

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos

Comité Central de Farmacoterapia



Año 26 Número 74

Setiembre 2024



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

Dra. Maria Paz León Bratti	<i>Representante de Medicina Interna</i>
Dra. Faridy Helo Guzmán	<i>Representante de Geriatría</i>
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes	<i>Representante de Pediatría</i>
Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela	<i>Representante de Cardiología</i>
Dr. Yeimin Jenaro León Serrano	<i>Representante de Ginecología</i>
Dr. Gilberth Benavides Gómez	<i>Representante de Medicina General</i>
Dr. Osvaldo Montenegro García	<i>Representante de Farmacias de Hospitales Nacionales</i>
Dra. Maureen Villalobos Ugalde	<i>Representante Colegio de Médicos y Cirujanos</i>
Dra. Laura Perlaza Valenciano	<i>Representante de Farmacias de Áreas de Salud</i>
Dr. Alberth Núñez Chavarría	<i>Representante del Colegio de Farmacéuticos</i>
Dra. Mariana Astúa González	<i>Representante de SIPROCIMECA</i>
Dra. Kimberly Méndez Porras	<i>Representante Unión Médica Nacional</i>

Asesores

Dr. Mauricio Mora Díaz	<i>Infectología</i>
Dr. Marvin Sánchez Benavides	<i>Reumatología</i>
Dr. José Lee Chang Segura	<i>Neurología</i>
Dra. Pilar Chaverri Sáenz	<i>Hematología</i>
Dra. Priscilla Mesén Aguilar	<i>Medicina Paliativa</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

Azacitidina 100 mg polvo liofilizado para preparar solución inyectable o para preparar suspensión inyectable. Frasco ampolla o	41-3205	HRE	2A
Azacitidina 100 mg polvo liofilizado para reconstitución. Frasco ampolla			
Prescripción por especialista en Hematología, para el tratamiento del síndrome mielodisplásico en pacientes con riesgo intermedio (más de 3 o menos de 4.5 puntos) y riesgo alto y muy alto (más de 4.5 puntos), según lineamiento GM-CCF-4281-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-29.			

Doxorubicina clorhidrato 2 mg/mL.	41-3386	HRE	2B
<i>Dispersión liposomal inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla con 10 mL</i>			
Prescripción por Oncología para el tratamiento de cáncer de ovario en mujeres en las que ha fallado un régimen de quimioterapia de primera línea conteniendo platino (platino resistente)			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-16.			

Eltrombopag 25 mg (como eltrombopag olamina).	12-0591	RE	2A
<i>Tableta recubierta</i>			
1. Prescripción por Hematología para el tratamiento de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica (PTI): <ul style="list-style-type: none"> a. Cuarto paso de tratamiento en mayores de 18 años según lineamiento GM-CCF-1524-2022 b. Tercera línea de tratamiento en menores de 18 años según lineamiento GM-CCF-4256-2022 			
2. Prescripción por Hematología para el tratamiento de anemia aplásica severa o muy severa en pacientes adultos y pediátricos mayores de 2 años (según lineamiento GM-CCF-3405-2024).			
Nota: 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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-26.			

Insulina lispro (de origen ADN recombinante) 100 U/mL.	39-4154	RE	2B
<i>Solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla con 10 mL</i>			
Prescripción por especialista Endocrinología, para uso en pacientes diabéticos tipo 1 que presentan hipoglicemias evidenciadas en el automonitoreo con el uso de insulinas humanas, documentadas en el expediente clínico del paciente.			
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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2023-44.			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Simeticona 100 mg/mL. Suspensión oral. Frasco gotero con 15 mL o simeticona 100 mg/ml. suspensión oral. frasco gotero con 60 mL.	32-7540 Z	RE	2D
Prescripción por gastroenterología: para premedicación, previo a la realización de endoscopías digestivas altas.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-16.			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

<p>Acetato de leuporelina 11,25 mg de depósito. Polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable. Jeringa prellenada con dos cámaras o</p> <p>Acetato de leuporelina 11,25 mg de depósito. Polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable. Frasco ampolla con disolvente adjunto o</p> <p>Goserelina 10,8 mg (como acetato de goserelina). Implante estéril de depósito de acción prolongada para inyección. Jeringa prellenada. Dosis única o</p> <p>Triptorelina 11,25 mg (como pamoato de triptorelina). Polvo y solvente para suspensión inyectable de tipo de liberación prolongada durante 3 meses</p>	38-4335	HRE	2B
<p><i>Sinónimo: acetato de leuporelina o acetato de leuprolida.</i></p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Oncología Médica, Urología y Radioterapia en el manejo del cáncer de próstata. 2. Endocrinología Pediátrica, para el manejo de pubertad precoz, específicamente con leuporelina acetato 11.25 mg de depósito. 3. Ginecología y obstetricia como segunda línea de tratamiento de dolor pélvico asociado a endometriosis en pacientes que presentan reacciones adversas o falla terapéutica a la primera línea de tratamiento con anticonceptivos orales o progestinas parenterales u orales. 			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción de triptorelina 11,25 mg (como pamoato de triptorelina); lo anterior, con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-31 y ficha técnica vigente versión CFT 75607 oficializada en La Gaceta 150 del 16-08-2024.</p>			

