



07 de mayo del 2020

Sesión 2020-18
GM- CCF-2188 -2020

PARA: Directores Médicos, Jefes de Servicio de Reumatología, Jefes de Servicios de Farmacia y Comités Locales de Farmacoterapia de los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos

DE: Comité Central de Farmacoterapia.

Asunto: Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia
Artículo 48: Solicitud de modificación a los listados de verificación de los Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el manejo de la Artritis Reumatoidea y Espondilitis Anquilosante

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

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2020-18, celebrada el 29 de abril del 2020, el Comité conoció la propuesta de modificación de los listados de verificación de los Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el manejo de la Artritis Reumatoidea y Espondilitis Anquilosante, la cual fue trabajada por dos miembros reumatólogos de este Comité, 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 a la Solicitud de modificación a los listados de verificación de los Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el manejo de la Artritis Reumatoidea y Espondilitis Anquilosante, acuerda comunicar a los Directores Médicos, Jefes de Servicio de Reumatología, Jefes de Servicios de Farmacia y Comités Locales de Farmacoterapia de los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos, lo siguiente: Se avala la modificación de los listados de verificación de los Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el manejo de la Artritis Reumatoidea y Espondilitis Anquilosante.

Le saluda atentamente,

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

Dr. Ricardo Pérez Gómez
Secretario Técnico

RPG/msm

 Archivo



Lista de verificación
Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el manejo de la Artritis Reumatoide

Hospital: _____

Fecha: __ / __ / __

Nombre del paciente: _____

No. de identificación: _____

Medicamentos modificadores de la Enfermedad utilizados para el tratamiento de la Artritis Reumatoide

Medicamento	Fecha de inicio	Fecha finalización	Dosis máxima utilizada	Tiempo de tratamiento con la dosis máxima	Razón para suspender el tratamiento	Observaciones
Metotrexate oral						
Metotrexate parenteral						
Sulfasalazina						
Hidroxicloroquina						
Leflunomida						

Combinaciones de medicamentos modificadores de la enfermedad utilizados

Combinación	Fecha de inicio	Fecha finalización	Observaciones
MTX + HQ			
MTX + LEF			
MTX + SZA + HQ			
Otras combinaciones (indicar)			

Otros medicamentos utilizados

Medicamento	Dosis	Tiempo de tratamiento	Observaciones



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

TEL: 2539-0000 EXT. 8600/8601/8604
Correo electrónico: ccfarmaco@ccss.sa.cr

Parámetros Clinimétricos y de laboratorio

Parámetro	Fecha última determinación	Valor	Observaciones
DAS 28			
VES			
PCR			

Lista de verificación
Lineamientos Institucionales para la utilización de terapias biológicas para el
manejo de la Espondilitis Anquilosante

Hospital _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

No. de identificación: _____



Medicamentos utilizados para el tratamiento de la Espondilitis Anquilosante

Medicamento	Fecha de inicio	Fecha finalización	Dosis máxima utilizada	Tiempo de tratamiento con la dosis máxima	Razón para suspender el tratamiento	Observaciones

Parámetros Clinimétricos y de laboratorio

Parámetro	Fecha última determinación	Valor	Observaciones
BASDAI			
ASDAS			
PCR			
VES			