN

Lista de Prescripciones

Tipo Todas Estado Activas Centro HMM URG - URGENCIAS HOSPITAL MORALES MESEGUER

Lista de Prescripciones

2 items encontrados. Mostrando todos los items. < Anterior | Siguiente >

Vis.	Estado	Conf.	Est.	F.Ini. Tratam.	F.Fin. Tratam.	C.N.	Medicamento	Posología	Tipo	Pos.N.	Pos.E.	Zona/Servicio	Prof.	Especialidad	Proceso	Enviar
<input checked="" type="radio"/>			!	23/03/23	21/03/24	718685	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS	1-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM PSQ				
<input type="radio"/>			!	21/03/23	06/03/24	P32681	RISPERIDONA 1MG 20 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	C	1 cada 24 horas		CS0126				DISTUR./ALTER. COMPORTAMIENTO NIÑO

Una vez que accedemos a RECETA ELECTRÓNICA desde OMI-AP o SELENE cliqueamos en **Añadir Electrónica**.

Cerrar Copiar Modificar **Añadir Electrónica** Añadir Tradicional













Parámetros de búsqueda

Principio activo Marca comercial Efectos y accesorios Vademecum Personal

Descripción / Código: Empieza Por Solo genéricos Tipo terapéutico

Resultado de búsqueda

6 items encontrados. Mostrando todos los items. < Anterior | Siguiente >

Selección	Vis.	Es. n.	Cód. Nac.	Nombre comercial	Prescribir	Dosis	Forma farmacéutica	Vía	Contenido	P.V.P.	D.D.D.	Info	Vad Pers.
<input checked="" type="radio"/>			718689	ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		70 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta
<input type="radio"/>			698373	ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		70 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta
<input type="radio"/>			698372	ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		50 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta
<input type="radio"/>			718687	ELVANSE ADULTOS 50MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		50 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta
<input type="radio"/>			698371	ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		30 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta
<input type="radio"/>			718685	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS [LISDEXANFETAMINA]		30 MG	CAPSULAS	ORAL	30 CAPSULAS	83	30 MG	Ver	Alta

REC

1.35.2

1. Buscamos por principio activo o marca comercial.
2. Comprobamos que el fármaco tiene un lazo rojo que indica la necesidad de visado.
3. Cliqueamos **Prescribir**.

Gestión Prescripciones Electrónicas

Producto

Nombre Comercial: **ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS**

Presentación: **30 CAPSULAS ORAL**

Código: **718689**

Unidades x Envase: **30 CAPSULAS**

Vía de administración: **ORAL**

Precaución: requiere visado.

Tipo de Receta

Indicaciones al paciente

Posología (Impreso)

	desayuno	comida	cena	al acostarse
Posología (Impreso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Unidad: **CAPSULAS** *cada Horas

Parámetros especiales

*Desde: *Hasta fecha:

Indicaciones al paciente

Posologías Especiales

Envases: cada Días

Confidencial

Confidencial

Origen

*Origen:

¡AVISO! Con la posología actual, el nº de envases de la primera dispensación será: **1**

[Volver](#) [Nomenclator](#) [Aceptar](#)

1. Seleccionamos modalidad de receta.
2. Introducimos la posología.
3. Cliqueamos **Aceptar**.

Gestión Prescripciones Electrónicas

Producto

Nombre Comercial: **ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS**

Presentación: **30 CAPSULAS ORAL**

Código: **718689**

Unidades x Envase: **30 CAPSULAS**

Vía de administración: **ORAL**

Precaución: requiere visado.

Tipo de Receta

Aguda

Crónica

Demanda

Indicaciones del paciente

Posología (Impreso)

*Unidad

Parámetros especiales

*Desde

Posologías Especiales


Envases cada

Información de visado

Este producto requiere de visado, cumplimente el informe para que pueda ser tramitado.

DIAGNOSTICO:

¡AVISO! Con la posología actual, el nº de envases al paciente



Nos aparece un recuadro para introducir el diagnóstico y otros datos de la prescripción que recibirá Inspección.
Es imprescindible introducir el diagnóstico.
A continuación, cliqueamos en **Aceptar**.

