



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

GM-CCF-4807-2022

22 de diciembre del 2022

PARA: Directores Médicos, Jefes de Departamento, Jefes de Servicios Clínicos, Jefes de Servicio de Farmacia y Comités Locales de Farmacoterapia de los Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales, Periféricos.

DE: Comité Central de Farmacoterapia

Dra. Olga Paola Vásquez Barquero
Secretaría Técnica

Asunto: Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia Artículo 82: Lineamiento para uso de atezolizumab para tratamiento de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) metastásico PDL 1 \geq50% en primera línea
--

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

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2022-50, celebrada el 14 de diciembre 2022, acuerda comunicar 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 análisis comparativo de Atezolizumab y pembrolizumab como monoterapias de primera línea para cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (CPCNPm) PDL1 \geq 50%, acuerda avalar el uso de atezolizumab para el tratamiento cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) metastásico PDL 1 \geq 50% en primera línea y comunicar a los Comités Locales de Farmacoterapia la siguiente lista de chequeo:



Lista de chequeo para uso de atezolizumab para tratamiento de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) metastásico PDL 1 ≥50% en primera línea

Nombre	Expediente	Edad
Peso	Talla	

1. Fecha diagnóstico cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) _____
2. Fecha de Biopsia: _____
3. Porcentaje de PDL-1: _____
4. Mutación presente: _____
5. Clasificación funcional: ECOG: _____
6. Enfermedad metastásica: No ___ Si ___, especifique
 - a. Detalle información de enfermedad. metastásica _____
 - b. Metástasis SNC activas o no tratadas: No ___ Si ____
 - c. Tratamiento de enfermedad metastásica _____
7. Laboratorio (anotar últimos resultados, especificar fecha y adjuntar resultados)

	Resultado	fecha		Resultado	fecha
Hb			Nu		
Leucos			Creat		
plaquetas			AST		
ALT			GGT		

8. Mujeres embarazadas o lactantes: Si ___ No ___
9. Antecedentes de enfermedad autoinmune: No ___ Si: ___, especifique: _____
 - a. Se encuentra compensada: Si ___ No ___
10. Antecedentes de fibrosis pulmonar idiopática Si ___ No ___
11. Neumonía organizada Si ___ No ___
12. Neumonitis inducida por fármacos, neumonitis idiopática o evidencia de neumonitis activa en la tomografía computarizada de tórax de detección (con excepción de los pacientes con antecedentes de neumonitis por radiación en el campo de radiación Si ___ No ___
13. Resultado serología VIH _____ Fecha: _____
14. Anti HBs _____ (Fecha _____)
15. AgHBs _____ (Fecha _____)
16. Anti HBC: _____ (Fecha _____)
17. Tratamiento previo con medicamentos dirigidos a PDL-1_ No ___ Si ___
 - a. Especifique: medicamento y fechas:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

18. Antecedentes de enfermedad cardiovascular: No ____ Si ____, especifique:

Se recuerda que no se puede dar atezolizumab en caso de infección grave dentro de las cuatro semanas previas al inicio del tratamiento.

() Confirmando que se ha comprobado la ausencia de contraindicaciones para el uso de atezolizumab, se han realizado todos los estudios complementarios de gabinete y laboratorio.


Nombre y código de médico prescriptor: _____.

Firma: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

OPVB//msm

Cc:

 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

 Archivo