Ácido acetil salicílico 100 mg	11-0030	M	1A
Tabletas			
Paciente embarazada para prevención de preeclampsia: iniciar entre las 12 semanas y 28 semanas de gestación (idealmente antes de las 16 semanas) y continuando hasta la semana 36 a dosis de 100 mg cada día (idealmente en la noche según tolerancia gástrica). No se recomienda prescribir después de las 28 semanas, si no se ha iniciado como indicado previamente, desde el primer nivel de atención, por médico general.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-26 avaló la ampliación de uso del ácido acetil salicílico 100 mg tableta (Código 1-10-11-0030) a médico general para su utilización en paciente embarazada para prevención de preeclampsia, según el siguiente lineamiento: iniciar entre las 12 semanas y 28 semanas de gestación (idealmente antes de las 16 semanas) y continuando hasta la semana 36 a dosis de 100 mg cada día (idealmente en la noche según tolerancia gástrica). No se recomienda prescribir después de las 28 semanas, si no se ha iniciado como indicado previamente, desde el primer nivel de atención, por médico general.			

Ácido zoledrónico (anhidro) 4 mg / 5 mL. Solución estéril para inyección. Frasco ampolla con 5 ml o ácido zoledrónico 4 mg (como monohidrato). Polvo liofilizado para inyección. Frasco ampolla de 6 mL o ácido zoledrónico 4 mg / 5 mL (como monohidrato) solución estéril para inyección. Frasco ampolla con 5 ml o ácido zoledrónico 4 mg / 5 ml (como monohidrato) solución inyectable. Frasco ampolla con 5 ml o ácido zoledrónico 4 mg (como monohidrato). Polvo liofilizado para inyección. Frasco ampolla	14-4397	HRE	2A
<p>1. Uso exclusivo de oncología Médica, Hematología, Medicina Interna, Geriátría, Endocrinología y Nefrología, Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor debidamente acreditadas para el tratamiento de pacientes con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mieloma múltiple 2. Metástasis óseas múltiples de cualquier tipo de tumor con sintomatología o datos de riesgo de fractura. 3. Enfermedad de Paget ósea 4. Hipercalcemia maligna <p>2. Uso exclusivo de Reumatología, Endocrinología, Medicina Interna, Oncología, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Ortopedia y Nefrología: para pacientes adultos con osteoporosis (ver lineamiento GM-CCF-3470-2024):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dosis y tiempo de tratamiento:: 5 mg IV cada año durante 3 años. Casos que requieran continuar el tratamiento por persistencia de condiciones médicas, si lo requieren, se puede autorizar 2 dosis más]. <p>Nota: se debe ajustar los 5 mg con la presentación disponible en la LOM (4 mg), optimizando el manejo institucional.</p> <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-29 avaló el uso del ácido zoledrónico a los especialistas en Reumatología, Endocrinología, Medicina Interna, Oncología, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Ortopedia y Nefrología para ser utilizado en el tratamiento de pacientes adultos con osteoporosis en cumplimiento del lineamiento GM-CCF-3470-2024.</p>			

Alopurinol 300 mg	15-0130	R	1A
Tabletas			
<p>Prescripción en pacientes con :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Artropatía gotosa. – Litiasis renal en el que se documente hiperuricosuria. – Profilaxis en pacientes con artropatía gotosa cuando la hiperuricemia es secundaria a enfermedad renal crónica (ERC). – Prevención/tratamiento: síndrome lisis tumoral/hiperuricemia inducida por quimioterapia. <p>Advertencia: La prescripción de alopurinol en pacientes que utilizan azatioprina potencia su efecto inmunosupresor, lo que da lugar a citopenias severas por lo que está contraindicada dicha combinación.</p> <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-33 acordó modificar la clave del medicamento alopurinol 300 mg tabletas de M a R e incluyó los lineamientos de uso para el tratamiento de pacientes con :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Artropatía gotosa. – Litiasis renal en el que se documente hiperuricosuria. – Profilaxis en pacientes con artropatía gotosa cuando la hiperuricemia es secundaria a enfermedad renal crónica (ERC). – Prevención/tratamiento: síndrome lisis tumoral/hiperuricemia inducida por quimioterapia. <p>Adicionalmente, información importante en relación a la contraindicación de uso concomitante de alopurinol y azatioprina.</p>			