Lista de Prescripciones

Tipo: Todas Estado: Activas Centro: HMM URG - URGENCIAS HOSPITAL MORALES MESEGUER

3 items encontrados. Mostrando todos los items. < Anterior | Siguiente >

Vis.	Estado	Conf.	Est.	F.Ini. Tratam.	F.Fin. Tratam.	C.N.	Medicamento	Posología	Tipo	Pos.N.	Pos.E.	Zona/Servicio	Prof.	Especialidad	Proceso	Enviar
<input checked="" type="radio"/>			!	23/03/23	21/03/24	718685	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS	1-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM PSQ		psiquiatría		
<input type="radio"/>				24/03/23	22/03/24	718689	ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS	0-0-0-0	C	1 cada 24 horas						
<input type="radio"/>			!	21/03/23	06/03/24	P32681	RISPERIDONA 1MG 20 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	C	1 cada 24 horas		CS0126				

Cerrar Copiar Modificar Añadir Electrónica Añadir Tradicional

Por último, debemos enviar la prescripción.

Lista de Prescripciones

Tipo Todas Estado Activas Centro HMM URG - URGENCIAS HOSPITAL MORALES MESEGUER

Buscar



Lista de Prescripciones Listado de Alertas

3 items encontrados. Mostrando todos los items. < Anterior | Siguiente >

Vis.	Estado	Conf.	Est.	F.Ini. Tratam.	F.Fin. Tratam.	C.N.	Medicamento*	Posología	Tipo	Pos.N.	Pos.E.	Zona/Servicio	Prof.	Especialidad	Proceso	Enviar
<input type="radio"/>				23/03/23	21/03/24	718685	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS	1-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM PSQ	MARIA PEREZ GARCIA	psiquiatría		
<input type="radio"/>				24/03/23	22/03/24	718689	ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS	0-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM URG	JORGE LUIS GOMEZ PORTELA	medicina familiar y comunitaria		
<input checked="" type="radio"/>				21/03/23	06/03/24	P32681	RISPERIDONA 1MG 20 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	C	1 cada 24 horas		CS0126	M DEL PILAR TALON MORENO	pediatría y sus áreas específicas	DISTUR./ALTER. COMPORTAMIENTO NIÑO	

Una vez enviada aparecerá el siguiente icono:

- Indicando que la prescripción está pendiente de valoración por Inspección (azul).

Una vez valorada cambiará de color según la decisión de Inspección:

- VISADO ACEPTADO (verde)
- VISADO DENEGADO (gris)

Cerrar Copiar Modificar Añadir Electrónica Añadir Tradicional

Gestión Prescripciones Electrónicas

Producto

Nombre Comercial: OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA 3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación: 4 DOSIS INYECTABLE EN ENVASE MULTIDOSIS SUBCUTANEA
Código: 723347
Unidades x Envase: 4 DOSIS INYECTABLE EN ENVASE MULTIDOSIS
Vía de administración: SUBCUTANEA

Tipo de Receta

Aguda
Crónica
Demanda

Indicaciones del

Posología (Impresc...
*Unidad
 Parámetros esp...
*Desde

Posologías Especiales

Envases: cada

¡AVISO! Con la posología actual, el nº de

Información de visado

Este producto requiere de visado, cumplimente el informe para que pueda ser tramitado.

PIOGLITAZONA (Actos):
Tratamiento de adultos con DM tipo 2.

Marcar con una [x]:

En monoterapia: En pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con:

- Metformina
 - Sulfonylurea

En triple terapia oral en combinación con:

- Metformina y una Sulfonylurea
 - Insulina

Pendiente de decidir si es financiado o no
Precaución: requiere visado.

Cancelar Aceptar

Nomenclator Aceptar

Otros fármacos que precisan de visado tienen un modelo predefinido de informe, en el cual debemos marcar con una X lo que corresponda. En estas pantallas se puede suprimir texto y añadir aclaraciones.

Parámetros de búsqueda

Principio activo
 Marca comercial
 Efectos y accesorios
 Vademecum Personal

Descripción / Código:
 Empieza Por
 Solo genéricos
 Grupo terapéutico

Resultado de la búsqueda

<input type="radio"/>		469072	ABSORB INC ORINA DIA RECT INCOPACK NATURE 80 U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		491092	ABSORB INC ORINA DIA RECT INCOPACK 20X60 80U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		462937	ABSORB INC ORINA DIA RECT ABS INSERT 80 U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		476176	ABSORB INC ORINA DIA RECT TENA RECTANGULAR 80U+4B		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		486340	ABSORB INC ORINA DIA RECT EURON LET 80 U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		460451	ABSORB INC ORINA DIA RECT INCOPACK 80 U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta
<input type="radio"/>		460790	ABSORB INC ORINA DIA RECT LISUBEL 80 U		1 UNIDADES	OTRAS VIAS	80	25.95	4 UNIDADES	Ver Alta

Para prescribir los absorbentes hay que hacerlo desde **Efectos y accesorios**.

