

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos

Comité Central de Farmacoterapia



Año 27 Número 77

Junio 2025



Actualización

Lista Oficial de Medicamentos – CCSS –

CONFORMACIÓN CCF

Dr. Ricardo Pérez Gómez	– <i>Coordinador</i>
Dra. Olga Paola Vásquez Barquero	– <i>Secretaría Técnica</i>

Miembros permanentes:

Dr. Maria Paz León Bratti
Dra. Faridy Helo Guzmán
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes
Dr. Gilberth Benavides Gómez
Dr. Osvaldo Montenegro García
Dra. Maureen Villalobos Ugalde
Dra. Laura Perlaza Valenciano
Dr. Alberth Núñez Chavarría
Dra. Mariana Astúa González
Dr. Carlos Chaves Lizano
(*suplente*)

Representante de:

– *Medicina Interna*
– *Geriatría*
– *Pediatría*
– *Medicina General*
– *Farmacias de Hospitales Nacionales*
– *Colegio de Médicos y Cirujanos*
– *Farmacias de Áreas de Salud*
– *Colegio de Farmacéuticos*
– *SIPROCIMECA*
– *Unión Médica Nacional*

Asesores:

Dr. Mauricio Mora Díaz	– <i>Infectología</i>
Dr. Marvin Sánchez Benavides	– <i>Reumatología</i>
Dr. Sixto Bogantes Ledezma y Dr. José Lee Chang Segura	– <i>Neurología</i>
Dra. Pilar Chaverri Sáenz	– <i>Hematología</i>
Dra. Maribel Vargas de León y Dra. Priscilla Mesén Aguilar	– <i>Medicina Paliativa</i>
Licda. Zeidy Benavides Campos	– <i>Asesora Legal</i>

INCLUSIONES

Con base en la Normativa LOM, Capítulo IV:

“IV.4. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto almacenable por parte del CCF, tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que esté disponible en el ALDI para su distribución institucional.

IV.5. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para el despacho al paciente.

A continuación, se enlistan los medicamentos que el Comité Central de Farmacoterapia avaló para su inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y lineamientos respectivos:

Medicamentos almacenables

Abemaciclib 100 mg Comprimido recubierto	41-0031	RE	2A
Uso exclusivo por Oncología Médica como tratamiento adyuvante para cáncer de mama HR positivo HER2 negativo de alto riesgo en un estadio temprano (según GM-CCF-0412- 2024), sin evidencia de metástasis a distancia, con lesión primaria resecada con intención curativa, en pacientes <u>requieran un reajuste de dosis en el esquema de tratamiento por efectos adversos y que presenten todas las siguientes características:</u> <ul style="list-style-type: none">- Mayores de 18 años- Estadio funcional ECOG 0 ó 1.- El período desde la cirugía con intención curativa hasta el inicio de abemaciclib no debe superar 16 meses.			

- En caso de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, deberá haberse completado los esquemas y haberse recuperado de las reacciones adversas de grado >1 asociadas al tratamiento
- Cumple con al menos uno de los siguientes criterios de alto riesgo de recurrencia:
 - o 4 o más ganglios axilares positivos
 - o 1 a 3 ganglios axilares asociado con un tamaño de la lesión primaria mayor o igual a 5 centímetros o grado histológico 3 o superior.

No se considera como criterio de alto riesgo de recurrencia el porcentaje del marcador Ki67% en forma aislada.

Se excluyen aquellos pacientes con los siguientes parámetros:

- Cáncer de mama inflamatorio.
- Antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar.
- Enfermedad metastásica, incluyendo nódulos axilares contralaterales.
- Presencia de tumor maligno activo no curable.
- Disfunción orgánica significativa incluyendo: hepatopatía (Child Pugh-C), arritmias ventriculares, síncope cardiogénico, antecedente de paro cardíaco, neutropenia (<1500/mm³) y lesión renal severa (ClCr <30 mL/min).

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-09 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-41-0031. Es importante aclarar que esta presentación (abemaciclib 100 mg) está autorizada para ser utilizada en los pacientes que requieran un reajuste de dosis en el esquema de tratamiento por efectos adversos, en cumplimiento de los lineamientos anteriormente mencionados.

Abemaciclib 150 mg Comprimido recubierto	41-0032	RE	2A
<p>Uso exclusivo por Oncología Médica como tratamiento adyuvante para cáncer de mama HR positivo HER2 negativo de alto riesgo en un estadio temprano (según GM-CCF-0412- 2024), sin evidencia de metástasis a distancia, con lesión primaria resecada con intención curativa, en pacientes que presenten todas las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años - Estadio funcional ECOG 0 ó 1. - El período desde la cirugía con intención curativa hasta el inicio de abemaciclib no debe superar 16 meses. - En caso de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, deberá haberse completado los esquemas y haberse recuperado de las reacciones adversas de grado >1 asociadas al tratamiento - Cumple con al menos uno de los siguientes criterios de alto riesgo de recurrencia: <ul style="list-style-type: none"> o 4 o más ganglios axilares positivos o 1 a 3 ganglios axilares asociado con un tamaño de la lesión primaria mayor o igual a 5 centímetros o grado histológico 3 o superior. <p>No se considera como criterio de alto riesgo de recurrencia el porcentaje del marcador Ki67% en forma aislada.</p> <p>Se excluyen aquellos pacientes con los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de mama inflamatorio. - Antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. - Enfermedad metastásica, incluyendo nódulos axilares contralaterales. - Presencia de tumor maligno activo no curable. 			

- Disfunción orgánica significativa incluyendo: hepatopatía (Child Pugh-C), arritmias ventriculares, síncope cardiogénico, antecedente de paro cardíaco, neutropenia (<1500/mm ³) y lesión renal severa (ClCr <30 mL/min).			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-09 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-41-0032.			

Axitinib 5 mg	41-0251	RE	2A
Tableta recubierta			
Prescripción por especialista en Oncología Médica para tratamiento de pacientes con carcinoma renal de células claras avanzado o metastásico en primera línea en combinación con pembrolizumab según lineamiento: GM-CCF-1503-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-13 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-41-0251.			

Pramipexol 0.25 mg	26-1356	RE	2C
Tableta			
Uso exclusivo para médicos especialistas en Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, según indicaciones establecidas en la circular GM-CCF-6750-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia En sesión 2025-15 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-26-1356.			

Pramipexol 1 mg	26-1357	RE	2C
Tableta			
Uso exclusivo para médicos especialistas en Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, según indicaciones establecidas en la circular GM-CCF-6750-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia En sesión 2025-15 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-26-1357.			

Medicamentos de la Lista Complementaria-Z

Febuxostat 80 mg	15-0735 Z	RE	2B
Comprimido recubierto			
<p>1. Para uso en pacientes con reacción alérgica documentada al alopurinol y que cumpla con una o más de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prescripción por especialista en Nefrología: <ul style="list-style-type: none"> - Litiasis renal en que se documente hiperuricosuria. - Artropatía gotosa cuando la hiperuricemia es secundaria a enfermedad renal crónica (ERC). b. Prescripción por especialistas en Hematología: prevención del síndrome lisis tumoral / prevención de hiperuricemia inducida por quimioterapia. <p>2. Prescripción por especialista en Reumatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pacientes con alergia documentada al alopurinol b. Incapacidad para lograr meta de ácido úrico (menos de 6.0mg/dL) en pacientes con artropatía gotosa a pesar de dosis plenas de alopurinol (900 mg por día). <p>Advertencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La FDA advierte sobre el aumento en el riesgo de muerte por causas cardiacas con febuxostat en comparación con alopurinol. Instruir al paciente para que busque atención médica inmediata si presenta los siguientes síntomas mientras toma febuxostat: dolor de pecho, falta de aliento, ritmo cardíaco rápido o irregular, entumecimiento o debilidad de un lado del cuerpo, mareos, dificultad para hablar, dolor de cabeza repentino y severo. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para su prescripción se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso para su despacho por farmacia. - En caso de reacciones adversas documentadas a alopurinol LOM, debe quedar documentada en expediente y se debe realizar el respectivo reporte al Centro Nacional de Farmacovigilancia- Ministerio de Salud por medio de la plataforma NotiFacedra. <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-33 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-15-0735 en la Lista Complementaria-Z.</p>			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Adalimumab 40 mg. Solución inyectable auto inyector prellenado / jeringa prellenada /pluma precargada /pluma precargada con jeringa prellenada para uso como monodosis (opción 1)	41-3076	RE	2C
Adalimumab 40 mg. Solución inyectable auto inyector prellenado / jeringa prellenada /pluma precargada /pluma precargada con jeringa prellenada para uso como monodosis (opción 2)	41-3077	RE	2C
Adalimumab 40 mg. Solución inyectable auto inyector prellenado / jeringa prellenada /pluma precargada /pluma precargada con jeringa prellenada para uso como monodosis (opción 3)	41-3078	RE	2C
Adalimumab 40 mg. Solución inyectable auto inyector prellenado / jeringa prellenada /pluma precargada /pluma precargada con jeringa prellenada para uso como monodosis (opción 4)	413079	RE	2C
Adalimumab 40 mg. Solución inyectable auto inyector prellenado / jeringa prellenada /pluma precargada /pluma precargada con jeringa prellenada para uso como monodosis (opción 5)	41-3081	RE	2C
<p>A. Prescripción por especialista en Reumatología luego de que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024, GM-CCF-4843-2024, GM-CCF-4844-2024):</p> <ol style="list-style-type: none"> Tratamiento de artritis reumatoide <ol style="list-style-type: none"> Primera línea de terapia biológica en pacientes con escleritis, epiescleritis o uveítis, con compromiso articular activo. Segunda línea de terapia biológica ante fallo de tocilizumab Tercera línea de terapia biológica en pacientes con uso previo de tocilizumab en primera línea y rituximab en segunda línea Tratamiento de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica: <ol style="list-style-type: none"> Primera línea de terapia biológica. Segunda línea de terapia biológica por fallo a secukinumab. 			