Amfotericina B liposomal 1 mg/mL. Suspensión inyectable.	04-3171	HRE	2A
<i>Frasco ampolla con 50 mL o</i>			
Amfotericina B 50 mg (intercalada en membrana liposomal).			
<i>Polvo liofilizado para suspensión inyectable. Frasco ampolla</i>			
<p>1. Prescripción por Infectología:</p> <p>Diagnóstico de meningoencefalitis por <i>Cryptococcus sp</i>, histoplasmosis diseminada progresiva, infecciones por mucorales, en pacientes con una tasa de filtración glomerular menor a 30 ml/min y con inmunosupresión profunda por: medicamentos inmunosupresores en el contexto de patología autoinmune, trasplante de órgano sólido o célula madre hematopoyéticas, infección por VIH, mielosupresión posquimioterapia.</p> <p><i>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.</i></p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción amfotericina B 50 mg (intercalada en membrana liposomal) polvo liofilizado; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 93302 publicada en La Gaceta 129 del 15-07-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-28.</p>			

Beclometasona dipropionato (como monohidrato) 50 ug/dosis o beclometasona dipropionato anhidra 50 ug/dosis	50-6315	R	1 A
<i>Inhalación nasal</i>			
<i>Frasco con 180 a 200 dosis</i>			
1. Uso exclusivo en rinitis alérgica, poliposis nasal y sinusitis. 2. Oftalmología para ser utilizado en pacientes sometidos a dacriocistorinostomía (máximo 1 mes). 3. Médico general de acuerdo con lineamiento estrategia APER.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-29 acordó modificar la clave del medicamento beclometasona dipropionato 50 ug/dosis inhalación nasal (código 1-10-50-6315) de E a R; por lo anterior, se elimina en el punto 1 las especialidades, quedando la prescripción por médico general o especialista en cumplimiento del diagnóstico (rinitis alérgica, poliposis nasal, sinusitis). Resto de indicaciones (puntos 2 y 3) quedan igual.			

Bendamustina clorhidrato 100 mg (como bendamustina clorhidrato monohidrato). Polvo liofilizado para concentrado para solución para perfusión. Frasco ampolla o Bendamustina clorhidrato 100 mg (como bendamustina clorhidrato monohidrato). Polvo liofilizado para solución para infusión. Frasco ampolla	41-3217	HRE	2A
1. Prescripción por Hematología: a. Tratamiento de primera línea para leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). b. Linfoma no Hodgkin indolente 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, correspondiente a la ampliación a la opción bendamustina clorhidrato 100 mg (como bendamustina clorhidrato monohidrato) polvo liofilizado para solución para infusión; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 98701 oficializada en La Gaceta No. 115 del 25-06-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-24.			

Bortezomib 3.5 mg	41-3237	HRE	2B
Polvo liofilizado para solución inyectable			
Frasco ampolla			
<p>1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-2953-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones):</p> <p>1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado en pacientes candidatos o no candidatos a trasplante de medula ósea.</p> <p>1.2. Tratamiento de mieloma múltiple recaída/refractario</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, según protocolo establecido.</p>			
Observaciones: Se actualiza el número de documento que contiene el lineamiento de uso de bortezomib 3.5 mg por el vigente GM-CCF-2953-2024.			

Cabergolina 0,5 mg. Tableta o cabergolina 0.5 mg. Tableta recubierta o cabergolina 0.5 mg. Comprimido	38-0268	RE	2B
Prescripción por Endocrinología:			
<p>1. Adenoma de hipófisis (micro/macroprolactinoma) con hipeprolactinemias documentadas por laboratorio en la que se reporta intolerancia al uso del medicamento bromocriptina/LOM.</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>			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción cabergolina 0.5 mg comprimido; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 71904 oficializada en La Gaceta No. 108 del 14-06-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-21.			

Daratumumab 100 mg/5 mL (20 mg/mL)	41-3381	HRE	2B
Concentrado para solución para infusión			
Frasco ampolla con 5 mL			
<p>1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-2953-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones):</p> <p>a. Mieloma múltiple recién diagnosticado:</p> <p>i. Paciente candidato a trasplante de medula ósea con contraindicación a uso de bortezomib y/o talidomida o refractario a terapia con bortezomib.</p> <p>ii. Paciente con enfermedad refractaria a bortezomib o con segunda recaída</p>			
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – En caso de utilizar esquema DRD debe cumplir con todos los criterios para su utilización, según lineamiento vigente. – 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 el número de documento que contiene el lineamiento de uso de daratumumab 100 mg por el vigente GM-CCF-2953-2024.			

Daratumumab 400 mg/20 mL (20mg/mL)	41-3382	HRE	2B
<i>Concentrado para solución para infusión</i>			
<i>Frasco ampolla con 20 mL</i>			
1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-2953-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones): <ol style="list-style-type: none"> Mieloma múltiple recién diagnosticado: <ol style="list-style-type: none"> Paciente candidato a trasplante de medula ósea con contraindicación a uso de bortezomib y/o talidomida o refractario a terapia con bortezomib. Paciente con enfermedad refractaria a bortezomib o con segunda recaída 			
Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de utilizar esquema DRD debe cumplir con todos los criterios para su utilización, según lineamiento vigente. 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 el número de documento que contiene el lineamiento de uso de daratumumab 400 mg por el vigente GM-CCF-2953-2024.			