Gestión Prescripciones Electrónicas

Producto
Nombre Comercial: **ABSORB INC ORINA DIA RECT ABSOR 80U**
Presentación: **80 OTRAS VIAS**
Código: **483081**
Unidades x Envase: **80**

Tipo de Receta
Aguda
Crónica
Demanda

Indicaciones del paciente
Posología (Impreso)
*Unidad
 Parámetros especiales
*Desde

Posologías Especiales
Envases: cada

Precaución: requiere visado.

Información de visado
Este producto requiere de visado, cumplimente el informe para que pueda ser tramitado.
Diagnósticos asociados a incontinencia:
Es posible autorizar un número de absorbentes equivalente a un volumen máximo de absorción de 3600 ml.
El cálculo del volumen de absorción se haría utilizando los siguientes volúmenes en función del tipo de absorbente:
Absorción absorbentes Día: 600 ml
Absorción absorbentes Noche: 900 ml
Absorción absorbentes Súper- Noche: >1200ml
Si el paciente presenta algunas de las siguientes condiciones (*) la inspección podrá valorar la prescripción de hasta 4800ml:
*Diabetes: Si No
*Tratamiento con diuréticos: Si No
*Diagnóstico de incontinencia: Si No

¡AVISO! Con la posología actual, el nº de envases es al paciente

Volver

Cancelar Aceptar

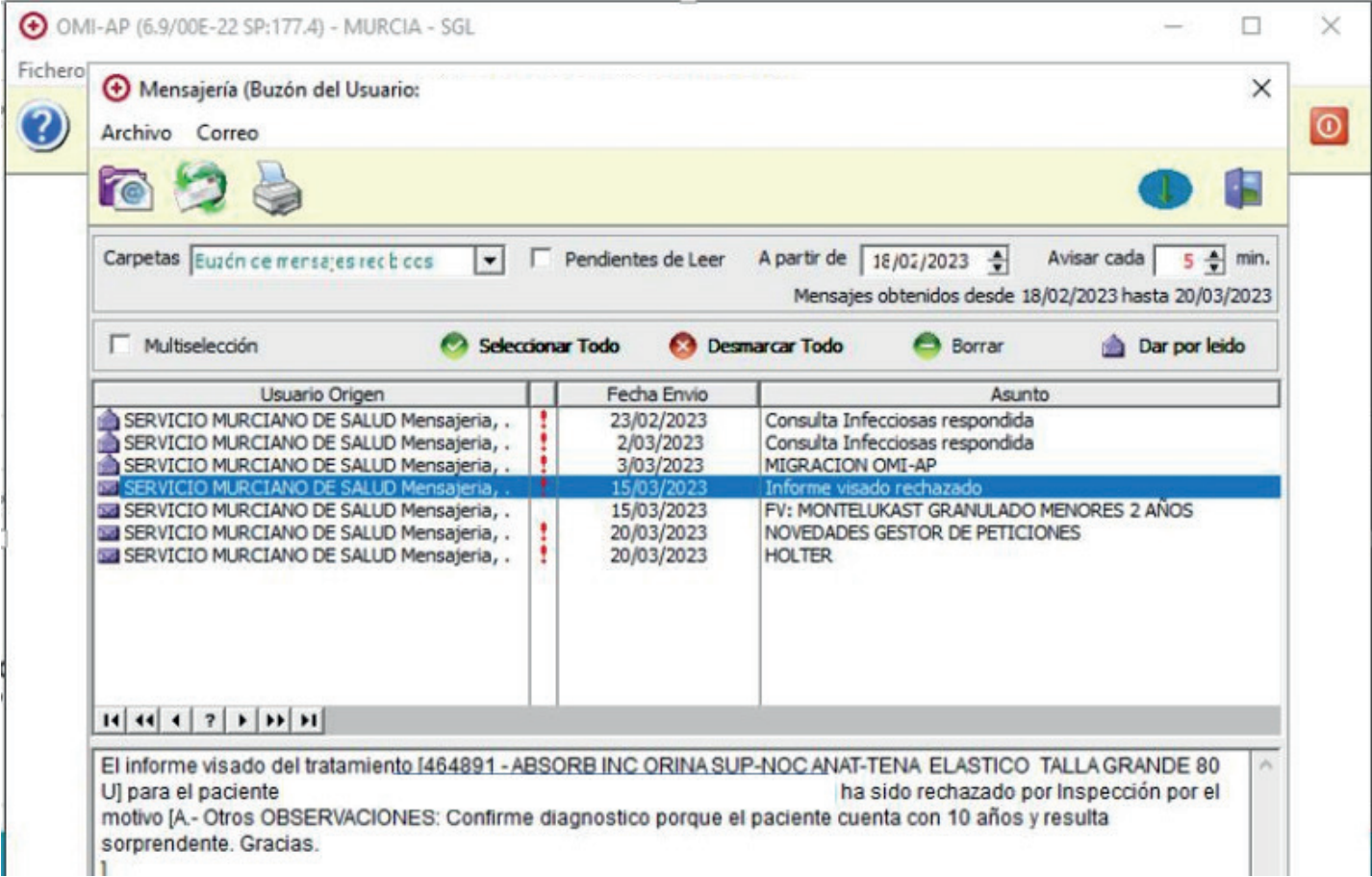
Nomenclator Aceptar

REC 1.35.2

En los pañales/absorbentes es imprescindible incluir el diagnóstico. Nunca será inmobilizado o incontinente, será la situación que lo provoca (senilidad, demencia, paraplejía, encefalopatía, etc).

CIRCUITO PARA RESOLVER UN VISADO DENEGADO

En ATENCIÓN PRIMARIA cuando se deniega una solicitud de visado, el solicitante recibe un mensaje a través de OMI-AP donde se especifica paciente y motivo. También se le fuerza una cita RIV (rechazo de visado) en su agenda.



OMI-AP (6.9/00E-22 SP:177.4) - MURCIA - SGL

Fichero Mensajería (Buzón del Usuario)

Archivo Correo

Carpetas Euzón de mensajes recibidos

Pendientes de Leer A partir de 18/02/2023 Avisar cada 5 min.

Mensajes obtenidos desde 18/02/2023 hasta 20/03/2023

Multiselección Seleccionar Todo Desmarcar Todo Borrar Dar por leído

Usuario Origen	Fecha Envío	Asunto