B. Prescripción por especialistas en Gastroenterología, como primera línea de terapia biológica en enfermedad de Crohn luminal que ha fallado a medicamentos LOM correspondientes o como alternativa en pacientes con enfermedad perianal que no pueden recibir infliximab, según lineamiento GM-CCF-3412-2024
C. Prescripción por especialistas en Reumatología e Inmunología como tercera línea de tratamiento en pacientes con uveitis refractaria
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso
Observaciones: Se actualiza la descripción de todas las opciones LOM correspondientes al adalimumab (códigos 41-3076, 41-3077, 41-3078, 41-3079 y 41-3081), conforme con la versión de ficha técnica CFT 74609 publicada en La Gaceta N.º 111 del 18 de junio de 2025.

Aminoácidos al 10 %	43-3125	HR	2B
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Frasco</i>			
Uso regulado por Comisión de Soporte Nutricional			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-3125 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 10506 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Aminofilina hidratada 25 mg / mL. Solución inyectable ampolla o Aminofilina anhidra 25 mg / mL. Solución inyectable ampolla o Citrato de cafeína 20 mg/mL. Solución inyectable y oral. Ampolla	23-3130	HRE	2B
Prescripción por Pediatría y Neonatología para ser utilizado en el manejo de la apnea del neonato			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código compartido 1-10-23-3130 con base en la de ficha técnica vigente publicada en La Gaceta 76 del 29 de abril de 2025.			

Cabergolina 0,5 mg. Tableta o cabergolina 0.5 mg. Tableta recubierta o cabergolina 0.5 mg. Comprimido	38-0268	R	1A
1. Prescripción por especialista en Endocrinología, Neurología. Trastornos hiperprolactinémicos ya sean idiopáticos o debidos a adenomas hipofisarios en adultos.			
2. Medico General o especialista: Inhibición/supresión de la lactancia.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-20 acordó para el medicamento código 1-10-38-0268:			
<ul style="list-style-type: none"> – Trasladar de nivel 2C a 1-A – Modificar clave de RE a R y actualizar lineamiento, quedando de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> 1. Prescripción por especialista en Endocrinología, Neurología. Trastornos hiperprolactinémicos ya sean idiopáticos o debidos a adenomas hipofisarios en adultos. 2. Medico General o especialista: Inhibición/supresión de la lactancia. 			

Carbón vegetal activado	54-8100	M	1A
<i>Polvo fino</i>			
<i>Envase</i>			
Observaciones: Se actualiza descripción del código 1-10-54-8100 con base en la ficha técnica versión CFT 19103 publicada en La Gaceta 106 del 11-06-2025.			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4530	HM	1A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa con 100 mL</i>			
Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional únicamente en pacientes con prescripción de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520)			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-4530 con base en la ficha técnica versión CFT 50706 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4540	HM	1A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa con 250 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-4540 con base en la ficha técnica versión CFT 32404 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4550	HM	1A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa con 500 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-4550 con base en la ficha técnica versión CFT 50804 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4560	HM	1A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa con 1000 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-43-4560 con base en la ficha técnica versión CFT 50904 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4561	HM	2A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa libre de PVC con 250 mL.</i>			
Para aplicar en infusión intravenosa drogas que interaccionan con el PVC			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-43-4561 con base en la ficha técnica Versión CFT 90202 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Cloruro de sodio 0.9% (9 mg/mL)	43-4555	HM	2A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Bolsa libre de PVC con 500 mL</i>			
Para aplicar en infusión intravenosa drogas que interaccionan con el PVC			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-4555 con base en la ficha técnica Versión CFT 73404 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Dinoprostona 2 mg/ 2,5 mL (3 gramos) de gel vaginal. Contenido en jeringa precargada para aplicación vaginal o Dinoprostona 10 mg. Sistema de liberación vaginal en un sobre	37-2540	HRE	2B
Uso exclusivo de especialista en Gineco-Obstetricia según lineamientos de circular AMTC-0001-01-2015			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-37-2540 con base en la ficha técnica versión CFT 61302 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Dorzolamida 2% (20 mg/mL) Solución estéril para uso oftálmico Frasco gotero o Brinzolamida 1% (10 mg/mL) Suspensión estéril para uso oftálmico Frasco gotero	45-6395	E	2C
Uso exclusivo Oftalmología			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-45-6395 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 18610 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025			

Emulsión de lípidos al 20%. Inyectable. Frasco ampolla con 250 mL o emulsión de lípidos al 20%. Inyectable. Frasco ampolla con 500 mL	43-3740	HR	2C
1. Uso regulado por Comisión de Soporte Nutricional. 2. Uso exclusivo en pacientes con intoxicaciones graves por uso de anestésicos locales para la especialidad de Anestesia y emergenciólogos o médicos especialistas a cargo del servicio de emergencias de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos y CAIS.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-17 avaló: <ul style="list-style-type: none"> – Ampliar el uso de la emulsión de lípidos al 20% a los Emergenciólogos o médicos especialistas a cargo del Servicio de Emergencias de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos y CIAS, para el tratamiento de intoxicaciones graves. – Modificar el nivel de usuario de 2B a 2C. 			

Epirubicina clorhidrato 2 mg/mL. Polvo liofilizado para inyección o solución inyectable. Frasco ampolla	41-4950	HE	2A
Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-4950 con base en la ficha técnica versión CFT 14509 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Estreptoquinasa 1.500.000 U.I.	11-3792	HR	1 A
<i>Polvo liofilizado.</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
Indicaciones para uso de estreptoquinasa según protocolos CCF-5280-11-13 y CCF-6021-12-13			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-11-3792 con base en la ficha técnica versión CFT 47003 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Estrógenos conjugados 0,625 mg / gramo. Crema vaginal. o Estrógenos esterificados 0,625 mg / gramo. Crema vaginal. o Dienestrol 0,1 mg / gramo. Crema vaginal. o Estradiol 0,1 mg / gramo. Crema vaginal. o Estrógenos A conjugados sintéticos 0,625 mg / gramo. Crema vaginal.	47-2550	M	1A
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-47-2550 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 38903 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Etopósido 20 mg/mL	41-3795	HE	2A
<i>Solución inyectable</i>			
Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-3795 con base en la ficha técnica versión CFT 42704 publicada en La Gaceta No. 89 del 19-05-2025.			

Fenofibrato 250 mg	13-1025	RE	1A
Capsula de liberación prolongada			
Prescripción por Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología, Clínica de HIV/SIDA, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Nefrología para manejo de hipertrigliceridemia:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertrigliceridemia (mayor a 500 mg/dL), contraindicación al uso de gemfibrozilo (por falla terapéutica o reacción adversa documentada [reportar al centro nacional de farmacovigilancia - ministerio de salud]) 2. Manejo de dislipidemia mixta con hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dl con terapia concomitante estatina más fibrato. 3. Hiperlipidemia tipo IIa y IV (con triglicéridos mayor a 300 mg/dl). 			
Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso según este lineamiento.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-22 acordó ampliar el uso de fenofibrato 250 mg cápsula de liberación prolongada a los especialistas en Nefrología.			

