



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

**GM-CCF-E-0664-2022**

19 de julio del 2022

**PARA:** Direcciones Médicas, Médicos Prescriptores, Comités Locales de Farmacoterapia, Jefaturas de Enfermería y Jefaturas de Farmacia, de Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales y Periféricos, Áreas de Salud I, II y III, CAIS y EBAIS.

**DE:** Dra. Olga Paola Vásquez Barquero  
Secretaria Técnica  
Comité Central de Farmacoterapia

Estimados señores(as):

Asunto: **Modificación de propuesta de formulario de verificación para uso de eritropoyetina en el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico**

Para lo procedente, la Secretaría Técnica le comunica lo siguiente:

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2022-27, celebrada el 06 de julio del 2022, conoció la propuesta de formulario de verificación para uso de eritropoyetina en el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico, en la cual se realizan algunas modificaciones en dicho formulario, por lo cual se deroga el acuerdo **GM-CCF-E-0585-2022** y comunica lo siguiente:

**Acuerdo 2:** El Comité Central de Farmacoterapia como Ente Asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en referencia a la propuesta del Formulario de verificación para uso de eritropoyetina en el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico, acuerda comunicar a los Comités locales de farmacoterapia, que se avala el Formulario de verificación para uso de eritropoyetina en el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico, el cual quedará sujeto a aprobación por los Comités Locales de Farmacoterapia, quienes deberán remitir a este Comité un informe sobre las solicitudes analizadas en un período seis meses.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

### Formulario de verificación para uso de eritropoyetina en el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico.

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg  
Hospital: \_\_\_\_\_ Médico prescriptor: \_\_\_\_\_

#### 1. Para inicio de tratamiento:

Criterios para utilización (Marque con X, debe cumplir todos):

- Síndrome mielodisplásico de bajo riesgo o riesgo intermedio 1.
- Anemia sintomática con hemoglobina <10g/dL
- Eritropoyetina sérica <200mU/mL.
- No deleción del 5q

Para clasificación de riesgo, se realizará según Sistema de puntuación pronóstica Internacional (IPSS).

Para inicio de tratamiento, la dosis de epoetina alfa es 450UI/kg (máx. 40 000) SC por semana, dosis separada por al menos 5 días.

#### 2. Para continuación de tratamiento:

Dosis solicitada: \_\_\_\_\_ UI/kg SC por semana

Dosis previa (UI/kg SC por semana)	Hemoglobina inicio (g/dL)	Hemoglobina control (g/dL)

En pacientes sin otras comorbilidades, el objetivo es mantener hemoglobina >8g/dL e independiente de transfusiones. Se debe valorar respuesta eritroide entre 8-12 semanas de iniciado el tratamiento y aumento o disminución de dosis epoetina alfa debe realizarse de forma escalonada según el siguiente cuadro:

Niveles para disminución de dosis	Dosis UI/kg SC por semana		↓ Niveles para aumento de dosis
	337.5		
	450 (dosis inicial, máx 40 000UI por semana)		
	787.5		
1050 (dosis máxima, máx 80 000UI por semana)			

En caso de no respuesta o disminución de hemoglobina  $\geq 1\text{g/dL}$  al reducir dosis, aumentar dosis un nivel. Entre cada aumento de dosis debe transcurrir al menos 4 semanas. En caso de hemoglobina  $>12\text{g/dL}$ , se debe suspender el uso de epoetina alfa y reiniciar en caso de disminución de hemoglobina  $<11\text{g/dL}$ ; puede iniciarse en el mismo nivel o un nivel menos, según criterio médico.

**El uso excepcional para otras condiciones no descritas en este protocolo para el tratamiento de anemia por síndrome mielodisplásico requiere aprobación individualizada por parte del Comité Central de Farmacoterapia (CCF);** el médico prescriptor debe exponer su solicitud justificada mediante el formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM, la gestión debe acoger la normativa y procedimientos institucionales vigentes. Se mantienen las otras indicaciones autorizadas en la LOM e indicaciones previamente avaladas por el Comité Central Farmacoterapia

Presentaciones LOM disponibles:

Epoetina alfa o beta (de origen ADN recombinante) 2000 UI código 1-10-13-3755

Epoetina alfa o beta (de origen ADN recombinante) 4000 UI código 1-10-13-3757