Docetaxel anhidro 20 mg/mL (como docetaxel trihidratado). <i>Solución concentrada para inyección. Inyectable. Frasco ampolla con 1mL o</i> Docetaxel anhidro 20 mg/mL. <i>Solución concentrada para infusión. Frasco ampolla com 1 mL</i>	41-4155	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción docetaxel anhidro 20 mg/mL solución concentrada para infusión. Frasco ampolla com 1 mL; lo anterior, com base em la ficha técnica vigente versión CFT 76202 oficializada en La Gaceta No. 129 del 15-07-2024.			

Docetaxel anhidro 80 mg/4mL (20 mg/mL) (como docetaxel trihidratado). <i>Solución concentrada para inyección. Inyectable. Frasco ampolla con 4 mL o</i> Docetaxel anhidro 80 mg/4 mL (20 mg/mL). <i>Solución concentrada para infusión. Frasco ampolla con 4 mL.</i>	41-4160	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción docetaxel anhidro 80 mg/4 mL (20 mg/mL) solución concentrada para infusión; lo anterior con base en la ficha técnica vigente versión CFT 76302 oficializada en La Gaceta Nol 129 del 15-07-2024			

<i>Enoxaparina sódica 40 mg (4000 U.I.)/0.4 mL,</i>	11-4085	R	2B
<i>Solución estéril inyectable</i>			
<i>Jeringa prellenada con 0.4 mL</i>			
<p>Según protocolo de uso institucional de enoxaparina a dosis baja o profiláctica CCF-0126-01-16.</p> <p>Se autoriza su despacho para uso domiciliario o extrahospitalario en las indicaciones avaladas en la circular CCF-0126-01-16, en caso de egreso hospitalario antes de completar el tiempo máximo autorizado.</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, según protocolo establecido.</p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 15606 oficializada en La Gaceta No. 145 del 08-08-2024</p>			

<i>Enoxaparina sódica 80 mg (8.000 UI)/0.8 mL)</i>	11-4095	R	2B
<i>Solución estéril inyectable</i>			
<i>Jeringa prellenada con 0.8 mL</i>			
<p>Según protocolo de uso institucional enoxaparina para anticoagulación plena CCF-4677-10-17.</p> <p>Se autoriza su despacho para uso domiciliario o extrahospitalario para anticoagulación plena en los casos previstos en la circular CCF-4677-10-17</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, según protocolo establecido.</p>			
<p>Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 78201 oficializada en La Gaceta No. 145 del 08-08-2024.</p>			

<i>Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de mal absorción intestinal. Polvo para dilución. Envase con 357 g o Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de mal absorción intestinal. Polvo para dilución. Envase con 400 g.</i>	50-6850	RE	2C
<p>Uso exclusivo de Pediatría, Neonatología, Alergología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica, para el manejo de pacientes menores de 2 años con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome de mala-absorción. 2. Casos comprobados de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) según protocolo de atención clínica atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca red de servicios de la C.C.S.S. código PAC.GM.DDSS.010123, versión: 01”. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de mal absorción intestinal polvo para dilución envase con 400 g; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 57410 oficializada en La Gaceta No. 115 del 25-06-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-22.</p>			

Hipromelosa AL 0,5% (5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico). Frasco gotero con 10 mL o 15 mL, o Hipromelosa al 0,3% (3 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 10 mL o 15 mL, o Carboximetilcelulosa sódica al 0,5% (5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 15 mL o 30 mL o Carboximetilcelulosa sódica al 0.5% (5 mg/mL). Solución oftálmica estéril. Frasco gotero con 10 mL.	45-7200	M	1A
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción carboximetilcelulosa sódica al 0.5% (5 mg/mL) solución oftálmica estéril, frasco gotero con 10 mL; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 22205 oficializada en La Gaceta NO. 115 del 25-06-2024.			

Ibuprofeno 100 mg/5mL	16-7085	R	1A
<i>Suspensión oral</i>			
<i>Frasco con 50 mL o 60 mL</i>			
Para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló para ibuprofeno 100 mg/5 mL suspensión oral (código 1-10-16-7085), modificar el nivel de usuario de 2C a 1-A y la clave de RE a R: para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas.			

Jalea o gel lubricante	50-2655	HM	1A
<i>Tubos de 120 g a 142.5 g</i>			
1. Autorización de despacho domiciliar en forma excepcional para pacientes que requieran cateterización de las vías urinarias y tracto digestivo para alimentación enteral. 2. Fisiatría, para ser utilizado en procedimiento de rehabilitación de piso pélvico (puede coordinarse su despacho mediante stock y se delega al CLF del centro su autorización).			
Observaciones: Se incluyen nuevamente las información con respecto a la excepcionalidad de autorización para despacho domiciliar para pacientes que requieran cateterización de las vías urinarias y tracto digestivo para alimentación enteral; asimismo, la autorización de uso por el profesional de Fisiatría en la realización del procedimiento de rehabilitación de piso pélvico (entrega por stock); los cuales, por un error material involuntario al transcribir la información habían sido omitidos de este código.			

