



CARTA NORMATIVA 07-1127

27 de noviembre de 2007

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,
COMPAÑIAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,
GRUPOS MEDICOS DE CONTRATACION DIRECTA,
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

A continuación se detallan cambios a la **Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de Salud Física** y al **PDL de Nefrología** para los beneficiarios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El siguiente medicamento **se incluye** como se describe a continuación, efectivo el **1 de diciembre de 2007**, en los **PDLs de Salud Física y Nefrología**:

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Pravastatin tab.	Pravachol	

El siguiente medicamento quedará cubierto como se describe a continuación, efectivo el **1 de diciembre de 2007**, en los **PDLs de Salud Física y Nefrología**:

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Rosuvastatin tab.	Crestor	ST, P

El siguiente medicamento se excluye de los PDLs de Salud Física y Nefrología efectivo el 1 de diciembre de 2007:

Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Atorvastatin tab.	Lipitor	P

Se concede un periodo de seis (6) meses, que caduca el 31 de mayo de 2008, para el cambio de estos medicamentos. Esto permite que los asegurados obtengan sus repeticiones (“refills”) hasta que puedan asistir a su cita con el médico primario. Para su beneficio, se incluye la siguiente información clínica para su referencia.

Tabla 1. Nueva configuración de la sección 2.4 del PDL de Salud Física, “Agentes Reductores del Colesterol y Lípidos”

2.4 AGENTES REDUCTORES DEL COLESTEROL Y LÍPIDOS

\$	Simvastatin tab.	Zocor	
\$	Gemfibrozil tab.	Lopid tab. Lopid cap.	NF
\$	Lovastatin tab.	Mevacor Altacor	NF
\$	Pravastatin	Pravachol	
\$	Rosuvastatin tab.	Crestor	ST, P
\$	Cholestyramine powder packs	Questran	
\$	Niacin CR tab.	Niaspan	P

ye

Tabla 2. *Metabolismo hepático primario y algunas interacciones para algunos inhibidores de la reductasa HMG-CoA*

	atorvastatin (Lipitor)	lovastatin (Mevacor)	pravastatin (Pravachol)	rosuvastatin (Crestor)	simvastatin (Zocor)
<i>Metabolismo hepático primario</i>					
CYP3A4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
No metabolizado por el CYP3A4			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<i>Algunas interacciones de droga</i>					
clarithromycin		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
cyclosporine	<input checked="" type="checkbox"/>				
erythromycin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
jugo de toronja (> 1 cuartillo diario)		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
inhibidores de proteasa para VIH		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
itraconazole	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
ketoconazole	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
nefazodone		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
telithromycin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>

Referencia: *Package Insert* (PI) de información para cada agente según su casa manufacturera.

Tabla 3. *Porcentaje de disminución del colesterol LDL para algunos inhibidores de la reductasa HMG-CoA*

Droga	Dosis diaria aprobada por la FDA	% disminución en LDL
atorvastatin (Lipitor)	Inicial: 10 mg Máxima: 80 mg	35-40 50-60
lovastatin (Mevacor)	Inicial: 20 mg Máxima: 80 mg	25-30 35-40
pravastatin (Pravachol)	Inicial: 40 mg Máxima: 80 mg	30-35 35-40
rosuvastatin (Crestor)	Inicial: 10 mg Máxima: 40 mg	45-50 50-60
simvastatin (Zocor)	Inicial: 20 mg Máxima: 80 mg	35-40 45-50

Referencia: Treatment Guidelines from The Medical Letter®. *The Medical Letter, Inc.* 2005;3(31)15-22. Accedido en: <http://medicalletter.org>

Recuerden que, como regla general, la cubierta de beneficio de farmacia es genérico bioequivalente mandatorio como primera opción. Requiere el uso de genéricos clasificados "AB" por la Administración de Alimentos y Drogas, FDA, por sus siglas en inglés. El nombre de marca se menciona sólo para referencia.

De tiempo en tiempo los medicamentos en estos PDLs, o las instrucciones de despacho, podrán cambiar y ustedes serán debidamente informados.

Cordialmente,

Lcda. Minerva Rivera
Directora Ejecutiva