Filgrastim 300 µg.	41-3825	RE	2 A
<i>Solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla o jeringa prellenada</i>			
El filgrastim es un agente hematopoyético biosintético por tecnología ADN recombinante. No contiene preservantes.			
Uso exclusivo de Hematología, Oncología Médica, Reumatología, Medicina Interna, Inmunología e Infectología, según protocolo institucional CCF-5882-12-15.			
Uso por los servicios especializados en la atención de enfermedades raras y huérfanas			
Se autoriza su despacho para uso domiciliario o extrahospitalario solamente para pacientes de Hematología y Oncología Médica, con base en lo establecido a nivel institucional según protocolo CCF-5882-12-15			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-3825 con base en la ficha técnica versión CFT 15506 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Fluconazol 2 mg/mL	04-3885	HRE	2B
<i>En solución inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
1. Especialistas a cargo de Servicios de Emergencias, especialistas y sub-especialistas en Medicina y Pediatría, por un máximo de 72 horas, para: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia empírica cuando haya sospecha de infecciones fúngicas sistémicas. 			
2. Especialistas en Medicina Interna, Geriátrica, Medicina Intensiva, Pediatría e Infectología para: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo de infecciones fúngicas invasivas por levaduras, hasta por 14 días. • Tratamiento empírico cuando hay sospecha de fungemia por <i>Candida albicans</i> o especies sensibles, hasta por 5 días en espera de PSA. 			
Tratamientos mayores a 14 días solamente por infectología, en centros que no cuenten con esta especialidad deben ser discutidas con infectología de la red.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-04-3885 con base en la ficha técnica versión CFT 61202 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Fosfatos de potasio	43-3930	HRE	2C
<i>Concentrado para inyección. Solución inyectable</i>			
<i>Ampolla o frasco ampolla</i>			
Prescripción por médico especialista para uso en la reposición de hipofosfatemia.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-43-3930 con base en la ficha técnica versión CFT 13602 publicada en La Gaceta No. 89 del 19-05-2025.			

Fusidato sódico 2%	46-2660	RE	2D
<i>Ungüento tópico. Tubo</i>			
Uso exclusivo Cirugía Reconstructiva, Pediatría, Dermatología, ORL, Medicina Interna, Geriátría, Endocrinología, Hematología, Oncología Médica, Medicina Familiar y Comunitaria			
Indicaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> • Taponamiento nasal para las especialidades de ORL y Cirugía Reconstructiva • Quemaduras faciales y en otros sitios (además de la cara) grado II y grado III de causa química o térmica para la especialidad de cirugía reconstructiva y la unidad de quemados • Manifestación de atopía cutánea con infección secundaria (como dermatitis impetiginizadas, eccema numular) para las especialidades de pediatría y dermatología. • Manejo del pie diabético para las especialidades de Medicina Interna, Geriátría, Endocrinología, Dermatología, Medicina Familiar y Comunitaria y Clínicas del Pie Diabético • Manejo de heridas infectadas para la especialidad de Hematología y Oncología Médica • Para el manejo de úlceras en pacientes atendidos en Programas de Hospital de Día, Atención Domiciliar y Clínicas de Úlceras por las especialidades de Medicina Interna, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Endocrinología y Dermatología 			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-46-2660 con base en la ficha técnica versión CFT 65404 publicada en La Gaceta No. 80 del 06-05-2025.			

Gemcitabina base 1 g	41-4951	HE	3A
<i>Polvo liofilizado para solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
Uso exclusivo Oncología Médica y Hematología			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-4951 con base en la ficha técnica versión CFT 75303 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Hioscina butilbromuro 10 mg	21-0920	M	1A
<i>Tableta recubierta</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-21-0920 con base en la ficha técnica versión CFT 23707 publicada en La Gaceta No. 80 del 06-05-2025.			

<i>Insulina glargina 100 UI/mL en dispositivo dosificador tipo pluma de acción prolongada. Solución inyectable.</i>	39-4151	RE	2B
<p>Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna, en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentados en el expediente clínico del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En paciente diabético tipo 1 que presenta hipoglicemias, sintomáticas o no. Es necesario que exista una documentación objetiva de la ocurrencia de las hipoglucemias en el expediente digital (EDUS), esto puede ser por automonitoreo o un estudio de monitoreo continuo. 2. Pacientes diabético tipo 2 que presenta reacciones adversas a insulina NPH. Es importante recordar que el medico prescriptor tiene la obligación de realizar la notificación de sospecha de reacción adversa pero no es un requisito presentarla a la farmacia para el despacho del medicamento 3. Manejo hipoglicemias nocturnas en pacientes diabéticos tipo 2 a pesar de las modificaciones en el esquema intensificado de insulinas, se debe documentar mediante un monitoreo continuo o automonitoreo de al menos 2 semanas que evidencie al menos 3 hipoglicemias menores o iguales a 50mg/dl <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se autoriza la continuación de tratamiento durante y posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el hospital nacional de niños y que son referidos a las especialidades autorizadas a otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y, continuar su control médico especializado <p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-39-4151 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 84303 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.</p>			

<i>Insulina glargina 100 U/mL</i>	39-4153	RE	2B
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla con 10 mL</i>			
<p>Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria y Geriatria, en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentadas en el expediente clínico del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En paciente diabético tipo 1 que presenta hipoglicemias, sintomáticas o no. Es necesario que exista una documentación objetiva de la ocurrencia de las hipoglucemias en el expediente digital (EDUS), esto puede ser por automonitoreo o un estudio de monitoreo continuo. 2. Pacientes diabético tipo 2 que presenta reacciones adversas a insulina NPH. Es importante recordar que el medico prescriptor tiene la obligación de realizar la notificación de sospecha de reacción adversa pero no es un requisito presentarla a la farmacia para el despacho del medicamento 3. Manejo hipoglicemias nocturnas en pacientes diabéticos tipo 2 a pesar de las modificaciones en el esquema intensificado de insulinas, se debe documentar mediante un monitoreo continuo o automonitoreo de al menos 2 semanas que evidencie al menos 3 hipoglicemias menores o iguales a 50mg/dL. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se autoriza la continuación de tratamiento durante y posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el hospital nacional de niños y que son referidos a las especialidades autorizadas en otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y, continuar su control médico especializado <p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-39-4153 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 84202 publicada en La Gaceta 106 del 11-06-2025.</p>			

Insulina lispro 100 U/mL	39-4152	RE	3A
Solución inyectable			
Dispositivo dosificador tipo pluma prellenada no recargable con 3 mL. Para dosis múltiples			
Prescripción por especialista Endocrinología del Hospital Nacional de Niños, para uso en pacientes diabéticos tipo 1 que presentan hipoglicemias con el uso de insulinas humanas.			
Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> Se autoriza la continuación de tratamiento posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el hospital nacional de niños y que son referidos a la misma especialidad en otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y, continuar su control médico especializado. 			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-39-4152 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 86303 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

lohexol al 64,7%. Solución inyectable. Frasco ampolla o frasco o lopamidol al 61%. Solución inyectable. Frasco ampolla o loversol al 68%. Solución inyectable. Frasco ampolla	52-4163	HE	2B
<ol style="list-style-type: none"> Médicos especialistas para la realización de estudios diagnósticos. Especialistas en Medicina Paliativa del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos: apoyo para la mejora en la visualización de estructuras anatómicas, que requieren de técnicas de imagen (como fluoroscopia) durante la realización de tratamientos intervencionistas para el manejo del dolor mediante técnicas percutáneas. 			
Nota:			
<ol style="list-style-type: none"> Para la administración de este medicamento se requiere contar con personal técnico capacitado, según lo establecido en sus procedimientos internos. El medio de contraste puede ser despachado mediante stock por reposición a los servicios que cuentan con los especialistas autorizados para su uso 			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-52-4163 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 29306 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Lactulosa 3.3 g/5 mL . Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o Lactulosa 10 g/15 mL. Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o Lactulosa 66.7 g/100 mL (lactulosa 3.335 g/5 mL). Solución oral. Envase con 150 mL o Lactulosa 10 g. En polvo para solución oral. Sobre con 10 g de lactulosa o Lactulosa 10 g / 15 mL (lactulosa 66.7 g/ 100 mL). Solución oral. Envase con 200 mL o Lactulosa 667 mg/mL. Solución oral. Envase con 250 mL	33-7135	R	2D
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para encefalopatía portosistémica. 2. Constipación severa que no se resuelve con otros medicamentos. Uso exclusivo especialistas de Medicina Interna, Geriátría, Pediatría, Cirugía Pediátrica, Gastroenterología, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Emergencias y Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas y especialistas médico-quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar. 3. Para desimpactación fecal en niños menores de 1 año, solo prescripción por pediatría, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018. 4. Para la desimpactación fecal en niños de 1 a 3 años de edad, o en mayores de 3 años con contraindicación documentada al aceite mineral, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018 desde el primer nivel de atención. 5. En pacientes pediátricos con impactación fecal que presenten una o más de las siguientes condiciones, deben proceder según lo indicado en GM-CCF-2043-2025 lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional: <ul style="list-style-type: none"> - Falla terapéutica a lactulosa. - Reacciones adversas a lactulosa - Por sus comorbilidades (trastorno autista, encefalopatía crónica no progresiva, parálisis cerebral infantil, trastornos psiquiátricos, enfermedades neuromusculares degenerativas) no acepten o toleren la lactulosa - Diabetes mellitus - Galactosemia 			
Observaciones: En el punto No. 5 se actualiza el número de circular GM-CCF-3697-2022, sustituyéndolo por la vigente GM-CCF-2043-2025, la cual contiene los lineamientos actualizados para el uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional que no pueden ser tratados con lactulosa.			