Lenalidomida 10 mg	41-1047	RE	2B
Cápsula			
Prescripción por especialista en Hematología para:			
1. Tratamiento de mieloma múltiple sintomático (ver lineamiento GM-CCF-2953-2024), en las siguientes condiciones):			
1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado:			
1.1.1. Paciente candidato a trasplante de médula ósea con contraindicación a uso de bortezomib y/o talidomida o refractaria a terapia con bortezomib.			
1.1.2. Terapia de mantenimiento post trasplante de médula ósea en pacientes con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3 .			
1.1.3. Terapia de mantenimiento en paciente no candidato a trasplante de médula ósea con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3 .			
1.2. Paciente con enfermedad refractaria a bortezomib o con segunda recaída.			
2. Síndrome mielodisplásico con delección 5q, con riesgo intermedio (bajo o alto) según clasificación IPSS			
Notas:			
– Debe cumplir todos los criterios para la utilización de daratumumab en esquema DRD, según lineamiento vigente.			
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 institucional			
Observaciones: Se actualiza el número de documento que contiene el lineamiento para tratamiento de pacientes con mieloma múltiple por el vigente GM-CCF-2953-2024. También, se amplía el uso de lenalidomida 10 mg cápsula para tratamiento de síndrome mielodisplásico con delección 5q, con riesgo intermedio (bajo o alto) según clasificación IPSS, según acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-33.			

Lenalidomida 25 mg	41-1048	RE	2B
Cápsula			
1. Prescripción por especialista en hematología (ver lineamiento GM-CCF-2953-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones):			
1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado:			
1.1.1. Paciente candidato a trasplante de médula ósea con contraindicación a uso de bortezomib y/o talidomida o refractaria a terapia con bortezomib.			
1.1.2. Terapia de mantenimiento post trasplante de médula ósea en pacientes con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3 .			
1.1.3. Terapia de mantenimiento en paciente no candidato a trasplante de médula ósea con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3 .			
1.2. Paciente con enfermedad refractaria a bortezomib o con segunda recaída.			
Notas:			
– Debe cumplir todos los criterios para la utilización de daratumumab en esquema DRD, según lineamiento vigente.			
– 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 el número de documento que contiene el lineamiento para tratamiento de pacientes con mieloma múltiple por el vigente GM-CCF-2953-2024			

Linezolid 600 mg.	02-0700	RE	2B
Tableta recubierta			
Exclusivo para la prescripción por especialistas en Infectología como traslape de terapia endovenosa a vía oral en infecciones causadas por microorganismos gram positivos:			
<ol style="list-style-type: none"> Infecciones en las que se encuentra contraindicado en forma absoluta el uso de las otras alternativas LOM orales: <ul style="list-style-type: none"> <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina: se debe contar en el expediente con la información y reporte de la contraindicación o falla terapéutica a las alternativas LOM disponibles (doxiciclina o trimetoprima/sulfametoxazol). En caso de alergia a sulfas, debe considerarse terapia de desensibilización antes de considerar linezolid como alternativa. Terapia empírica en infecciones de piel y tejido blando <ul style="list-style-type: none"> Para el diagnóstico de celulitis (terapia empírica) el máximo de tratamiento empírico será de 7 días, en caso de requerirse mayor duración deberá solicitarse clave aguda a CLF por un máximo de 2 semanas en la que se justifique por qué no es viable utilizar otras alternativas LOM. Indicaciones para infecciones por micobacterias requieren autorización por AMTC o CCF según corresponda. 			
Es una alternativa para el tratamiento dirigido de infecciones por enterococos resistentes a ampicilina cuando sea viable utilizar doxiciclina o cuando se cuente con contraindicación para el uso de betalactámico y tetraciclina (cuyo motivo deberá estar anotado en el espacio de observaciones de la receta).			
Solicitudes en las que el periodo de prescripción total (vía parenteral y oral) sea entre 14 días y 6 semanas serán resueltas por el CLF (requiere llenar solicitud de clave aguda), y periodo entre 6-12 semanas deberán elevarse al ATMC y periodos mayores a 12 semanas serán valoradas por el CCF			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló en Sesión 2024-34 modificar la clave de HRE a RE. Se mantienen los lineamientos de uso.			

Mesalazina 500 mg. Tableta de liberación prolongada o mesalazina 500 mg. Tableta recubierta de liberación prolongada o Mesalazina 1 g. Gránulos de liberación prolongada. Sobre.	32-1182	RE	2A
(Sinónimo: mesalamina)			
Uso exclusivo de médico especialista en Gastroenterología para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes que tengan contraindicación para el uso de la sulfasalazina, documentada en el expediente.			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción mesalazina 1 g gránulos de liberación prolongada; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 73206 oficializada en La Gaceta No. 108 del 14-06-2024.			