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	23/02/2023	Consulta Infecciosas respondida
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	2/03/2023	Consulta Infecciosas respondida
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	3/03/2023	MIGRACION OMI-AP
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	15/03/2023	Informe visado rechazado
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	15/03/2023	FV: MONTELUKAST GRANULADO MENORES 2 AÑOS
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	20/03/2023	NOVEDADES GESTOR DE PETICIONES
SERVICIO MURCIANO DE SALUD Mensajería, .	20/03/2023	HOLTER

El informe visado del tratamiento I464891 - ABSORB INC ORINA SUP-NOC ANAT-TENA ELASTICO TALLA GRANDE 80 U] para el paciente ha sido rechazado por Inspección por el motivo [A.- Otros OBSERVACIONES: Confirme diagnostico porque el paciente cuenta con 10 años y resulta sorprendente. Gracias.

En ATENCIÓN HOSPITALARIA, el solicitante recibe un mensaje a través de SELENE y a través de la secretaría de su servicio.

The screenshot displays a web application interface with a table of services and a navigation bar. A red circle highlights a message icon in the bottom right corner, with an arrow pointing to a text box labeled "Mensajes de Selene".

Servicio del Peticionario	Tif fijo	Prioridad	Descripción origen
CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO	636737428	Normal	VIA
UROLOGIA	637305267	Normal	VIA
SALUD MENTAL INFANTIL	677157766	Normal	VIA
Atención Primaria	647365531	Normal	VIA
NEUROLOGIA	968901555	Normal	VIA
NEUROLOGIA	677046176	Normal	VIA
TRASPLANTE MEDULA OSEA	609823205	Normal	VIA
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	690939494	Normal	VIA
NEUROLOGIA	625529379	Normal	VIA
CARDIOLOGIA	609228025	Normal	VIA

Mostrar 297 registros 1 - 297

Finalizada Otros

CONSULTA

Mensajes de Selene

En ambos casos debemos entrar en la receta electrónica del paciente y seleccionaremos la prescripción rechazada. A continuación, se puede **Cerrar** o **Modificar** (fechas, posología...) y clicar en **Aceptar**.