Lamivudina 10 mg/mL.	04-7125	R	2B
<i>Solución oral. Envase</i>			
<ul style="list-style-type: none"> - Uso exclusivo para Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH en el tratamiento de pacientes pediátricos y adultos con infección por VIH. - Gastroenterología y médicos que laboran en los centros de trasplante hepático en el tratamiento de la hepatitis , para ser utilizada en pacientes pediátricos y adultos. 			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-04-7125 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 39705 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Metamizol sódico 2,5 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla o	16-3655	HRE	2C
Metamizol magnésico 2 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla o			
Dipirone 2,5 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla			
<p>A. Prescripción por médico especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dolor agudo en pacientes sometidos a procedimiento de cirugía ambulatoria (aplicación SOP o recuperación). Máximo 24 horas. – Dolor agudo posoperatorio y postraumático. Máximo 72 horas (no prorrogables) – Dolor agudo no oncológico, consulta externa. Máximo 1 dosis (2 gramos). – Fiebre refractaria a otros antipiréticos o contraindicación a otros antipiréticos. Máximo 72 horas. – Dolor agudo, paciente con vía oral no disponible para uso de otras opciones LOM. Máximo 72 horas. – Dolor oncológico, pacientes con contraindicación al manejo del dolor con medicamentos LOM como morfina parenteral u otros analgésicos disponibles o cuando no se puede aumentar más la dosis utilizadas de morfina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente hospitalizado. Máximo 72 horas. Situaciones excepcionales que requieran tiempo mayor y no se cuenta con vía oral disponible o no se dispone de otras opciones farmacológicas, se avala por máximo 7 días. ○ Consulta externa: 1 dosis (2 gramos). ○ Paciente domiciliar: dosis 2g IM PRN (máximo 3 dosis). <p>B. Especialista en Odontología, uso exclusivo en Cirugía Maxilo-Facial en :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de fracturas faciales. – Cirugía ortognática. – Tratamiento quirúrgico de los síndromes faciales que afectan el desarrollo de los maxilares y los huesos faciales. – Escisión de tumores benignos y malignos en los maxilares y tejidos blandos de boca y cuello. – Reconstrucciones (injertos óseos) de huesos maxilares. – Distracciones osteogénicas. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Máximo 72 horas (en caso de egreso durante ese periodo, no se despacha para completar la administración domiciliar). <p>No está indicado en el tratamiento parenteral de procesos inflamatorios agudo, para ese uso se dispone de diclofenaco parenteral LOM.</p> <p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-16-3655 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 61703 publicada en la Gaceta No. 76 del 29-04-2025.</p>			

Metronidazol 500 mg. Solución estéril para inyección	02-4313	HE	2B
Uso exclusivo Infectología, Medicina Interna, Geriátrica, Cirugía, Ginecología y Emergencias			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-02-4313 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 27305 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Micofenolato de mofetilo 250 mg	41-0043	RE	2B
<i>Cápsula</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Reumatología, Nefrología, Inmunología, Hematología, Gastroenterología y Neurología en pacientes que han agotado otras alternativas de terapia inmunosupresora LOM o en pacientes que han presentado reacciones adversas al uso de azatioprina. 2. En equipos de trasplante debidamente constituidos para pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, pulmón y células madre hematopoyéticas. 3. Para neumología en el manejo de enfermedad intersticial en la que se considere existe un componente inflamatorio 			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-17 avaló:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La modificación en la redacción de los puntos 1 y 2, quedando de la siguiente manera: <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Reumatología, Nefrología, Inmunología, Hematología, Gastroenterología y Neurología en pacientes que han agotado otras alternativas de terapia inmunosupresora LOM o en pacientes que han presentado reacciones adversas al uso de azatioprina. 2. En equipos de trasplante debidamente constituidos para pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, pulmón y células madre hematopoyéticas. – La ampliación de uso de micofenolato de mofetilo a los especialistas en Neumología para el manejo de pacientes con enfermedad intersticial en la que se considere existe un componente inflamatorio. 			

Montelukast 10mg.	23-1043	RE	2C
<i>Tableta recubierta</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. uso exclusivo en Alergología, Inmunología, Neumología, Medicina Interna, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria en tratamiento de asma en adolescentes y adultos. 2. Otorrinolaringología para pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales. 3. Dermatología, según protocolo de manejo de urticaria crónica. <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.</p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-23-1043 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 52207 publicada en la Gaceta No.89 del 19-05-2025.,</p>			

Norepinefrina 1 mg/mL.	06-4348	HRE	2B
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Ampolla</i>			
<p>Exclusivo en pacientes con shock según protocolo por parte de especialistas en Unidad de Cuidados Intensivos (Intensivistas o especialista a cargo del servicio), Servicios de Emergencias (Emergenciólogo o especialista a cargo del servicio), Medicina Interna, Anestesiología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y especialistas medico quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar</p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-06-4348 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 82203 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.</p>			

Oxaliplatino 5 mg/mL. Polvo liofilizado o solución inyectable. Frasco ampolla	41-4353	HE	3A
Uso exclusivo de Oncología Médica y Hematología			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-4353 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 15306 publicada en La Gaceta No. 79 del 05-05-2025.			

Paracetamol 500 mg	16-0010	M	1A
Tableta			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-16-0010 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 19304 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Propofol 1% (10 mg/ml). Emulsión inyectable. Ampolla, frasco ampolla o jeringa prellenada	18-4485	HRE	2B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo de Anestesiología, según protocolo autorizado por el Comité Central de Farmacoterapia, para cirugía ambulatoria, pacientes asmáticos y pacientes epilépticos. 2. Uso exclusivo de Cuidados Intensivo para inicio y continuación en la sedación en pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva y en unidades de cuidados intensivos con condiciones adecuadas para el manejo de estos pacientes, con los siguientes diagnósticos: <ol style="list-style-type: none"> a. Estatus epiléptico refractario. b. Broncoespasmo c. Trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana. 3. Uso exclusivo de anestesia y cuidados intensivo para continuación de sedación en pacientes en periodo posoperatorio inmediato. 4. Uso exclusivo de anestesiología, cuidados intensivos para la sedación superficial y de corta duración para realizar procedimientos invasivos dolorosos. Se debe contar con equipo de soporte ventilatorio inmediato y monitoreo constante. 5. Uso exclusivo para gastroenterología para procedimientos endoscópicos digestivos altos, en pacientes asa 1 o 2, siempre y cuando se cuente con un médico especialista con entrenamiento en soporte cardíaco avanzado, que de forma exclusiva dé seguimiento a las variables hemodinámicas y respiratorias del pacientes, además se debe disponer de las condiciones e insumos requeridos para satisfacer el manejo de cualquier complicación y el cuidado posterior al procedimiento. Es responsabilidad del director médico del centro hospitalario certificar el entrenamiento y competencias de los médicos especialistas capacitados en el manejo de estas condiciones. 			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-18-4485 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 14312 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Psyllium hidrofílico muciloide	33-7230	M	1A
<i>Polvo granulado</i>			
<i>Envase</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 29105 publicada en La Gaceta No. 89 del 19-05-2025.			

Oxacilina base 1 g	02-3660	HM	2B
<i>Polvo para inyección</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-02-3660 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 43005 publicada en La Gaceta No.76 del 29-04-2025.			

Risperidona 1 mg/mL.	30-6950	RE	2C
<i>Solución oral</i>			
<i>Envase</i>			
Según protocolo institucional CCF-3717-09-14: 1. Psiquiatría y Especialistas en Neurodesarrollo en pacientes mayores de 5 años. 2. Geriátrica en pacientes adultos con problemas deglutorios. No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-30-6950 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 75003 publicada en La Gaceta No.80 del 06-05-2025.			

Rituximab 100 mg (10 mg/mL) <i>Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 10 mL. (opción 1).</i>	41-3235	HRE	2B
Rituximab 100 mg (10 mg/mL) <i>Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa Frasco ampolla con 10 mL. (opción 2)</i>	41-9001	HRE	2B
Rituximab 100 mg (10 mg/mL). <i>Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 10 mL. (opción 3).</i>	41-9003	HRE	2B
1. Prescripción por especialista en Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica CD 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico CD 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2. Prescripción por especialista en hematología para el manejo de pacientes con leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). 3. Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología: <ul style="list-style-type: none"> En adultos como segunda línea de tratamiento para púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento 			

informado] (ver lineamiento GM-CCF-1524-2022) para pacientes con alguno de los siguientes criterios:

