

GERENCIA MÉDICA

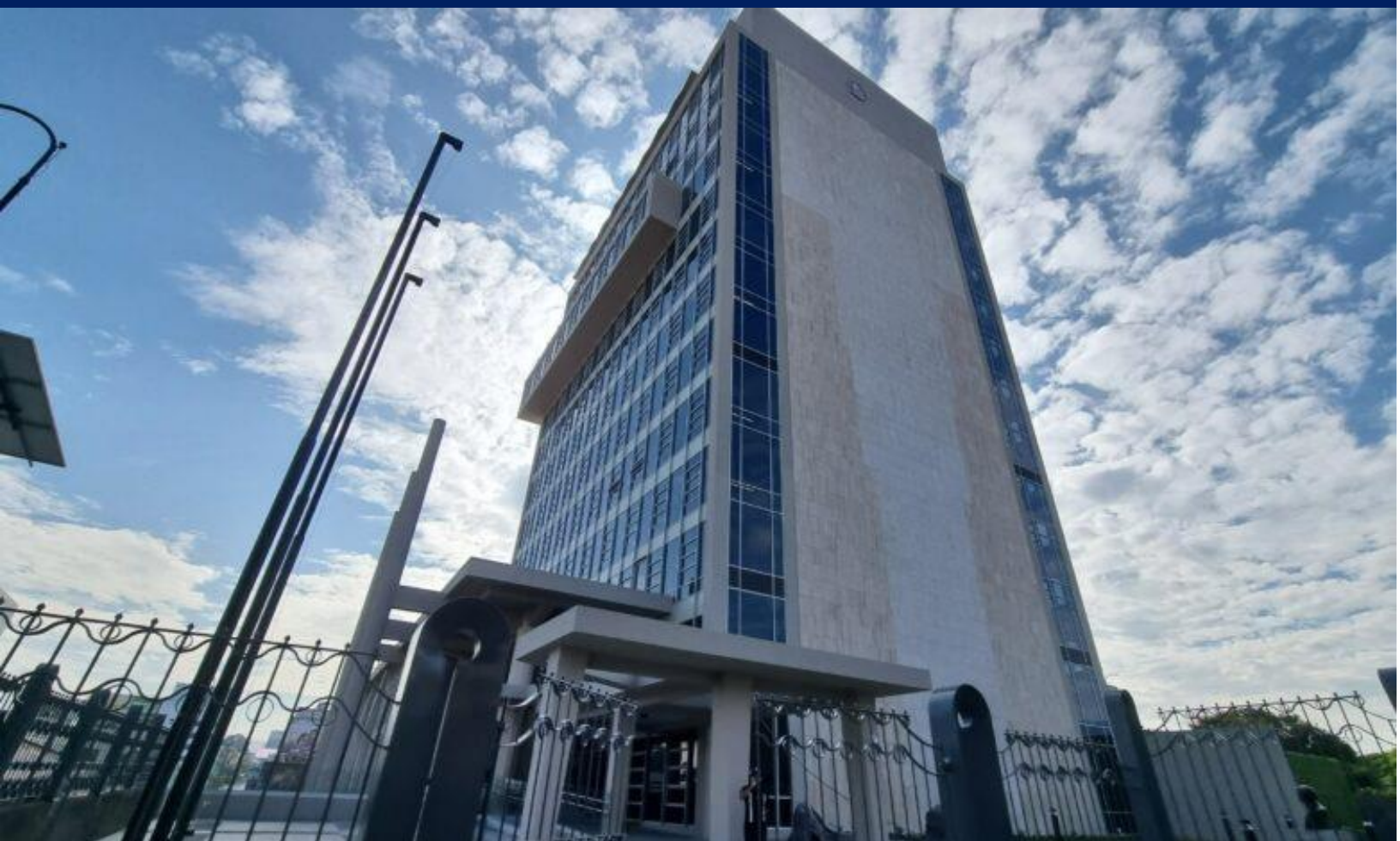


BOLETÍN ACUERDOS

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

ACTUALIZACIÓN

LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS – CCSS -



Año 26

Número 72

Marzo 2024

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 Geriátría</i>
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes	<i>Representante de Pediatría</i>
Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela	<i>Representante de Cardiología</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>
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. Sixto Bogantes Ledezma	<i>Neurología</i>
Dra. Pilar Chaverri Sáenz	<i>Hematología</i>
Dra. Maribel Vargas de León	<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 su inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Cada uno contiene los datos de código, descripción, clave, nivel de usuario, lineamiento (cuando la clave así lo establece) y número de sesión del Comité Central de Farmacoterapia. Los fármacos se agrupan en dos apartados: medicamentos almacenables y medicamentos de la lista complementaria-Z.