Lista de Prescripciones

Tipo: Todas Estado: Activas Centro: HMM URG - URGENCIAS HOSPITAL MORALES MESEGUER

11 items encontrados. Mostrando todos los items. < Anterior | Siguiente >

Vis.	Estado	Conf.	Est.	F.Ini. Tratam.	F.Fin. Tratam.	C.N.	Medicamento	Posología	Tipo	Pos.N.	Pos.E.	Zona/Servicio	Prof.	Especialidad	Proceso	Enviar
<input type="radio"/>				11/10/22	10/10/23	P30036	100MG 30 COMPRIMIDOS	U-U-U-U	C	1 cada 24 horas		HMM NRL				
<input type="radio"/>				23/02/23	17/05/23	P33190	AMLODIPINO 5MG 30 COMPRIMIDOS	0-0-0-0	A	1 cada 24 horas		HMM REU		reumatología		
<input type="radio"/>				23/02/23	22/11/23	903815	CEMIDON 300 B6 300/50MG 30 COMPRIMIDOS	0-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM REU		reumatología		
<input type="radio"/>				11/10/22	10/10/23	P33167	GABAPENTINA 100MG 90 CAPSULAS	0-0-0-0	C	1 cada 6 horas		HMM NRL				
<input type="radio"/>				02/03/23	29/02/24	933176	IMUREL 50MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	0-0-0-0	C	2 cada 24 horas		HMM MIR		medicina interna		
<input type="radio"/>			A	21/03/23	23/03/23	P32095	METOCLOPRAMIDA 10MG 30 COMPRIMIDOS	0-0-0-0	A	1 cada 8 horas		HMM URG		medicina familiar y comunitaria		
<input type="radio"/>				18/10/22	17/10/23	693698	MONOPROST 50MCG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS 0,2ML COLIRIO EN...	0-0-0-0	C	1 cada 12 horas		HMM OFT				
<input type="radio"/>			A	21/03/23	27/03/23	P33957	OMEPRAZOL 20MG 56 CAPSULAS	0-0-0-0	A	1 cada 24 horas		HMM URG		medicina familiar y comunitaria		
<input type="radio"/>				23/02/23	17/05/23	P33348	PREDNISONA 10MG 30 COMPRIMIDOS	0-0-0-0	A	1.5 cada 24 horas		HMM REU		reumatología		
<input type="radio"/>				10/11/22	09/11/23	P33351	PREDNISONA 5MG 60 COMPRIMIDOS	0-0-0-0	C	1 cada 24 horas		HMM MIR				
<input checked="" type="radio"/>				22/03/23	26/03/23	676229	SETOFILM 4MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG	0-0-0-0	A	1 cada 8 horas		HMM NOSERV		medicina familiar y comunitaria		

Cerrar Copiar Modificar Añadir Electrónica Añadir Tradicional

Gestión Prescripciones Electrónicas

Producto

Nombre Comercial: **QUETIAPINA 25MG 60 COMPRIMIDOS**

Presentación: **60 COMPRIMIDOS ORAL**

Código: **P33584**

Unidades x Envase: **60 COMPRIMIDOS**

Vía de administración: **ORAL**

Precaución: requiere visado.

Tipo de Receta

Indicaciones del paciente

Posología (Impreso): desayuno comida cena al acostarse

*Unidad: 1.0 **COMPRIMIDOS** *cada 8 Horas

Parámetros especiales

*Desde: 22/03/2023 *Hasta fecha: 20/03/2024

Indicaciones al paciente

Posologías Especiales

Envases: cada

Confidencial Confidencial

Origen *Origen: EN EL CENTRO

Visado

Estado Informe de Visado: Inf. Visado rechazado

007.- Indique diagnóstico, es preceptivo para validar informe.

Estado Visado para Dispensación: No Dispensable

Rechazado (19)

A continuación, volverá aparecer la pantalla para cumplimentar un nuevo informe para Inspección. Una vez cumplimentado cliquaremos en Aceptar y seguiremos el procedimiento habitual.

Las capturas de pantalla de OMI-AP y Selene han sido facilitadas por D. Juan de Dios González Caballero y D. Jorge Gómez Portela.