- i. Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes.
 - ii. Sin respuesta al menos un inmunomodulador LOM utilizado por el tiempo recomendado para obtener respuesta y con adecuada adherencia al tratamiento con presencia de sangrado (WHO III o IV) durante el tratamiento.
 - En pacientes menores de 18 años como tercera línea de tratamiento en el manejo de la púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) persistente, crónica o con hipersensibilidad y/o reacciones adversas severa a terapias anteriores [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado], [ver lineamiento GM-CCF-4256-2022], debe cumplir con las siguientes dos condiciones:
 - i. Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la enfermedad, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado.
 - ii. Sin respuesta a tratamiento con eltrombopag (luego de 4 semanas a dosis máxima [75 mg/día]) o se supera en 3 veces el límite superior normal para transaminasas.
4. Prescripción por especialista en Reumatología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, para tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024):
 - Primera línea de terapia biológica en pacientes con condiciones específicas como enfermedad pulmonar intersticial, hepatopatía crónica, neoplasia previa o linfoma.
 - Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica o recaída (descartando falta de adherencia) a anticuerpo monoclonal anti-TNF.
 5. Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. Dosis de rituximab 500 mg - 1000mg, con dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas (incluyendo re-infusiones). Y la dosis de mantenimiento es de 500 mg a los 6 meses según la condición clínica del paciente
 6. Prescripción por Dermatología e Inmunología para el manejo de pacientes con pénfigo vulgar (dosis: 1g IV cada 2 semanas #2 dosis)
 7. Prescripción por especialista en Neurología e Inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):
 - En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA o MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.
 - Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).
 8. Uso exclusivo de neurología e inmunología, para el manejo de encefalitis autoinmune, según lineamiento GM-CCF-1365-2025
 9. Prescripción por nefrología: glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo, a la dosis de 500mg-1000mg, dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas. Se puede considerar repetir una dosis de 500 mg a los 4-6 meses según la condición clínica del paciente, según lineamiento GM-CCF-2048-2025

Para su prescripción, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en las Sesiones 2025-10 y 2025-17 acordó para rituximab 100 mg:

- Ampliar el uso a los especialistas en Nefrología para el manejo de pacientes con glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo.
- Actualizar el lineamiento de punto 5 y 7, para que se lean de la siguiente manera:
 5. Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. Dosis de rituximab 500 mg - 1000mg, con dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas (incluyendo re-infusiones). Y la dosis de mantenimiento es de 500 mg a los 6 meses según la condición clínica del paciente
 7. Prescripción por especialista en Neurología e Inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):

En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA o MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.

Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).

Rituximab 500 mg (10 mg/mL) Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa Frasco ampolla con 50 mL. (opción 1)	41-3236	HRE	2B
Rituximab 500 mg (10 mg/mL) Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa Frasco ampolla con 50 mL. (opción 2)	41-9002	HRE	2B
Rituximab 500 mg (10 mg/mL) Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa Frasco ampolla con 50 mL. (opción 3)	41-9004	HRE	2B
1. Prescripción por especialista en Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica CD 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico CD 20+ del paciente y el esquema de tratamiento.			

2. Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023).
3. Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología:
 - a. En adultos como segunda línea de tratamiento para púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado] (ver lineamiento GM-CCF-1524-2022) para pacientes con alguno de los siguientes criterios:
 - i. Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes.
 - ii. Sin respuesta al menos un inmunomodulador LOM utilizado por el tiempo recomendado para obtener respuesta y con adecuada adherencia al tratamiento con presencia de sangrado (WHO III o IV) durante el tratamiento.
 - b. En pacientes menores de 18 años como tercera línea de tratamiento en el manejo de la púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) persistente, crónica o con hipersensibilidad y/o reacciones adversas severa a terapias anteriores [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado], [ver lineamiento GM-CCF-4256-2022], debe cumplir con las siguientes dos condiciones:
 - i. Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la enfermedad, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado.
 - ii. Sin respuesta a tratamiento con eltrombopag (luego de 4 semanas a dosis máxima [75 mg/día]) o se supera en 3 veces el límite superior normal para transaminasas.
4. Prescripción por especialista en reumatología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, para tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024):
 - a. Primera línea de terapia biológica en pacientes con condiciones específicas como enfermedad pulmonar intersticial, hepatopatía crónica, neoplasia previa o linfoma.
 - b. Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica o recaída (descartando falta de adherencia) a anticuerpo monoclonal anti-TNF.
5. Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. Dosis de rituximab 500 mg - 1000mg, con dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas (incluyendo re-infusiones). Y la dosis de mantenimiento es de 500 mg a los 6 meses según la condición clínica del paciente
6. Prescripción por dermatología e inmunología para el manejo de pacientes con pénfigo vulgar (dosis: 1g IV cada 2 semanas #2 dosis)
7. Prescripción por especialista en Neurología e Inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):
 - En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA o MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.
 - Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).

8. Uso exclusivo de Neurología e Inmunología, para el manejo de encefalitis autoinmune, según lineamiento GM-CCF-1365-2025.
9. Prescripción por nefrología: glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo, a la dosis de 500mg-1000mg, dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas. Se puede considerar repetir una dosis de 500 mg a los 4-6 meses según la condición clínica del paciente, según lineamiento gm-ccf-2048-2025

Para su prescripción, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en las Sesiones 2025-10 y 2025-17 acordó para rituximab 500 mg:

- Ampliar el uso a los especialistas en Nefrología para el manejo de pacientes con glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo.
- Actualizar el lineamiento de punto 5 y 7, para que se lean de la siguiente manera:
 5. Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. Dosis de rituximab 500 mg - 1000mg, con dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas (incluyendo re-infusiones). Y la dosis de mantenimiento es de 500 mg a los 6 meses según la condición clínica del paciente
 7. Prescripción por especialista en neurología e inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):

En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA o MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.

Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).

Rocuronio bromuro 10 mg/mL	20-4506	HR	2D
<i>Solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Para intubación de secuencia rápida en niños y adultos:</u> en caso de desabastecimiento o contraindicación de succinilcolina para la utilización por especialistas o médicos generales acreditados en el manejo avanzado de la vía aérea. <p>La Dirección Médica debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Certificar que el servicio donde se va a realizar el manejo avanzado de la vía aérea se cuente con equipo adecuado e insumos para soporte ventilatorio inmediato y monitoreo neuromuscular continuo constante así mismo para resolver las complicaciones asociados con su uso. 			

<ul style="list-style-type: none"> – Certificar que los médicos especialistas o médicos generales se encuentran debidamente capacitados para el manejo avanzado de la vía aérea y cuenten con el título del CREC o ACLS vigente.
<p>2. Uso exclusivo por especialistas en Cuidados Intensivos, Anestesiología, Emergenciólogos, Medicina Interna en pacientes que presenten una o más de las siguientes condiciones:</p> <p>a. Contraindicación al uso de succinilcolina:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Historia familiar de hipertermia maligna – Miopatía musculoesquelética – Quemaduras en una superficie de área corporal $\geq 25\%$ (hasta por un año posterior al evento) – Paciente politraumatizado – Denervación musculoesquelética extensa – Lesión de neurona motor superior. – Lesión espinal con >48 horas de evolución – Lesiones por aplastamiento vertebral <p>b. Síndrome de apnea obstructiva, que requieren procedimientos quirúrgicos mayores.</p> <p>c. Hiperkalemia ≥ 5.5 mEq/L, trauma craneoencefálico, y condiciones asociadas a regulación positiva de los receptores nicotínicos de acetilcolina, por ejemplo: neuropatía periférica, distrofia o atrofia muscular, trauma muscular, quemaduras severas con ASC $\geq 25\%$.</p> <p>d. Mayores de 65 años que requieran intubación de secuencia rápida (para disminuir la incidencia de bloqueo neuromuscular residual, re-intubación, estancia hospitalaria prolongada y readmisión hospitalaria).</p>
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-20-4506 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 95403 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.</p>

Rosuvastatina 10 mg	13-0003	RE	1A
Tabletas recubiertas			
Prescripción por Medicina Interna, Cardiología, Reumatología, Nefrología, Endocrinología, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Vascular Periférico, Neurología y médicos de Clínicas VIH, según lineamientos GM-CCF-4976-2024, para manejo de <u>pacientes con hipercolesterolemia pura o dislipidemia mixta</u> :			
<p>1. <u>Prevención primaria</u>:</p> <p>a. Terapia de baja a moderada intensidad:</p> <p>i. Pacientes con intolerancia o reacciones adversas documentadas a lovastatina LOM (requiere reporte sospecha de reacción adversa o falla terapéutica enviada al centro nacional de farmacovigilancia (ministerio de salud).</p> <p>b. Terapia de alta intensidad:</p> <p>i. Pacientes con diabetes mellitus y bajo riesgo cardiovascular con LDL-C > 115 mg/dl.</p> <p>ii. Pacientes con diabetes mellitus y riesgo cardiovascular moderado y alto con LDL-C > 100 mg/dl.</p> <p>iii. Personas con LDL-C ≥ 190 mg/dl, por definición son de alto riesgo cardiovascular, por lo que no es necesario hacer el cálculo de riesgo.</p>			

iv. Personas con alto riesgo (mayor o igual a 20 %) para eventos cardiovasculares, según calculador de riesgo de OMS, vigente en la institución “tabla de predicción de riesgo AMR B de la OMS/ISH”
2. <u>Prevención secundaria</u>
a. Pacientes con antecedente de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.
3. <u>Otros:</u>
a. Pacientes VIH positivos que reciben tratamiento con terapia antirretrovirales que contienen:
i. Cobicistat.
ii. Lopinavir o ritonavir (no se debe exceder dosis de rosuvastatina de 10 mg/día).
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso según lineamiento vigente.
Observaciones: Se actualiza la circular con el nuevo lineamiento, sustituyendo el documento GM-CCF-3949-2021 por el GM-CCF-4976-2024, para el manejo de pacientes con hipercolesterolemia pura o dislipidemia mixta

Salbutamol 0,1 mg/dosis. Suspensión para aerosol. Envase presurizado	23-7500	M	1A
Servicios de Urgencia, Emergencia y Hospitalización, para el manejo exacerbación de pacientes con asma o EPOC en cumplimiento de GM-MDA-5817-2020 y lineamiento IT.GM.DDSS.ASC.240420, durante la pandemia covid-19.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-23-7500 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 23405 publicada en La Gaceta No. 75 del 05-05-2025.			