Olopatadina al 0,1 % (1 mg / mL) (como clorhidrato de olopatadina). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o Olopatadina al 0,2 % (2 mg / mL) (como clorhidrato de olopatadina). Solución oftálmica estéril. Frasco gotero con 3 mL	45-7365	RE	2C
1. Uso exclusivo Oftalmología, Alergología en conjuntivitis papilar gigante, queratoconjuntivitis vernal severa y conjuntivitis alérgica severa 2. Uso exclusivo de Medicina Familiar y Comunitaria para el manejo de pacientes con conjuntivitis alérgica severa			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción olopatadina al 0.2% (2 mg/mL) (como clorhidrato de olopatadina) solución oftálmica estéril; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 58903 oficializada en La Gaceta No. 150 del 16-08-2024. Adicionalmente, con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-16, se amplía uso a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para el manejo de pacientes con conjuntivitis alérgica severa.			

Omeprazol 20 mg. Cápsula de liberación retardada o Lansoprazol 30 mg. Cápsula de liberación retardada o Pantoprazol 40 mg tableta de liberación retardada.	32-1275	RE	2D
<ul style="list-style-type: none"> • Uso exclusivo de Gastroenterología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Medicina Paliativa, Cardiología, Neurología y Nefrología según protocolo CCF-5645-11-13. • Especialista en Emergencias para pacientes críticamente enfermos, en profilaxis de úlceras por estrés y posterior a sangrado digestivo alto al reiniciar vía oral (máximo 30 días). • Otorrinolaringología (ORL) y Foniatría, según los lineamientos institucionales CCF-0320-01-2014. • Neumología en paciente con RGE demostrado por un periodo de 4 a 8 semanas y hasta un máximo de 12 semanas. • Tratamiento de la infección por <i>H. pylori</i> según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022: <ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de <u>primera línea</u>, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por médico general o especialista. b. Tratamiento de <u>segunda línea</u>, prescripción por Gastroenterología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Infectología y Geriátría. c. Tratamiento de <u>tercera línea</u>, prescripción por Gastroenterología. <p>(Solicitar extrapedido al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica, en caso de no contar con cuota de presupuesto de despacho)</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, según protocolo establecido.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la autorización de uso de los inhibidores de bomba de protones orales a los especialistas en Emergencias para ser utilizado en pacientes críticamente enfermos, en profilaxis de úlceras por estrés y posterior a sangrado digestivo alto al reiniciar vía oral (máximo 30 días).			

Omeprazol 40 mg (como omeprazol sódico). En polvo liofilizado para inyección. Inyectable. Frasco ampolla. Con diluyente incluido. (ampolla con 10 mL de diluyente) o Esomeprazol 40 mg (como esomeprazol sódico). En polvo liofilizado para inyección. Inyectable. Frasco ampolla.	32-4352	HRE	2C
Prescripción por médicos especialistas para uso por 72 horas en el caso de: A. Adultos <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con sangrado digestivo alto (SDA) o sospecha de sangrado digestivo alto.. 2. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica, tras medidas aplicadas para hemostasia local o como complemento de intervención endoscópica o con contraindicación para gastroscopía. 3. Profilaxis de úlceras por estrés en pacientes críticamente enfermos sin vía oral disponible. Pacientes con contraindicación al uso de la vía oral luego del ciclo inicial de 72 horas (Ej. Cáncer de esófago obstructivo se autoriza el uso hasta por un máximo de 7 días y revalorando si la condición e indicación se mantiene posteriormente (anotar en la casilla de observaciones de la receta para su despacho en la farmacia) B. Pediatría <ol style="list-style-type: none"> 1. Esofagitis erosiva asociada con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Según circular: DFE-AMTC-0317-2024 Observaciones: El Comité Centra de Farmacoterapia en las sesiones 2024-30 y 2024-35 avaló la modificación en la redacción de los lineamientos de uso de los inhibidores de bomba de protones (IBP) parenterales e incluyó información referente al proceder en caso de que un paciente presente una contraindicación para ser trasladado a la vía oral posterior al ciclo de tratamiento con IBP parenterales por 72 horas.			

Osimertinib 80 mg (como mesilato de osimertinib)	41-1276	RE	3A
<i>Tableta recubierta</i>			
Exclusivo para Oncología Médica, únicamente como primera línea de tratamiento para cáncer de pulmón no microcítico metastásico con mutación EGFR según DFE-AMTC-0258-2024			
Observaciones: Se actualiza el número de documento que contiene el lineamiento de uso del osimertinib 80 mg tableta recubierta por el vigente DFE-AMTC-0258-2024			

Rituximab 100 mg (10 mg/mL)	41-3235	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 10 mL.			
(opción 1)			
<ol style="list-style-type: none"> 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 para: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> i. Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, 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. <p>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.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 100 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.			

