



**CARTA NORMATIVA 12-0403**

3 de abril de 2012

**A LAS ASEGURADORAS/ TPA,  
COMPAÑIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,  
ADMINISTRADORES DEL  
BENEFICIO DE FARMACIA, GRUPOS MEDICOS PRIMARIOS  
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DE MI SALUD**

ASES les informa cambios la **Lista de Medicamentos Preferidos** (PDL por sus siglas en inglés) **de Salud Física y en el PDL de Emergencia** de Mi Salud. En estas está disponible el medicamento Colcrys (Colchicine) 0.6mg. Esta es la única Colchicina aprobada por la FDA. Colcrys es un alcaloide indicado para profilaxis y tratamiento de episodios de gota en adultos, además de estar indicado para Fiebre Mediterránea Familiar en adultos y niños mayores de 4 años. Para garantizar el despacho de las recetas, el médico deberá escribir el nombre Colcrys en la receta.

La **sección 8.2 (Gota) del PDL de Salud Física** queda configurada como se describe a continuación:

<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
<b>Allopurinol tab.</b>	Zyloprim®	
<b>Probenecid tab.</b>	Benemid®	
Colchicine tab.	Colcrys®	

La **sección 8.2 (Gota) del PDL de Emergencia** queda configurada como se describe a continuación:

<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
Colchicine tab.	Colcrys®	

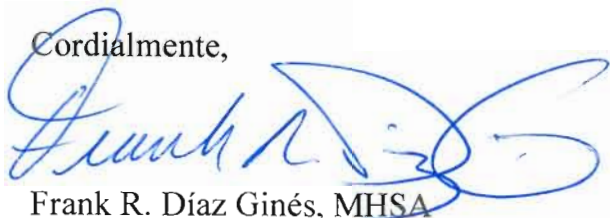
En la sección **8.5 (Agentes Reumatológicos Misceláneos) del PDL de Salud Física** se añade el Sulfasalazine (ya disponibles en la sección 6.4.1 Agentes Gastrointestinales del PDL de Salud Física) por lo que queda configurada como se describe a continuación:

<b>Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)</b>	<b>Nombre de Marca</b>	<b>Guías de Referencia</b>
<b>Methotrexate* tab.</b>	Rheumatrex®	
Penicillamine cap.	Cuprimine®	
<b>Sulfasalazine tab.</b>	Azulfidine®	
<b>Sulfasalazine EC tab.</b>	Azulfidine EN®	
<b>Azathioprine tab.</b>	Imuran®	
Aurothioglucose inj.	Solganal®	<b>PA</b>
Auranofin cap.	Ridaura®	<b>PA</b>

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 su referencia.

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

Cordialmente,



Frank R. Díaz Ginés, MHSA  
Director Ejecutivo