



12 de diciembre de 2019

Sesión 2019-46  
CCF 6313-12-19

**PARA:** Directores Médicos, Jefes de Servicio de Psiquiatría, Jefes de Servicio de Farmacia y Comités Locales de Farmacoterapia de los Hospitales Nacionales y Regionales.

**ASUNTO:** Protocolo institucional para el manejo de trastorno obsesivo compulsivo en niños, niñas y adolescentes con sertralina como segunda línea en la CCSS

**DE:** COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

---

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

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2019-46, celebrada el 04 de diciembre del 2019, se conoció oficio DFE-AMTC-3239-11-2019 del 15 de noviembre del 2019 y recibido en el Comité Central de Farmacoterapia el 29 de noviembre del 2019, y se comunica lo siguiente:

**Acuerdo:** El Comité Central de Farmacoterapia como Ente Asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en referencia al Protocolo institucional para el manejo de trastorno obsesivo compulsivo en niños, niñas y adolescentes con sertralina como segunda línea en la CCSS, según oficio DFE-AMTC-3239-11-2019, acuerda comunicar a los Directores Médicos, Jefes de Servicio de Psiquiatría, Jefes de Servicio de Farmacia, Comités Locales de Farmacoterapia de los Hospitales Nacionales y Regionales con copia al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica y al Componente Logístico, lo siguiente:

1. Se avala el Protocolo institucional para el manejo de trastorno obsesivo compulsivo en niños, niñas y adolescentes con sertralina como segunda línea en la CCSS.
2. La descripción de la Sertralina 50mg, código 1-11-29-0004, es la siguiente: para la prescripción exclusiva por Psiquiatría Infantil, usuario 3-A clave RE.
3. La sertralina 50mg será un medicamento no LOM de compra central, mientras tanto las unidades deben de seguir adquiriendo el medicamento para los pacientes tributarios, mientras se dispone a nivel central.
4. Se adjunta el Protocolo institucional para el manejo de trastorno obsesivo compulsivo en niños, niñas y adolescentes con sertralina como segunda línea en la CCSS y el formulario para uso institucional, los cuales son los siguientes:



## PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SERTRALINA COMO SEGUNDA LÍNEA EN LA CCSS

Este lineamiento protocoliza el manejo farmacológico alternativo a la fluoxetina LOM para el manejo del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños, niñas y adolescentes atendidos en el Tercer Nivel de Atención, bajo control especializado en **Psiquiatría Infantil** con sertralina 50 mg (medicamento no LOM):

### 1. DIAGNÓSTICO: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).

Criterios consensuados para el uso de SERTRALINA 50 mg (no LOM):

Pacientes atendidos en el III nivel de atención por especialista en Psiquiatría **Infantil**, como *paso siguiente* (2° línea) a la fluoxetina LOM:

- Paciente con TOC que exhibe contraindicación para el uso de fluoxetina LOM.
- Paciente que *no* demuestra mejoría con el uso de fluoxetina a dosis terapéutica.
  - Uso de dosis creciente 20 a 40 mg/d VO y, si tolera, hasta la dosis máxima recomendada.
  - Uso continuo de fluoxetina por un mínimo de 6 semanas, sin respuesta objetiva al fármaco (según resultado de *Inventario de Obsesiones de Leyton* de niños y adolescentes, versión corta) con aseguramiento de la adherencia.
- Reporte del puntaje obtenido con el *Inventario de Obsesiones de Leyton de niños y adolescentes, versión corta*, a dos tiempos:
  1. previo al inicio de la fluoxetina, y
  2. tras un mínimo de 6 semanas de uso continuo del fármaco.
- Con reporte de sospecha de reacción adversa/falla terapéutica al medicamento LOM.

### 2. PROCEDIMIENTO:

Ante potenciales candidatos a recibir Sertralina no LOM, se debe solicitar a los padres (o encargados) de la persona menor de edad que se demuestre la adherencia al tratamiento mediante un registro del retiro de la medicación en la Farmacia correspondiente (se debe adjuntar al formulario de solicitud).

Cada caso debe contar con un aval colegiado en la Sesión Clínica del Servicio de Psiquiatría del hospital terciario.

El médico debe presentar la solicitud para tratamiento anual al Comité Local de Farmacoterapia mediante el FORMULARIO DE SOLICITUD PARA TRATAMIENTO CRÓNICO CON MEDICAMENTO NO LOM EN LA CCSS y adjuntar el FORMULARIO PARA USO INSTITUCIONAL DE SERTRALINA PARA MANEJO DEL TOC EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

En caso de sospecha de reacción adversa/falla terapéutica a la fluoxetina, toda solicitud debe adjuntar copia del reporte al Centro Nacional de Farmacovigilancia.

Para solicitar las continuaciones del tratamiento a intervalo anual, el médico especialista en Psiquiatría debe emitir un informe por caso con un reporte del beneficio obtenido (resultado



de la Escala *Inventario de Obsesiones de Leyton de niños y adolescentes, versión corta* y otros indicadores clínicos pertinentes), dirigido al Comité Local de Farmacoterapia.

Ante un caso excepcional con **otro** diagnóstico o condición, se debe gestionar la solicitud ante el CCF mediante el FORMULARIO DE SOLICITUD PARA TRATAMIENTO CRÓNICO CON MEDICAMENTO NO LOM EN LA CCSS y adjuntar la evidencia científica pertinente para justificar la solicitud.

### 3. ESPECIFICACIONES

Sertralina 50 mg tabletas código 1-11-29-0004.

Para prescripción exclusiva por Psiquiatría Infantil, usuario 3-A clave RE.

Dosis VO inicial: 6-12 años con 25 mg/d y 13-17 años con 50 mg/d, ajustar a intervalo semanal hasta un máximo de 200 mg/d.

El CCF delega al **Comité Local de Farmacoterapia** del hospital nacional (III nivel) para el análisis y resolución inicial de las solicitudes de tratamiento según el lineamiento establecido; así como para las continuaciones según normativa vigente.

Las consultas serán atendidas por funcionarios del Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica, al correo [gm\\_df\\_amt@ccss.sa.cr](mailto:gm_df_amt@ccss.sa.cr).

## FORMULARIO PARA USO INSTITUCIONAL DE SERTRALINA COMO SEGUNDA LÍNEA PARA TOC EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Fecha .../.../.....

Unidad.....

Nombre.....

Identificación.....

Fecha de la evaluación: .../...../.....

Diagnóstico (marcar según corresponda):

TOC **resistente** al tratamiento con fluoxetina LOM.  TOC que **no tolera** el tratamiento con fluoxetina LOM.

Uso continuo de fluoxetina por al menos 6 semanas con adherencia/consulta farmacéutica.

Dosis utilizada..... mg/d VO (máximo 60 mg/d).

Reporte de sospecha de reacción adversa/falla terapéutica.

Escala *Inventario de Obsesiones de Leyton de niños y adolescentes, versión corta*:



---

Previo al inicio de la fluoxetina..... puntos

Tras 6 semanas de uso continuo ..... puntos

---

TOC con **contraindicación** para el uso de fluoxetina LOM.

*Especificar:*

---

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Sello

Este formulario con la información pertinente se debe adjuntar al formulario para la SOLICITUD DE MEDICAMENTO NO LOM PARA TRATAMIENTO CRÓNICO EN LA CCSS y remitir al Comité Local de Farmacoterapia.




---

Le saluda atentamente,

**COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**

Dr. Ricardo Pérez Gómez  
Secretario Técnico

RPG/abq

-  Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
-  Componente Logístico
-  Archivo