Medicamentos almacenables

Alectinib 150 mg (como hidrocloreuro de alectinib 161.3 mg).	41-0115	RE	2A
Cápsula dura			
Prescripción por especialista de Oncología Médica para el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón avanzado, con mutación ALK, como terapia de primera línea.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-46.			

Amfotericina B liposomal 1 mg/mL.	04-3171	HRE	2A
Suspensión inyectable. Frasco ampolla con 50 mL			
<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>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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-41			

Bendamustina clorhidrato 100 mg (como bendamustina clorhidrato monohidrato).	41-3217	HRE	2A
Polvo liofilizado para concentrado para solución para perfusión.			
Frasco ampolla			
<p>1. Prescripción por Hematología:</p> <p>a. Tratamiento de primera línea para leucemia linfocítica crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023).</p> <p>b. Linfoma no Hodgkin indolente</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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-41			

Bevacizumab 100 mg/4 mL (25 mg/mL)	41-0055	HRE	2A
Concentrado para solución para infusión			
Frasco ampolla con 4 mL			
<p>1. Prescripción por especialista en Oncología Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cáncer colorrectal metastásico con lesiones metastásicas potencialmente resecables (terapia de conversión). b. Hepatocarcinoma metastásico o irresecable en combinación con atezolizumab según GM-CCF-6834-2023 <p>2. Prescripción por especialistas en Oftalmología para el tratamiento de degeneración macular exudativa y edema macular diabético. Con 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>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-51			

Bevacizumab 400 mg/16 mL (25 mg/mL)	41-0042	HRE	2A
Concentrado para solución para infusión			
Frasco ampolla con 16 mL			
<p>1. Prescripción por especialista en Oncología Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cáncer colorrectal metastásico con lesiones metastásicas potencialmente resecables (terapia de conversión). b. Hepatocarcinoma metastásico o irresecable en combinación con atezolizumab según GM-CCF-6834-2023 <p>2. Prescripción por especialistas en Oftalmología para el tratamiento de degeneración macular exudativa y edema macular diabético. Con 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>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-51			

Bromuro de rocuronio 50 mg/5 mL	20-4506	HR	2D
<i>Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL</i>			
<p>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> <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. – 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> <ol style="list-style-type: none"> a. Contraindicación al uso de succinilcolina: <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 b. Síndrome de apnea obstructiva, que requieren procedimientos quirúrgicos mayores. 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 $\geq a 25\%$. 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>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-54</p>			

<i>Cabergolina 0,5 mg. Tableta o cabergolina 0.5 mg. Tableta recubierta</i>	38-0268	RE	2B
Prescripción por Endocrinología: 1. Adenoma de hipófisis (micro/macroprolactinoma) con hiperprolactinemias documentadas por laboratorio en la que se reporta intolerancia al uso del medicamento bromocriptina/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.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38			

<i>Doxorubicina clorhidrato 2 mg/mL (50 mg/25 mL).</i>	41-3385	HRE	2A
<i>Solución inyectable. Frasco ampolla con 25 mL.</i>			
Prescripción por Hematología para el tratamiento de: 1. Linfoma Hodgkin. 2. Linfoma no Hodgkin. 3. Leucemia linfoblástica aguda.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-46			

<i>Dasatinib 100 mg</i>	41-0452	RE	2A
Tableta recubierta			
Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de la leucemia mieloide crónica (ver lineamiento GM-CCF-6015-2023), como segunda línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años y enfermedad pulmonar o sangrado digestivo. No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar 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			