Sertralina 50 mg	29-1800	RE	2D
<i>Tableta recubierta</i>			
Prescripción por especialista en psiquiatría para ser utilizado en:			
1. Adultos mayores de 18 años como cuarta línea de tratamiento según protocolo CCF-6182-11-19 ante diagnóstico de:			
– Depresión resistente al tratamiento con venlafaxina LOM.			
– Depresión atípica con uso de venlafaxina LOM.			
2. Manejo de trastorno obsesivo compulsivo como segunda línea de tratamiento según protocolo CCF-6313-12-19 en niños, niñas y adolescentes.			
No requiere llenado de formulario. Se debe anotar en el dorso de la receta física o en el apartado de observaciones de la receta digital, la justificación de uso del medicamento, como mecanismo de verificación del cumplimiento de los lineamientos avalados para el uso racional del medicamento a la hora de la prescripción.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-29-1800 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 89505 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Sildenafil 50 mg	50-1581	RE	2B
Tableta recubierta			
Uso exclusivo Neumología, Cardiología, Medicina Interna, Cuidados Intensivos, Reumatología y Cardiología Pediátrica para:			
<ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de la hipertensión pulmonar según protocolo. – Tratamiento para el Síndrome de Raynaud cuando no responden o presentan reacciones adversas al calcio antagonista de la LOM. 			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-1581 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 87900 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Solución alcohólica antiséptica para higiene de manos	46-7430	HM	2B
Envase con dispensador			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-46-7430 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 79103 publicada en La Gaceta No. 106 del 11-06-2025			

Subsalicilato de bismuto 17.5% P/V.	32-7595	RE	2D
Suspensión oral.			
Envase			
Tratamiento de la infección por <i>H. Pylori</i> según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de <u>primera línea</u>, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por Médico General o especialista. 2. Tratamiento de <u>segunda línea</u>, prescripción por Gastroenterología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Infectología Y Geriátrica. 3. Tratamiento de <u>tercera línea</u>, prescripción por Gastroenterología. 			
Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido; adicionalmente, el reporte de la prueba diagnóstica de <i>H. Pylori</i> donde se constate presencia de la bacteria.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-32-7595 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 88501 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Sunitinib 50 mg	41-1613	RE	2A
Cápsula			
Uso exclusivo de Oncología Médica en pacientes con cáncer renal de células claras.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-1643 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 83203 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Teofilina anhidra 250 mg a 300 mg de acción prolongada	23-1630	M	1A
<i>Tabletas ranuradas</i>			
Observaciones: Se actualiza descripción del código 1-10-23-1630 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 45401 publicada en La Gaceta No. 111 del 18-06-2025.			

Tetradecilsulfato sódico al 1% (10 mg/mL) o al 3% (30mg/mL)	50-3760	HE	2A
<i>Solución inyectable</i>			
Uso exclusivo Gastroenterología, Vascular Periferico, Cirugia, Dermatología			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-3760 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 31303 publicada en La Gaceta No. 80 del 06-05-2025			

Tetrizolina clorhidrato al 0,05% (0,5 mg/mL), solución estéril isotónica para uso oftálmico. Frasco gotero o Oximetazolina clorhidrato al 0,025% (0,25 mg/mL), solución estéril isotónica para uso oftálmico. Frasco gotero	45-7630	M	1A
Uso en adultos y niños mayores de 6 años de edad			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-45-7630 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 34503 publicada en La Gaceta No. 11-06-2025.			

Tetrizolina clorhidrato al 0.1 % (1mg/mL), solución descongestionante nasal. Frasco gotero o Oximetazolina clorhidrato al 0.05% (0.5 mg/mL), solución descongestionante nasal. Frasco gotero	51-7620	M	1A
Uso en adultos y en niños mayores de 6 años de edad			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-51-7620 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 45203 publicada en La Gaceta No. 89 del 19-05-2025.			

Tintura de benjuí. (benzoína al 20% P/V.)	51-7670	M	1A
<i>Frasco</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-51-7670 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 19605 publicada en La Gaceta 76 del 29-04-2025.			

Tropisetron 5 mg. Solución inyectable. Ampolla o Granisetron 3 mg. Solución inyectable. Ampolla o frasco ampolla o Ondasetron 4 mg. Solución inyectable. Ampolla o Ondasetron 8 mg. Solución inyectable. Ampolla	25-4355	HRE	2C
Uso exclusivo en quimioterapia con agentes que presentan un riesgo medio alto, moderadamente alto y alto para producir emesis y anestesiología para uso en el tratamiento preventivo y postoperatorio de las náuseas y vómitos en pacientes sometidos a cirugía mayor (incluyendo cirugía ambulatoria mayor)			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-25-4355 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 27208 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Vitamina A (como retinol o como retinil palmitato o como retinil acetato) 25.000 U.I. (7.500 RE)	42-1740	E	2C
Cápsulas o perlas.			
1. Uso exclusivo Oftalmología, Medicina Interna, Geriátrica, Gastroenterología, especialistas médico-quirúrgicos de las Unidades de trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar.			
2. Para la prescripción por especialistas en Otorrinolaringología para el manejo de leucoplasias de las cuerdas vocales			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-22 acordó ampliar el uso de la Vitamina A 25.000 UI cápsula o perlas a los especialistas en Otorrinolaringología para ser utilizado en el manejo de leucoplasias de las cuerdas vocales.			

Vitamina A 50.000 U.I. /mL (15.000 RE/mL) (como retinol o como palmitato de retinol).	42-7730	E	2C
Solución oral			
Frasco gotero con 30 mL			
1. Para prescripción por Oftalmología, Pediatría.			
2. Para la prescripción por especialistas en Otorrinolaringología para el manejo de leucoplasias de las cuerdas vocales			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-22 acordó ampliar el uso de la Vitamina A 50.000 UI/mL solución oral a los especialistas en Otorrinolaringología para ser utilizado en el manejo de leucoplasias de las cuerdas vocales.			

Medicamentos de la Lista Complementaria-Z

Calcipotriol 0.05 mg/gramo y betametasona 0.5 mg/gramo	46-2485 Z	RE	2C
Gel			
Envase			
Prescripción por Dermatología. 1. Manejo de psoriasis en cuero cabelludo (adultos) con afección superior al 10% del mismo y que no han respondido a las alternativas terapéuticas LOM (glucocorticoides, emolientes y queratolíticos (consultar lineamiento GM-CCF-6511-2023) No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-46-2485 de la Lista Complementaria-Z con base en la ficha técnica vigente versión CFT 102501 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025			

Inclusión código para identificación de opciones de biosimilares

Bevacizumab 100 mg/4 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 4 mL. Opción 1	41-9030	HRE	2A
Bevacizumab 100 mg/4 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 4 mL. Opción 2	41-9031	HRE	2A
Bevacizumab 100 mg/4 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 4 mL. Opción 3	41-9032	HRE	2A
Bevacizumab 100 mg/4 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 4 mL. Opción 4	41-9033	HRE	2A
Bevacizumab 100 mg/4 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 4 mL. Opción 5	41-9039	HRE	2A

<p>1. Prescripción por especialista en Oncología Médica:</p> <p>a. cáncer colorrectal metastásico con lesiones metastásicas potencialmente resecables (terapia de conversión).</p> <p>b. hepatocarcinoma metastásico o irresecable en combinación con atezolizumab según GM-CCF-6834-2023</p> <p>2. Prescripción por especialistas en oftalmología para el tratamiento de degeneración macular exudativa y edema macular diabético. como uso fuera de indicación oficial. debe documentarse en expediente el respectivo consentimiento informado.</p> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p> <p>Observaciones: Se identifican las 5 opciones de bevacizumab 100 mg/4 mL enlistadas en la ficha técnica de vigente versión CFT 91806 publicada en La Gaceta No. 94 del 23-05-2025 en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS</p>
--

