



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Farmacoepidemiología
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

TEL: 2539-0000 EXT. 8600/8601/8604
Fax 2539-1088/ SAN JOSE, COSTA RICA

CCF-1880-07-2010
26 de julio de 2010

PARA: MÉDICOS, FARMACÉUTICOS, Y PERSONAL DE ENFERMERÍA.
DIRECTORES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA CCSS
COMITÉS LOCALES DE FARMACOTERAPIA

ASUNTO: MANEJO INSTITUCIONAL DE LA TUBERCULOSIS- DOTS

DE: COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA.

Dra. Zahira Tinoco Mora
COORDINADORA A.I.

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA



El Comité Central de Farmacoterapia, en su Sesión 2010-27 del 14 de julio de 2010, ratificó los lineamientos emitidos en la sesión 2007-03 del 17 de enero 2007 sobre pautas de abordaje del tratamiento de la Tuberculosis en el contexto de la atención prioritaria de esta enfermedad en el país, con el Programa Nacional e institucional y acordó continuar implementando la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS), considerada como la estrategia que tanto a nivel mundial como nacional ha demostrado ser eficaz en el control de esta enfermedad.

De acuerdo con los datos proporcionados por el PTB, la supervisión estricta del tratamiento nos ha permitido alcanzar porcentajes de curación mayores al 85%, indicador propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (para el año 2008 el porcentaje de curación correspondió al 89%). Lo que permite reducir la aparición de resistencias a los medicamentos antifímicos y avanzar hacia el control de la enfermedad.

Por lo anterior se brindan a continuación una serie de lineamientos que son de prioridad institucional y de acatamiento en todos los niveles de atención con el aval que confiere la Gerencia de División Médica.

- a d- *Se utilizarán esquemas de tratamiento acortados estrictamente supervisados para todos los casos con diagnóstico de Tuberculosis.*
- b e- *No se entregarán los medicamentos a los pacientes (sin excepción), sino que serán entregados al personal de salud o al líder comunitario adecuadamente capacitado, que realizará la supervisión del tratamiento.*
- C f- Cuando por alguna razón el especialista en Neumología, Infectología o Medicina Interna considera necesario: alargar el tiempo de tratamiento en la fase de continuación, administrar los medicamentos antifímicos diariamente en esta fase, o agregar un medicamento no incluido en los esquemas estándar, deberá de enviar por escrito a la farmacia del establecimiento de salud, así como al funcionario responsable del PTB la justificación correspondiente. (TB Extrapulmonar, pacientes coinfectados TB/VIH)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Farmacoepidemiología
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

TEL: 2539-0000 EXT. 8600/8601/8604
Fax 2539-1088/ SAN JOSE, COSTA RICA

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ACORTADOS PARA TUBERCULOSIS

Tipo de Esquema	Indicación	Medicamentos y Dosis	Duración
Acortado	Casos nuevos	Fase inicial	2 meses Lunes a Sábado
		Rifampicina R 600 mg Isoniacida I 300 mg Pirazinamida Z 1500 mg Etambutol E 1200 mg	
		Fase de Continuación	4 meses Lunes-Miércoles-Viernes
		Rifampicina R 600 mg Isoniacida I 600 mg	

Diagnóstico por baciloscopia:

- Brindar citas de control mensuales
- Realizar baciloscopías de control de tratamiento al 2, 5 y una semana antes de finalizar el 6 mes de tratamiento

(para los casos en los que la fase de continuación haya sido modificada, la última baciloscopia de control de tratamiento, debe ser realizada una semana antes de finalizar el mismo)

Si al finalizar la fase inicial el esputo persiste positivo se debe:

- Solicitar cultivo y PSA (si el cultivo es positivo mayor a 30 colonias).
- Continuar 1 mes más el tratamiento de la fase inicial y pasar luego a la fase de continuación.
- Si el resultado del cultivo es positivo y se identifica resistencia a los medicamentos (mono, poli o multiresistencia) se debe derivar el paciente al Neumólogo, quien decidirá la conducta a seguir.

Diagnóstico por otros métodos:

- Brindar citas de control mensuales para observar evolución de la enfermedad (desaparición de signos, síntomas, incremento de peso)
- No realizar baciloscopías de control de tratamiento.

Dosis máxima de E y Z: 2000 mgrs

Si el paciente pesa menos de 50 Kg: calcular la dosis por Kg de peso como se indica en las Normas de PTB.

Pediátrico	Casos Nuevos	Fase inicial		2 meses Lunes a sábado
		Rifampicina R 10 - 20 mg/Kg Isoniacida I 10 - 15 mg/Kg Pirazinamida Z 20 - 40 mg/Kg		
		Fase de continuación		4 meses Lunes-Miércoles-Viernes
		Rifampicina R 8 -12 mg/Kg Isoniacida I 8 -12 mg/Kg		

En algunos casos excepcionales el pediatra puede utilizar: Etambutol (25-35 mg/Kg) o Estreptomina (12-18 mg/Kg)

Dosis máxima de Rifampicina: 600 mg, Isoniacida: 300 mg, Pirazinamida: 2000 mg, Etambutol :2500 mg, Estreptomina : 1000 mg