<i>Fulvestrant 250 mg</i>	41-3935	HRE	2B
Solución inyectable.			
Jeringa prellenada con 5 mL (dosis única)			
Prescripción por especialista en Oncología Médica: tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, que han agotado las líneas hormonales LOM, según oficio GM-CCF-6014-2023.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-44			

Insulina glargina (de origen ADN recombinante) de acción prolongada equivalente a 100 U/ mL de insulina humana.	39-4151	RE	2B
Solución inyectable.			
Dispositivo dosificador tipo pluma prellenada no recargable con 3 mL de solución inyectable. Para dosis múltiples			
Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna, en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentados en el expediente clínico del paciente:			
<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 			
Notas:			
<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 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-47			

Insulina lispro (de origen ADN recombinante) 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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-47			

Nilotinib 200 mg (como clorhidrato de nilotinib monohidrato)	41-0068	RE	2A
Cápsula			
Prescripción por especialista de Hematología, para el manejo de la leucemia mieloide crónica (ver lineamiento GM-CCF-6015-2023):			
1. Como segunda línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL bajo a cualquier edad y riesgo SOKAL alto mayores de 65 años, con falla terapéutica, reacción adversa, progresión a fase acelerada con imatinib o detección de mutación de resistencia.			
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			

Palbociclib 75 mg. Cápsula	41-1292	RE	2B
Prescripción por especialista en Oncología Médica, para ser prescrito en el tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, según oficio GM-CCF-6014-2023.			
No se requiere 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			

Palbociclib 125 mg. Cápsula	41-1294	RE	2B
Prescripción por especialista en Oncología Médica, para ser prescrito en el tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, según oficio GM-CCF-6014-2023.			
No se requiere 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			

Paricalcitol 2 ug.	42-1287	RE	2A
<i>Cápsula blanda</i>			
Prescripción por Nefrología. 1. Pacientes con diálisis peritoneal crónica ambulatoria por enfermedad renal crónica (IRC) con hiperparatiroidismo refractario, que cumplen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> – IRC estadio 5 – PTH > 300 pg/mL – No respuesta al manejo con alfacalcidol LOM por 6 meses. Consultar lineamiento GM-CCF-6509-2022 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 establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38			

Paricalcitol 5 µg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 1 mL o	42-4398	HRE	2A
Paricalcitol 5 µg/mL. Solución inyectable. Frasco ampolla con 1 mL			
Prescripción por Nefrología: 1. Pacientes en hemodiálisis por enfermedad renal crónica (IRC) con hiperparatiroidismo refractario que cumplen con las siguientes características. <ul style="list-style-type: none"> – IRC estadio 5 – HPT > 300 pg/mL. – No respuesta al manejo de alfacalcidol LOM por 6 meses. Consultar lineamiento GM-CCF-6508-2023 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 lineamiento establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38			

Pertuzumab 420 mg	41-4399	HRE	2A
<i>Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 14 mL. Para dosis única</i>			
<p>Prescripción por especialista en Oncología Médica como primera línea de tratamiento de cáncer de mama con HER-2 positivo con enfermedad metastásica o enfermedad avanzada irresecable en combinación con taxanos (paclitaxel o docetaxel) y trastuzumab.</p> <p>Los pacientes deben cumplir con todos los requisitos para la prescripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tener 75 años menos, los pacientes mayores a 75 años deben contar con la valoración geriátrica que evidencia que no son frágiles. – ECOG: 0-2 – Periodo libre de trastuzumab mayor a 12 meses. Periodo libre de taxano (paclitaxel o docetaxel) mayor a 12 meses. – Sin metástasis a sistema nervioso central. – No tener cardiopatía documentada <p>No se requiere 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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-51</p>			

Ribociclib 200 mg (como succinato de ribociclib)	41-1551	RE	2B
Tableta recubierta			
<p>Prescripción por especialista en Oncología Médica, para ser prescrito en el tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, según el oficio GM-CCF-6014-2023</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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-44</p>			