<p>Bevacizumab 400 mg/16 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 16 mL. Opción 1</p>	41-9034	HRE	2A
<p>Bevacizumab 400 mg/16 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 16 mL. Opción 2</p>	41-9035	HRE	2A
<p>Bevacizumab 400 mg/16 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 16 mL. Opción 3</p>	41-3096	HRE	2A
<p>Bevacizumab 400 mg/16 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 16 mL. Opción 4</p>	41-3097	HRE	2A
<p>Bevacizumab 400 mg/16 mL. Solución inyectable (concentrado). Frasco ampolla con 16 mL. Opción 5</p>	41-9038	HRE	2A
<p>1. Prescripción por especialista en Oncología Médica:</p> <p>a. Cáncer colorrectal metastásico con lesiones metastásicas potencialmente resecables (terapia de conversión).</p> <p>b. Hepatocarcinoma metastásico o irresecable en combinación con atezolizumab según GM-CCF-6834-2023</p> <p>2. Prescripción por especialistas en oftalmología para el tratamiento de degeneración macular exudativa y edema macular diabético. Como uso fuera de indicación oficial. Debe documentarse en expediente el respectivo consentimiento informado.</p> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p> <p>Observaciones: Se identifican las 5 opciones de bevacizumab 400 mg/16 mL enlistadas en la ficha técnica de vigente versión CFT 91705 publicada en La Gaceta No. 94 del 23-05-2025 en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS</p>			

SECCIÓN 0

MEDICAMENTOS PARA USO EN ODONTOLOGÍA

Medicamentos para en Odontología

Paracetamol 500 mg	16-0010	M	1A
<i>Tableta</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-16-0010 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 19304 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

Medicamentos para uso exclusivo de los Servicios de Cirugía Oral y Maxilo Facial

Metamizol sódico 2,5 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla o Metamizol magnésico 2 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla o Dipirona 2,5 g/5 mL. Solución inyectable. Ampolla	16-3655	HRE	2C
Especialista en odontología, uso exclusivo En Cirugía Maxilo-Facial en: <ul style="list-style-type: none">– Tratamiento de fracturas faciales.– Cirugía ortognática.– Tratamiento quirúrgico de los síndromes faciales que afectan el desarrollo del os maxilares y los huesos faciales.– Escisión de tumores benignos y malignos en los maxilares y tejidos blandos de boca y cuello.– Reconstrucciones (injertos óseos) de huesos maxilares.– Distracciones osteogénicas. Notas: <ul style="list-style-type: none">– Máximo 72 horas (en caso de egreso durante ese periodo, no se despacha para completar la administración domiciliar). No está indicado en el tratamiento parenteral de procesos inflamatorios agudo, para ese uso se dispone de diclofenaco parenteral LOM.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-16-3655 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 61703 publicada en la Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

SECCIÓN E

MEDICAMENTOS PARA USO POR ENFERMERAS OBSTÉTRAS

Paracetamol 500 mg	16-0010	M	1A
<i>Tableta</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-16-0010 con base en la ficha técnica vigente versión CFT 19304 publicada en La Gaceta No. 76 del 29-04-2025.			

NORMATIVA

A continuación, se detallan las modificaciones realizadas a la Normativa LOM y que fueron avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia:

1. MODIFICACIÓN

Localización – Anexo 3 de la LOM

Sesión CCF – 2025-18.

Observaciones – Se actualiza el formulario para solicitud de un medicamento No LOM para tratamiento crónico en la CCSS.

Detalle – Esta modificación fue comunicada mediante circular GM-CCF-2116-2025

Actual Se detalla a continuación:

Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social

Este es un documento de uso oficial de la CCSS con información confidencial, avalado por Comité Central de Farmacoterapia en su sesión **2025-18**, celebrada el 30 de abril del 2025

Art. 9 Código de Moral Médica: Todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad

1. Identificación		Fecha de la solicitud: _____	
Centro médico: _____		Servicio: _____	
Nombre del paciente: _____		No. de identificación: _____	
Género: _____	Edad: _____ años	Domicilio: _____	
Fecha de primera consulta en la especialidad: _____			
Nombre del prescriptor: _____		Código: _____	
Especialidad: _____		Teléfono para contactar al prescriptor: _____	

2. Medicamento solicitado:				
Principio activo: _____		Presentación y fuerza: _____		
Dosis: _____	Frecuencia: _____	Vía de administración: _____		
Duración del tratamiento: _____		Solicitud por : <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Continuación		
Cuenta con registro sanitario: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
En caso de continuación señalar: Fecha de inicio: _____				
Centro médico que lo inició: _____		Clave de autorización (CCF, DFE, CLF): _____		
Iniciado por otros medios (especifique): _____				
Costo del medicamento: (coordinar con CLF)				
Unitario: _____	Mensual: _____	Semestral: _____		
3. Diagnósticos que justifiquen la presente solicitud del medicamento NO LOM:				
4. Tratamiento(s) farmacológico(s) actual(es) o el último recibido para esta patología (especificar dosis máximas prescrita y respuesta obtenida), en el siguiente cuadro:				
Medicamento	Fecha inicio	Dosis	Fecha SS	Respuesta/ motivo de suspensión /observaciones
5. Epicrisis: resumen breve del caso con descripción cronológica de la evolución clínica e intervenciones terapéuticas, estudios relevantes y otros (anotar AHF, APP y APNP), anotar tratamientos farmacológicos actuales para las comorbilidades. En caso de continuaciones solo brindar la información de la evolución posterior al tratamiento solicitado y los cuadros comparativos necesarios previo y posterior al tratamiento:				
Peso _____ Kg	Talla _____ cm	ASC: _____ m ²	IMC: _____ Kg/m ²	ECOG: _____

Adjuntar resultados de laboratorio, gabinete y escalas pertinentes en orden cronológico:			
Fecha	Estudio	Resultado	Tratamientos en el momento del estudio

6. Justificación científica de la solicitud: Anotar lineamiento institucional que apoya el uso del medicamento. Si no existe un lineamiento institucional se debe hacer un resumen del análisis de la evidencia científica en el contexto clínico del paciente, enfatizando la información de seguridad y beneficio para el paciente. Se puede adjuntar la lista de referencias bibliográficas, no adjuntar el artículo completo ni revisiones bibliográficas del medicamento o del tema.

7. Declaración jurada sobre inexistencia de conflicto de interés y veracidad de los datos clínicos del caso: Yo _____, código del Colegio de Médicos y Cirujanos _____, **DECLARO** lo siguiente: 1. Esta solicitud de uso de medicamento NO LOM, la realizo sin conflicto de interés alguno, que ponga en duda la imparcialidad de la información suministrada y sin que propicie algún beneficio o favorecimiento a mi favor o terceros. 2. Que me comprometo a documentar e informar objetivamente la evolución clínica y el resultado producto de la intervención a este paciente con el medicamento NO LOM solicitado, así como todo aquello que me sea requerido en relación con la prescripción del medicamento solicitado y mantener un seguimiento adecuado del paciente o delegar lo anterior de modificarse mi condición de médico tratante. 3. Finalmente declaro que **sí () no ()** he atendido en Consulta Privada a : (Nombre completo del paciente) _____, número de identificación: _____.

Firma del médico solicitante: _____	
8. Sesión clínica del servicio que avaló la solicitud actual del medicamento.	
Acuerdo de la sesión justificando la solicitud del medicamento:	
N° de sesión _____	Fecha de la sesión: _____
Nombre y código del coordinador de la sesión: _____	
Firma del coordinador de la sesión: _____	
9. Criterio del Comité Local de Farmacoterapia:	
Acuerdo de la sesión:	
N° de sesión: _____	Fecha de la sesión: _____
Nombre y código del coordinador del Comité Local: _____	
Firma del coordinador de la sesión o secretaría técnica del CLF: _____	

2. MODIFICACIÓN

Localización	– V.11. Gestión para tratamiento agudo.
Sesión CCF	– 2025-18
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">– Se modifica normativa LOM, de forma que se indica en V.11.3 que el formulario de solicitud de medicamentos No LOM para tratamiento agudo, se recibirá únicamente en formato digital– En casos excepciones cuando la condición clínica del paciente tenga riesgo inminente de muerte se recibirán solicitudes con letra a mano legible. En ambos casos la descripción de la historia clínica debe ser amplia incluyendo los medicamentos utilizados en orden cronológico, además de adjuntar los reportes de laboratorios necesarios para el análisis de la solicitud.– Se eliminan V.11.6 y V.11.7.
Detalle	– Esta modificación fue comunicada mediante circular DFE-AMTC-0588-2025.

Actual

V.11 Gestión para tratamiento agudo

- V.11.1 Para los medicamentos que puedan ser requeridos para uso inmediato y por corto plazo (máximo 30 días) en pacientes ambulatorios u hospitalizados (resolución de problemas agudos), el médico prescriptor deberá plantear la solicitud razonada al AMTC para su valoración, por vía fax mediante el FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA LOM PARA TRATAMIENTO AGUDO [TRÁMITE PARA CLAVE AGUDA] (Anexo 2).
- V.11.2 No se dará trámite a ninguna solicitud de medicamento no LOM que esté INCOMPLETA o ILEGIBLE, pues la solicitud será objeto de valoración científico-técnica en concordancia con los lineamientos del CCF y las indicaciones y esquemas de dosificación oficiales.
- V.11.3 Los formularios deben enviarse en formato digital. En casos excepciones cuando la condición clínica del paciente tenga riesgo inminente de muerte se recibirán solicitudes con letra a mano legible. En ambos casos la descripción de la historia clínica debe ser amplia incluyendo los medicamentos utilizados en orden cronológico, además de adjuntar los reportes de laboratorios necesarios para el análisis de la solicitud.
- V.11.4 Las solicitudes de medicamento no LOM para tratamiento agudo aprobadas por el AMTC, llevarán anotada una clave que autoriza la compra local del medicamento. Todas las solicitudes autorizadas serán remitidas por vía fax o vía electrónica al prescriptor y a la farmacia para la gestión correspondiente.

