



LISTA DE CHEQUEO PARA USO DE OSIMERTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMON DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS AVANZADO CON EXPRESIÓN EGFR

DFE-AMTC-0258-2024

09 de julio de 2024

- PARA:** Directores médicos, médicos prescriptores, jefaturas de farmacia, Comités Locales de Farmacoterapia en Hospitales Nacionales y Especializados, Jefaturas de Oncología Médica.
- ASUNTO:** Lista de chequeo para uso de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón metastásico con expresión EGFR
-

Lista de chequeo para uso de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado con expresión EGFR

El Comité Central de Farmacoterapia como ente asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en sesión 2023-38 del 13 de setiembre 2023, acordó avalar la lista de chequeo para uso de Osimertinib en la CCSS:

Pacientes candidatos al uso de osimertinib:

1. Pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado con expresión EGFR (Ex 19 del, L858R) que no han recibido tratamiento previo. Se permite tratamiento previo adyuvante o neoadyuvante.
2. ECOG 0-1.

Pacientes no candidatos al uso de osimertinib:

1. Pacientes pretratados con cualquier terapia sistémica para cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado metastásico.
2. Tratamiento previo dirigido a EGFR con inhibidores de tirosina kinasa.
3. Presencia de otra malignidad concurrente en los 2 años previos.
4. Mujeres embarazadas o en período de lactancia.
5. Cirugía mayor o radiación a más del 30% de médula ósea en las últimas 4 semanas previo al inicio de la terapia.
6. Presencia de neuropatía grado 2 o superior.
7. Metástasis cerebrales sintomáticas o inestables, compresión medular o aquellas lesiones de sistema nervioso central que requieran del uso de esteroides durante las 4 semanas previas al inicio de la terapia.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Dirección de Farmacoepidemiología
Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

8. Pacientes con enfermedades sistémicas descontroladas o severas, incluyen hipertensión arterial, diátesis hemorrágica activa
9. Pacientes recibiendo medicamentos o suplementos naturales conocidos como inductores potentes del CYP 3A4
10. Enfermedad pulmonar intersticial previa o activa.
11. Enfermedades sistémicas crónicas severas o no controladas (hipertensión no controlada, diátesis hemorrágica)
12. Infección activa, Hepatitis B o C activas, o VIH sin terapia antirretroviral o con terapia ARV pero replicación viral persistente.
13. Vómito refractario a tratamientos LOM, vía oral no disponible, resección significativa de tracto gastrointestinal.
14. Intervalo QT corregido superior a 470 ms, cualquier trastorno del ritmo cardiaco importante clínicamente. Cualquier factor que aumente el riesgo de prolongación del QT.

Sin más por el momento se despide,

AREA DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA CLINICA

Dr. Carlos Roberto Icaza Gurdían
Médico jefe



Formulario para uso de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado con expresión EGFR

Nombre de paciente: _____ Identificación: _____

Estado funcional (ECOG o Karnosky): _____. Peso: _____.

Diagnóstico: _____

Estadio clínico: _____. Mutación presentada _____

Presencia de metástasis a sistema nervioso central (___) si (___) no

Especifique sitio de metástasis, tratamiento y sintomatología:

Tratamientos recibidos para enfermedad oncológica:

Medicamento	Dosis	Inicio de tratamiento	Fin de tratamiento	Respuesta

Comorbilidades (Anotar diagnóstico, tratamiento recibido, anotar presencia de vómitos refractarios, patología que comprometa la vía oral o resección significativa de tracto gastrointestinal):

Tratamientos quirúrgicos o radiación previamente: si (___) no (___)

Especifique (anotar fecha y procedimiento realizado):



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Dirección de Farmacoepidemiología
Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Presenta neuropatía: si (___) no (___)

Hepatitis B activa: si (___) no (___)

Hepatitis C activa: si (___) no (___)

VIH activo: si (___) no (___)

Anotar valor de QT corregido o presencia de alteraciones del ritmo cardiaco:

En mujeres premenopáusicas anotar sub-beta HCG: Positiva (___) Negativa (___)

fecha: _____

Nombre y código de médico prescriptor: _____

Firma: _____