Sacubitrilo y valsartán 50 mg. Tableta recubierta	08-1576	RE	2B
<p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardiaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardiaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, o IV. 2. Fracción de eyección de 35% o menos. 3. Niveles de NT-ProBNP mayores de 600 pg/ml. 4. Presión arterial sistólica ≥ 95mmHg. 5. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 mL/min. 6. Potasio $< 5,2$ mEq/L. 7. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 8. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento. <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación 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, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-47</p>			

Sacubitrilo y valsartán 100 mg. Tableta recubierta	08-1577	RE	2B
<p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardiaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardiaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, o IV. 2. Fracción de eyección de 35% o menos. 3. Niveles de NT-ProBNP mayores de 600 pg/ml. 4. Presión arterial sistólica ≥ 95mmHg. 5. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 mL/min. 6. Potasio $< 5,2$ mEq/L. 7. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 8. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación 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, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-47</p>			

Sacubitrilo y valsartán 200 mg. Tableta recubierta	08-1578	RE	2B
<p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardíaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardíaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, o IV. 2. Fracción de eyección de 35% o menos. 3. Niveles de NT-ProBNP mayores de 600 pg/ml. 4. Presión arterial sistólica \geq 95mmHg. 5. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 mL/min. 6. Potasio $< 5,2$ mEq/L. 7. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 8. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación 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, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-47</p>			

Sevelamer carbonato anhidro 800 mg	50-1582	RE	2A
Tableta recubierta			
<p>Prescripción por Nefrología.</p> <p>Manejo de hiperfosfatemia en pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis o diálisis peritoneal.</p> <p>Según oficio GM-CCF-6510-2023.</p> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico de la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38</p>			

Sugammadex 100 mg/ mL (como sal sódica).	48-4651	HR	2D
<i>Solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla con 2 mL</i>			
1. Uso exclusivo por especialistas en Cuidados Intensivos, Anestesiología, Emergenciólogos, Medicina Interna y Pediatría para: <ol style="list-style-type: none"> Reversión completa del bloqueo neuromuscular inducido por rocuronio (para evitar riesgos de re-intubación por efecto residual del bloqueador neuromuscular rocuronio). Reversión inmediata de rocuronio en la extubación de pacientes con vía aérea difícil en caso de intubación fallida o en extubación no prevista. 2. Médico General, en caso de intubación fallida.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-54 y 2024-06			

Voriconazol 200 mg	04-4861	HRE	2A
Polvo liofilizado para infusión intravenosa			
Frasco ampolla			
Prescripción por Infectología:			
<ol style="list-style-type: none"> Aspergilosis invasiva sistémica, pulmonar o extrapulmonar. <i>Confirmado o sospecha.</i> Tratamiento (agente alternativo) de la criptococosis meníngea cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada a la amfotericina B y al fluconazol. Infecciones de <i>Fusarium spp.</i> Profilaxis contra infecciones fúngicas invasivas (agente alternativo) trasplantes alogénicos de células madre hematopoyéticas y trasplante de órganos sólidos. Tratamiento (agente alternativo) de infecciones graves por <i>Candida spp</i> u otras micosis sistémicas cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada al fluconazol, a las equinocandinas y a la amfotericina B. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38			

Voriconazol 200 mg	04-1756	RE	2A
Tableta recubierta			
<p>Prescripción por Infectología:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspergilosis invasiva sistémica, pulmonar o extrapulmonar. 2. Tratamiento (agente alternativo) de la criptococosis meníngea cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada a la amfotericina B y al fluconazol. 3. Infecciones de <i>Fusarium spp.</i> 4. Profilaxis contra infecciones fúngicas invasivas (agente alternativo) trasplantes alogénicos de células madre hematopoyéticas y trasplante de órganos sólidos. 5. Tratamiento (agente alternativo) de infecciones graves por <i>Candida spp</i> u otras micosis sistémicas cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada al fluconazol, a las equinocandinas y a la amfotericina B. 6. Manejo ambulatorio de pacientes con infecciones fúngicas con resistencia microbiológica documentada a equinocandinas y otros azoles (fluconazol, itraconazol). 			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38</p>			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Dasatinib 70 mg	41-0451 Z	RE	2A
Comprimido recubierto			
<p>Prescripción por especialista en Hematología, para el manejo de la leucemia mieloide crónica (ver lineamiento GM-CCF-6015-2023), como primera línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años y reacción adversa documentada, mutaciones de resistencia o progresión a fase blástica con el tratamiento de nilotinib.</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: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-44</p>			