- V.11.5 Las solicitudes que requieren ampliar información como las no aprobadas, serán remitidas por vía fax o vía electrónica a la Dirección Médica o Jefatura del Servicio o Sección correspondiente, con copia al Servicio de Farmacia local, a efectos que el médico solicitante, tenga conocimiento del criterio o lineamiento institucional que no permite autorizar el medicamento no LOM solicitado.

3. MODIFICACIÓN

Localización – V.13. Gestión para tratamiento crónico

Sesión CCF – 2025-18

Observaciones – Se modifica normativa LOM, de forma que se indica en V.13.2 que el formulario de solicitud de medicamentos No LOM para tratamiento crónico, se recibirá únicamente en formato digital

Detalle – Esta modificación fue comunicada mediante circular DFE-AMTC-0588-2025.

Actual **V.13 Gestión para tratamiento crónico**

- V.13.1 Para la solicitud de un medicamento no LOM para uso por tiempo prolongado o para uso por corto plazo en situaciones especiales, el médico prescriptor deberá aplicar el *FORMULARIO PARA SOLICITUD DE UN MEDICAMENTO NO LOM PARA TRATAMIENTO CRÓNICO en la CCCS* (Anexo 3) y atender el procedimiento vigente.
- V.13.2 La solicitud del medicamento no LOM debe ser completada en forma legible (únicamente en formato digital) y el formulario con los documentos adjuntos respectivos, serán presentados al CLF en la unidad.
- V.13.3 El médico prescriptor **no** debe emitir la receta del medicamento no LOM solicitado, sino hasta disponer de la aprobación del tratamiento por parte del CCF
- V.13.4 El Comité Local, previa verificación del cumplimiento de los protocolos o cuestionarios así como de los aspectos administrativos vigentes para la adquisición de medicamentos no LOM, valorará en sesión el caso y emitirá una resolución razonada, en concordancia con argumentos válidos, la información científica de alta calidad y los lineamientos establecidos por el CCF.
- V.13.5 Si el Comité Local *acoge* la solicitud para uso crónico del medicamento no LOM, enviará al CCF toda la documentación respectiva para su análisis y aprobación, preferiblemente vía electrónica: ccfarmaco@ccss.sa.cr. Compete al CLF la custodia de las solicitudes impresas

	con firma del prescriptor, según circular CCF-5419-11-13.
V.13.6	En caso contrario, si el Comité Local no <i>acoge</i> favorablemente la solicitud para uso crónico del medicamento no LOM, deberá informar al prescriptor la resolución con una justificación razonada y explícita.

NOMENCLATURA

EXPLICACIÓN DE LA NOMENCLATURA PARA USO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA INSTITUCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	2-CÓDIGO 3-EXISTENCIA	4-CLAVE	5-NIVEL USUARIO
6- LINEAMIENTOS PARA SU USO INSTITUCIONAL			

SIGNIFICADO

- 1 DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO**
Contiene información del medicamento, como mínimo: nombre de principio activo (según su Denominación Común Internacional), fuerza o concentración, forma farmacéutica.

- 2 CÓDIGO**
El código es un número que identifica cada medicamento y para efectos Institucionales corresponde a un ordenamiento administrativo. Los primeros dos dígitos corresponden al grupo terapéutico del medicamento y van del número 01 al 54; luego, separados por un guion aparece otros cuatro números que corresponden a una secuencia establecida que sirve para identificación en el Catálogo General de Suministros. Según ese Catálogo, todos los medicamentos están comprendidos en la Clase 1, Subclase 10, por ello se omite esos tres dígitos en los códigos citados en la LOM

- 3 CATEGORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS LOM SEGÚN SU EXISTENCIA.**
Los medicamentos de la LOM, por una característica administrativa fundamental se dividen en almacenables (A) y no almacenables (Z), también conocido como lista complementaria (anteriormente denominados "Tránsito")
- a. **Medicamentos Almacenables (A):** Se refiere a los medicamentos adquiridos a nivel central por la Gerencia de Logística, por tanto, son almacenados y distribuidos a las farmacias de las unidades por el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI). Estos son los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la gran mayoría de población.
 - b. **Medicamentos no almacenables (Z, lista complementaria):** Incluye los medicamentos requeridos para la atención médica especializada, según la infraestructura y tecnología adecuada

SIGNIFICADO

para el diagnóstico y tratamiento, en los centros de alta complejidad; en particular, para atender las necesidades de prescripción continua pero minoritaria, con respecto a los almacenables.

Nota: Para efectos de este boletín aparecerá entre paréntesis y debajo del código la letra (A) para los almacenables y la letra (Z) para los de la lista complementaria o “tránsito”.

CLAVE

En aras de asegurar la disponibilidad de los medicamentos en la Institución y de acuerdo con la capacidad resolutive de la Unidad, al considerar el cumplimiento de la infraestructura y el recurso humano adecuado para garantizar la máxima seguridad al paciente, todo medicamento es clasificado para asignar una, dos o tres letras que tipifican la clave respectiva:

- **M:** Medicamentos para prescripción por médico general.
- **E:** Medicamentos para prescripción por médico especialista; nombrándose las especialidades correspondientes
- **H:** Administración de medicamentos dentro de las Instalaciones de Centros Médicos
- **HM:** Medicamentos para prescripción por médico general y administrado dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **HE:** Medicamentos para prescripción por médico especialista y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **R:** Medicamentos para uso en condiciones específicas o de uso restringido.
- **HR:** Medicamentos de uso restringido y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **RE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente.
- **HRE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.

4

NIVEL DE USUARIO

En el extremo derecho, luego del código y clave, aparece la clasificación de cada medicamento según el nivel de usuario, el cual define el contexto institucional permitido para la utilización del medicamento.

El nivel de usuario atiende a la complejidad técnica y capacidad resolutive de la unidad programática y se fundamenta en las especialidades disponibles en cada una de ellas consta de un número y una letra.

- **3A:** Corresponde a los Hospitales Nacionales y Especializados (Tercer Nivel de Atención).
- **2A:** Corresponde a los Hospitales Regionales (Segundo Nivel de Atención).
- **2B:** Corresponde a los Hospitales Periféricos (Segundo Nivel de Atención).
- **2C:** Corresponde a las especialidades de las Áreas de Salud tipo III y CAIS (Segundo Nivel de Atención).
- **2D:** Corresponde a las especialidades de Áreas de Salud tipo II (Segundo Nivel de Atención).
- **1A:** Corresponde a las Áreas de Salud tipo I e incluye a los EBAIS (Primer Nivel de Atención).

5

LINEAMIENTO

Información para la prescripción del fármaco en concordancia con la clave asignada (ver punto 4).

6



Acceso a la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y otra información de interés



Página Web de la CCSS

Enlace: www.ccss.sa.cr/lom



Opciones de búsqueda de
medicamentos LOM:

- Por **grupo terapéutico**
- Por **usuario**
- Por **clave** (sección O y E)
- **Buscador general** (nombre, código, y más)



Documentos disponibles para
descarga:

- Normativa de la LOM
- Boletines del Comité Central de Farmacoterapia
- Medicamentos autorizados a Sistemas Alternativos
- Otra información relevante

Sitio colaborativo BINASSS

Enlace general: www.binasss.sa.cr

Acceso directo:

www.binasss.sa.cr/farmacologia/inddex.php



Contenido disponible

- **Acceso a la LOM institucional**
- **Normativa** de la Lista Oficial de Medicamentos
- **Boletines** del Comité Central de Farmacoterapia (actualizaciones)
- **Circulares, lineamientos y protocolos** de medicamentos en la CCSS
- Enlace para acceso al sitio Web: **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.**
- Información sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias de medicamentos.



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia

Centro Corporativo Internacional
Torre B, Piso 6
Barrio Don Bosco
Avenida 8, Calles 26 y 28

**Órgano ejecutor de las decisiones del
Comité Central de Farmacoterapia:**

Dirección de Farmacoepidemiología¹

¹: Por medio de las Áreas establecidas (como así lo preceptúa el Artículo 16, inciso b) del Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia publicado en el Diario Oficial La Gaceta No.29, 11-08-2009).

sitio web | www.ccss.sa.cr/lom o www.binasss.sa.cr/farmacologia/index.php

número de teléfono | 2539-0000 extensiones: 8601, 8602

correo electrónico | gm_df_amt@ccss.sa.cr