Rituximab 100 mg (10 mg/mL)	41-9001	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 10 mL.			
(opción 2)			
<ol style="list-style-type: none"> 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. Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con Leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología para: <ol 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: <ol style="list-style-type: none"> Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes. 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: <ol style="list-style-type: none"> Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado. 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. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 100 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.</p>			

Rituximab 100 mg (10 mg/mL)	41-9003	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 10 mL.			
(opción 3)			
<ol style="list-style-type: none"> 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 para: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> i. Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, 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. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 100 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.</p>			

Rituximab 500 mg (10 mg/mL)	41-3236	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 50 mL.			
(Opción 1)			
<ol style="list-style-type: none"> 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. Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con Leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología para: <ol 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: <ol style="list-style-type: none"> Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes. 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: <ol style="list-style-type: none"> Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado. 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. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 500 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.</p>			

Rituximab 500 mg (10 mg/mL)	41-9002	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 50 mL. (Opción 2)			
<ol style="list-style-type: none"> 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 para: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> i. Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, 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. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 500 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.</p>			

Rituximab 500 mg (10 mg/mL)	41-9004	HRE	2A
Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa			
Frasco ampolla con 50 mL. (Opción 3)			
<ol style="list-style-type: none"> 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. Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con Leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología para: <ol 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: <ol style="list-style-type: none"> Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes. 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: <ol style="list-style-type: none"> Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado. 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. <p>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.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló la ampliación de uso de rituximab 500 mg a los especialistas en Hematología, Reumatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes adultos y niños con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) según los lineamientos anteriormente mencionado en el punto 3.</p>			

<i>Ruxolitinib 5 mg (como fosfato de ruxolitinib)</i>	41-1571	RE	2A
Comprimido			
Prescripción por médicos especialistas en Hematología en el tratamiento de la mielofibrosis primaria o en mielofibrosis secundaria (a policitemia vera o a trombosis esencial) según lineamiento GM-CCF-2959-2024			
Observaciones: Se actualiza el número de documento que contiene el lineamiento de uso de ruxolitinib 5 mg por el vigente GM-CCF-2959-2024.			

<i>Ruxolitinib 15 mg (como fosfato de ruxolitinib)</i>	41-1572	RE	2A
Comprimido			
Prescripción por médicos especialistas en Hematología en el tratamiento de la mielofibrosis primaria o en mielofibrosis secundaria (a policitemia vera o a trombosis esencial) según lineamiento GM-CCF-2959-2024			
Se actualiza el número de documento que contiene el lineamiento de uso de ruxolitinib 15 mg por el vigente GM-CCF-2959-2024.			

<i>Tacrolimus 0.5 mg (como monohidratado)</i>	41-1617	R	3A
Cápsula			
Uso exclusivo en pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, según el respectivo protocolo. Uso compasional en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, según protocolo.			
Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 40507 oficializada en La Gaceta 157 del 27-08-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-33.			

<i>Tacrolimus 1 mg (como monohidratado)</i>	41-1618	R	3A
Cápsula			
Uso exclusivo en pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, según el respectivo protocolo. Uso compasional en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, según protocolo			
Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 40606 publicada en La Gaceta 157 del 27-08-2024.			

<i>Tiotropio (como bromuro de tiotropio monohidratado) 2.5 microgramos por pulsación</i>	23-7680	RE	2A
Solución para aerosol para inhalación oral. Envase con 4.5 mL con dispositivo dosificador no recargable			
Uso exclusivo por especialista en Neumología y Medicina Familiar y Comunitaria para pacientes con diagnóstico de: <ol style="list-style-type: none"> 1. EPOC, (estadio GOLD II y III), garantizando que el paciente no es un tabaquista activo 2. Asma moderada a severa, según el paso 4 y 5 de la guía GINA 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 estadio el criterio correspondiente que justifique su uso en EPOC según protocolo establecido o estadio de asma y paso de acuerdo con la guía GINA			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló la ampliación de uso de tiotropio solución para aerosol para inhalación oral (código 1-10-23-7680) a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en cumplimiento de los lineamientos anteriormente mencionados.			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Acetato de leuprorelina 3,75 mg. Para suspensión inyectable de liberación extendida. Microesferas liofilizadas estériles en frasco ampolla con diluyente adjunto en ampolla o frasco ampolla o Acetato de leuprorelina 3,75 mg. Para suspensión inyectable de liberación extendida. Microesferas liofilizadas estériles en jeringa prellenada de doble cámara o Acetato de leuprorelina 3,75 mg. Polvo liofilizado contiene microesferas para suspensión inyectable. Frasco ampolla. Con 1,5 ml de diluyente en ampolla o Acetato de triptorelina 3,75 mg (equivalente a 3,21 mg de triptorelina). Polvo y solvente para suspensión inyectable de tipo de liberación prolongada	38-4238 Z	HR	3A HNN
Sinónimo: acetato de leuprolida			
Uso exclusivo del Hospital Nacional de Niños en síndrome de pubertad precoz			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción acetato de triptorelina 3,75 mg (equivalente a 3,21 mg de triptorelina). Polvo y solvente para suspensión inyectable de tipo de liberación prolongada; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 64202 publicada en La Gaceta No. 150 del 16-08-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-29.			