Diclofenaco sódico 0.1%	45-6670 Z	RE	2A
Solución oftálmica estéril			
Frasco gotero con 5 mL			
<p>Prescripción por Oftalmología:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profilaxis pre y postoperatoria del edema macular cistoideo, en el procedimiento de extracción de catarata e implementación de lente intraocular 2. Cirugía de catarata e implementación de lente intraocular. 3. Cirugía de catarata para inhibición de miosis intraoperatoria como complemento del efecto anticolinérgico local. 4. Dolor postoperatorio, con contraindicación para el uso de esteroides (aumento PIO). <p>Nota: prescripción máxima por 1 mes o 1 frasco.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-38			

Dienogest 2 mg	36-0515 Z	RE	2B
Comprimido recubierto			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescripción por especialistas Ginecología (ver GM-CCF-5565-2023 y GM-CCF-6779-2023) <ol style="list-style-type: none"> a. Pacientes con antecedente de cirugía por endometriosis con (cumplir con todos los criterios). <ol style="list-style-type: none"> i. Dolor pélvico refractario asociado a endometriosis, valorado por la escala visual de dolor (VAS SCORE) con una intensidad de moderado a severo. ii. Pacientes que presenten falla terapéutica de medicamentos de primera (anticonceptivos orales, progestina orales o parenterales) y segunda línea (análogos de GnRH) o reacciones adversas. b. Pacientes con endometriosis que no son candidatas a manejo quirúrgico que presenten (cumplir con todos los criterios): <ol style="list-style-type: none"> i. Dolor pélvico refractario asociado a endometriosis, valorado por la escala visual de dolor (VAS SCORE) con una intensidad de moderado a severo. ii. Contraindicación a manejo quirúrgico. iii. Pacientes que presenten falla terapéutica a medicamentos de primera línea (anticonceptivos orales, progestinas orales o parenterales) o reacciones adversas. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en Sesión: 2023-41			

Inmunoglobulina linfocítica (globulina antitimocítica equina) 50 mg/mL	41-4036 Z	HRE	2A
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Ampolla con 5 mL</i>			
Prescripción por Hematología, Nefrología y especialistas del equipo de trasplante de órganos: 1. Prevención y tratamiento del rechazo del aloinjerto renal y cardiaco. 2. Terapia de inducción y tratamiento del rechazo del aloinjerto en trasplante corazón/pulmón o de pulmón. 3. Tratamiento de anemia aplásica de moderada a severa en pacientes no candidatos para trasplante de médula ósea. 4. Prevención de enfermedad injerto versus huésped siguiente al trasplante de médula ósea.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en las sesiones: 2023-38 y 2024-05			

Inmunoglobulina de conejo antitimocitos humanos 25 mg	41-4037 Z	HRE	2A
<i>Polvo para solución para perfusión</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
Prescripción por Hematología, Nefrología, especialistas del equipo de trasplante de órganos: 1. Prevención y tratamiento del rechazo agudo después de trasplante renal, médula ósea, corazón/pulmón, hígado, intestinal o multivisceral, en conjunto con otros agentes inmunosupresores. 2. Tratamiento de la anemia aplásica en pacientes que no han respondido a la inmunoglobulina antitimocítica equina. 3. Anemia aplásica de moderada a grave en pacientes en los que no es factible un trasplante de médula ósea.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, avaló la inclusión a la LOM en las sesiones: 2023-38 y 2024-05			

Metronidazol base 0.75% (7.5 mg/g)	46-2665 Z	RE	2B
<i>Gel. Tubo con 30 g</i>			
Prescripción por Dermatología: 1. Tratamiento tópico de lesiones inflamatorias de rosácea (pápulas, pústulas y eritema). Nota: duración usual de tratamiento 3 semanas. Máximo: 9 semanas. Anotar 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: 2023-38			