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Farmacoepidemiología

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

TEL: 2539-0000 EXT. 8600/8601/8604

Fax 2539-1088/ SAN JOSE, COSTA RICA

Retratamiento	Casos antes tratados Recaldas Abandonos	Fase Inicial		2 meses Lunes a sábado Lunes a viernes 1 mes Lunes a Sábado
		Rifampicina	R 600 mg	
		Isoniacida	I 300 mg	
		Pirazinamida	Z 1500 mg	
		Etambutol	E 1200 mg	
		Estreptomina	S 1 gramo	
		Rifampicina	R 600 mg	
		Isoniacida	I 300 mg	
		Pirazinamida	Z 1500 mg	
		Etambutol	E 1200 mg	
		Fase de Continuación		5 meses Lunes-Miércoles-Viernes
		Rifampicina	R 600 mg	
		Isoniacida	I 600 mg	
		Etambutol	E 1200 mg	

- Tomar muestra para frotis y cultivo y PSA (si el cultivo es positivo mayor a 30 colonias) antes de iniciar el esquema de retratamiento.

Diagnóstico por baciloscopía:

- Brindar citas de control mensuales
- Realizar baciloscopías de control de tratamiento al 3, 5 y una semana antes de finalizar el 8 mes de tratamiento (para los casos en los que la fase de continuación haya sido modificada, la última baciloscopía de control de tratamiento, debe ser realizada una semana antes de finalizar el mismo)

Si al finalizar la fase inicial el esputo persiste positivo se debe:

- Solicitar cultivo y PSA (si el cultivo es positivo mayor a 30 colonias).
- Continuar 1 mes más el tratamiento de la fase inicial y pasar luego a la fase de continuación.
- Si el resultado del cultivo es positivo y se identifica resistencia a los medicamentos (mono, poli o multiresistencia) se debe derivar el paciente al Neumólogo, quien decidirá la conducta a seguir.

Diagnóstico por otros métodos:

- Brindar citas de control mensuales para observar evolución de la enfermedad (desaparición de signos, síntomas, incremento de peso)
- No realizar baciloscopías de control de tratamiento.

Dosis máxima de E y Z: 2000 mg

Si el paciente pesa menos de 50 Kg: calcular la dosis por Kg de peso como se indica en las Normas de PTB.

Quimioprofilaxis:

Medicamento a utilizar Isoniacida. Esta debe administrarse a todos los contactos estudiados por TB en los que se halla descartado enfermedad activa.

Adultos: Isoniacida 300 mg/d, lunes a domingo, autoadministrada, despachada semanalmente (Duración 9 meses, tiempo mínimo 3 meses)

Niños: Isoniacida 10-20 mg/Kg, lunes a domingo, supervisada por el adulto responsable, despachada semanalmente (duración 6 meses, tiempo mínimo 3 meses)

d) Siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales, en donde apuntan ventajas en el tratamiento los medicamentos en combinación a dosis fijas (CDF), en presentación de Kits, el Comité Central de Farmacoterapia incluyó en la Lista Oficial dos presentaciones:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Farmacoepidemiología
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

TEL: 2539-0000 EXT. 8600/8601/8604
Fax 2539-1088/ SAN JOSE, COSTA RICA

Esquema de tratamiento acordado	Código	Clave Usuario	
Tratamiento para pacientes portadores de tuberculosis combinación de medicamentos a dosis fijas (CDF) Kit A para cada paciente en categoría I y III c. Fase intensiva: 4CDF (R150/H75/Z400/E275): rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg, etambutol clorhidrato 275 mg. Tabletas recubiertas d. Fase continuación de tratamiento: 2CDF (R150/H75): rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg. Tabletas recubiertas	1-10-03-1561	M	1B
Esquema de retratamiento			
Tratamiento para pacientes portadores de tuberculosis, combinación de medicamentos de dosis fijas (CDF) Kit 2 A para pacientes en categoría II (retratamiento): c. Fase intensiva: 4-CDF (R150/H75/Z400/E275): rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg, etambutol clorhidrato 275 mg, tabletas recubiertas. Estreptomicina base 1g (como estreptomicina sulfato) polvo para inyección, frasco ampolla de 5 a 10 mL, com diluente adjunto, água estéril para inyección, frasco ampolla com 5 mL. d. Fase continuación de tratamiento: 3-CDF (R150/H75/E275): rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, etambutol clorhidrato 275 mg, tabletas recubiertas.	1-10-03-1562	M	1B

e) Estos medicamentos serán autorizados a las áreas de salud donde se atenderá al paciente, sea que requiera del Kit categoría I y III ó del Kit 2A., mediante el sistema de extrapedido. La responsabilidad de la autorización de éstos, así como realizar el control correspondiente se le traslada al Programa de Tuberculosis del Área de Salud Colectiva de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

f) Los medicamentos individuales antifímicos se mantienen en la LOM para iniciar tratamiento de estos pacientes en los hospitales (durante el internamiento) y para manejo de eventos adversos a algún medicamento en combinación a dosis fijas.

NEUMÓLOGOS RESPONSABLES POR HOSPITAL NACIONAL

Nombre del médico	Hospital
Dra. Bethy Rocha	México
Dr. Cristian Campos Fallas	San Juan de Dios
Dra. Georgina López	Calderón Guardia
Dr. Ted Mitchell	Max Peralta
Dr. Alexis Gutiérrez	Blanco Cervantes
Dra. Amy Hoepker	Nacional de Niños

La presente comunicación anula la Circular CCF-0137-02-07 del 08 de febrero del 2007 y CCF 178-02-07 del 16 de febrero de 2007 del 16 de febrero de 2007.