Levofloxacin base 500 mg (como levofloxacin hemihidrato)	02-0650 Z	RE	2 A
Tableta recubierta			
1. Medicina Familiar, Medicina Interna, Infectología, Geriátría o Gastroenterología: segunda línea de tratamiento para erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022 por un periodo de 14 días no prorrogables. 2. Infectología y Neumología: <ul style="list-style-type: none"> – TBE o en coinfectados TB/VIH – Esquemas de TBP modificados con contraindicación demostrada a rifampicina. – Esquema de TPB sensible a rifampicina pero resistente a isoniazida (TB-Hr) – Esquemas para TBP resistente (TB-MDR, TB-PREXDR, TB-XDR) Según el protocolo de vigilancia y control de la tuberculosis vigente.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-29 acordó ampliar el uso de levofloxacin 500 mg tableta recubierta a los especialistas en Neumología e Infectología para el tratamiento de pacientes con tuberculosis en las indicaciones mencionadas en el punto 2 anterior.			

Montelukast 4 mg (como montelukast sódico). Tableta masticable o montelukast 4 mg (como montelukast sódico). Comprimido masticable	23-1046 Z	RE	2D
1. Uso exclusivo en Pediatría y Alergología. 2. Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales, 3. Dermatología para urticaria crónica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción montelukast 4 mg (como montelukast sódico) comprimido masticable; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente, versión CFT 93606 publicada en La Gaceta 129 del 15-07-2024.			

SECCIÓN O

MEDICAMENTOS PARA USO EN ODONTOLOGÍA

Amoxicilina 500 mg (como amoxicilina trihidrato)	02-0185	M	1A
<i>Cápsulas o tabletas recubiertas</i>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia acordó en Sesión 2024-28 eliminar la restricción de uso de este fármaco solamente para profilaxis en endocarditis y modificar la clave de R a M			

Amoxicilina base 250 mg / 5 mL (Como amoxicilina trihidrato)	02-6205	M	1A
<i>Polvo para suspensión oral</i>			
<i>Frasco para 60 mL o 100 mL</i>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia acordó en Sesión 2024-28 eliminar la restricción de uso de este fármaco solamente para profilaxis en endocarditis y modificar la clave de R a M			

Ibuprofeno 100 mg/5mL	16-7085	R	1A
<i>Suspensión oral</i>			
<i>Frasco con 50 mL o 60 mL</i>			
Odontología: Para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-30 avaló para ibuprofeno 100 mg/5 mL suspensión oral (código 1-10-16-7085):			
1. modificar el nivel de usuario de 2C a 1-A y la clave de RE a R: para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas.			
2. Incluir este medicamento en la Sección O, para uso por los profesionales en odontología, según los lineamientos anteriormente mencionados.			

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

Hipromelosa AL 0,5% (5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico). Frasco gotero con 10 mL o 15 mL, o Hipromelosa AL 0,3% (3 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 10 mL o 15 mL, o Carboximetilcelulosa sódica al 0,5% (5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 15 mL o 30 ML o Carboximetilcelulosa sódica al 0.5% (5 mg/mL). Solución oftálmica estéril. Frasco gotero con 10 mL	45-7200	RE	3 A
Uso exclusivo Odontólogos especialistas en cirugía maxilofacial en pacientes con prótesis ocular.			
Observaciones: Se actualiza la descripción correspondiente a la ampliación a la opción Carboximetilcelulosa sódica al 0.5% (5 mg/mL) solución oftálmica estéril, frasco gotero con 10 mL; lo anterior, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 22205 publicada en La Gaceta 115 del 25-06-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-24.			

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 – **Capítulo III, apartado III.7.4**

Sesión CCF – 2024-32

Observaciones – El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-32 celebrada el 18 de julio de 2024, avaló la lista de medicamentos autorizados para el stock utilizado en la atención de paro cardiorrespiratorio y secuencia rápida de intubación, clasificados por tipo de unidad; la cual fue comunicada mediante circular GM-CCF-4183-2024.

Detalle – Se actualiza número de documento por el vigente GM-CCF-4183-2024, en los apartados a y b. Resto de la información se mantiene sin modificaciones.

Actual

III.7.4 Stock de medicamentos

- a. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro, Servicios de Emergencia y Maletín Médico es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de las Áreas de Salud, EBAIS y Puestos de Visita Periódica y se rigen bajo los “Lineamientos de Stocks de Medicamentos de Áreas de Salud 1, 2 y 3, EBAIS concentrados, desconcentrados y Puestos de Visita Periódica” y circulares complementarias vigentes (GM-CCF-4183-2024)
- b. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro y Servicios de Emergencias (Stock de farmacia en los Servicios de Emergencias) es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de atención ambulatoria de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos según circular GM-CCF-4183-2024.

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

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