Pimecrolimus 1% (10 mg/g)	46-7381 Z	RE	2B
Crema			
Tubo con 15 g			
<p>Prescripción por Dermatología y Alergología:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatitis moderada a severa en pacientes inmunocompetentes con: <ol style="list-style-type: none"> i. Reactivación de proceso atópico a pesar del tratamiento con medicamentos LOM. ii. Efectos adversos documentados por el uso crónico de esteroides tópicos (atrofia cutánea, estrías, telangectasias o hipopigmentación). 2. Eczema severo atópico. <p>Nota: para ambas indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tiempo de tratamiento: 6 semanas (no se usa de forma continua por periodos más prolongados). – Reactivación del proceso: puede repetir ciclo de forma intermitente (uso no continuo) hasta un máximo de un año. Periodos mayores no son recomendados debido al riesgo de neoplasia, linfoma y cáncer de piel. <p>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, avaló la inclusión a la LOM en Sesión:2023-38</p>			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Azatioprina 50 mg. Tableta recubierta o azatioprina 50 mg. Tableta	41-0220	E	2C
Prescripción por médico especialista. <i>Precaución de uso en aplasia medular</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en ficha técnica vigente versión CFT 012407 publicada en La Gaceta 44 del 07-02-24 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-06.			

Carvedilol 6.25 mg. Tableta recubierta o Carvedilol 6.25 mg. Tableta	07-1765	RE	2B
Uso exclusivo Medicina Interna, Cardiología, Geriátría, Nefrología, Medicina Familiar y Comunitaria para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva clase II-III (según NYHA) o con fracción de eyección menor o igual a 40% con:			
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción ventricular sistólica, secundaria a isquemia miocárdica, valvulopatía o miocardiopatía. • Daño cardíaco estructural evidente. • Tratamiento agregado a enalapril (o irbesartán), digoxina y un diurético; o con la debida justificación expresa de contraindicación a alguno de estos fármacos. 			
<i>Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar debidamente documentados en el expediente clínico del paciente.</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, según protocolo establecido.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 64806 publicada en La Gaceta No. 27 del 13-02-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-49			

Ceftriaxona base 1 g (como ceftriaxona sódica)	02-3278	HR	1A
<i>Polvo estéril para solución inyectable. Frasco ampolla</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de blenorragias. 2. Uso profiláctico en mujeres embarazadas en contacto con personas con meningitis meningocócica. 3. Especialistas a cargo de programas TAPA u hospitales de día con la anotación del diagnóstico avalado para la indicación de TAPA y número de cultivo (nivel 2B). 4. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento N°. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 "Lineamiento para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis humana en los establecimientos de salud de la CCSS". Prescripción por especialista en Infectología para inicios de tratamiento y las continuaciones de tratamiento <u>únicamente</u> por especialistas en Infectología o Medicina Interna. 5. Profilaxis de peritonitis bacteriana, posterior a sangrado variceal en el paciente cirrótico 6. Tratamiento empírico, sin factores de riesgo para bacilos gramnegativos BLEE o dirigido por cultivo con PSA de peritonitis bacteriana espontánea de pacientes con criterio de alta y egreso para administración en hospital de día o en un programa de visita domiciliar. 			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-54 avaló la ampliación de uso de la ceftriaxona base 1 g (código 1-10-02-3278) en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Profilaxis de peritonitis bacteriana, posterior a sangrado variceal en el paciente cirrótico – Tratamiento empírico, sin factores de riesgo para bacilos gramnegativos BLEE o dirigido por cultivo con PSA de peritonitis bacteriana espontánea de pacientes con criterio de alta y egreso para administración en hospital de día o en un programa de visita domiciliar. 			

Cisplatino 10 mg. Polvo liofilizado para inyección. Inyectable. Frasco ampolla o Cisplatino 10 mg (1 mg/mL). Solución estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 10 mL o Cisplatino 10 mg (0,5 mg/mL). Solución estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 20 mL o Cisplatino 50 mg (1 mg/mL). Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o Cisplatino 1 mg/mL. Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL	41-3300	HE	2A
Uso exclusivo Hematología y Oncología Médica			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica versión CFT 20204 publicada en La Gaceta No.16 del 29-01-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de las Sesiones 2023-47 y 2023-52; lo cual corresponde a la ampliación a las presentaciones: <i>Cisplatino 50 mg (1 mg/mL). Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o Cisplatino 1 mg/mL. Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL</i></p>			

Clofazimina 100 mg. Tableta recubierta o clofazimina 100 mg. Cápsula blanda	02-0325	RE	1A
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo de Neumología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS 2. Solamente prescripción por Infectología para el tratamiento de micobacterias ambientales. 			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-39 avaló la ampliación de uso de la clofazimina 100 mg (tableta recubierta o capsula blanda) [código 1-10-02-0325] a los especialistas en Infectología para el tratamiento de micobacterias ambientales.</p>			

Clozapina 100 mg	30-0392	RE	2C
<i>Tableta</i>			
Uso exclusivo de Psiquiatría tratamiento psicosis refractaria y con monitoreo de estudios hematológicos.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 06205 publicada en La Gaceta 49 del 14-03-2024.			

Complejo proteico de neurotoxina (toxina botulinica tipo A) de Clostridium botulinum 100 unidades ó 200 unidades ó 500 unidades	20-4657	HRE	2A
<i>Forma estéril para inyección producida por liofilización o secado al vacío</i>			
<i>Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo en la Clínica de Toxina Botulínica debidamente acreditadas y avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia. Uso por especialistas en Neurología y en Medicina Física y Rehabilitación en pacientes con: espasticidad, distonías focales y segmentarias, espasmo hemifacial, discinesias, dolores neuralgiformes y migrañas farmacorresistentes, hiperhidrosis. 2. Prescripción por Oftalmología: para uso en pacientes con blefaroespasma y estrabismo. En hospitales donde se cuente con Clínica de Toxina Botulínica y en la Clínica Oftalmológica. 3. Prescripción por Cirugía General: tratamiento de cirugías de hernias ventrales incisionales de gran tamaño. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-14 avaló la modificación del nivel de usuario de 3-A a 2-A para el medicamento complejo proteico de neurotoxina (toxina botulinica tipo A) [código 1-10-20-4657] y la actualización de los lineamientos de uso, quedando de la siguiente manera:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo en la Clínica de Toxina Botulínica debidamente acreditadas y avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia. Uso por especialistas en Neurología y en Medicina Física y Rehabilitación en pacientes con: espasticidad, distonías focales y segmentarias, espasmo hemifacial, discinesias, dolores neuralgiformes y migrañas farmacorresistentes, hiperhidrosis. 2. Prescripción por Oftalmología: para uso en pacientes con blefaroespasma y estrabismo. En hospitales donde se cuente con Clínica de Toxina Botulínica y en la Clínica Oftalmológica. 3. Prescripción por Cirugía General: tratamiento de cirugías de hernias ventrales incisionales de gran tamaño. 			

Fosfatos de potasio:	43-3930	HRE	2C
<i>Cada mililitro de la solución contiene 224 mg de fosfato de potasio monobásico y 236 mg de fosfato de potasio dibásico en agua</i>			
<i>Concentrado para inyección sin preservantes</i>			
<i>Frasco ampolla o ampolla con 15 mL</i>			
Prescripción por médico especialista para uso en la reposición de hipofosfatemia.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-08 avaló la modificación del nivel de usuario de 2B a 2C y la clave de HE a HRE para el medicamento fosfatos de potasio (código 1-10-43-3930); adicionalmente, se actualizan los lineamientos de uso para su prescripción por medico especialista para uso en la reposición de hipofosfatemia.			

Hidrocortisona base al 1% (10 mg / g). Crema tópica. Tubo con 15 g o Hidrocortisona base al 1% (10 mg / g) (como acetato de hidrocortisona). Crema tópica. Tubo con 15 g.	46-2620	M	1A
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 53003 publicada en La Gaceta No.32 del 20-02-2024.			

Inmunoglobulina I.V. 2,5 g (50 mg/mL) (de proteína) inyectable. solución estéril para infusión IV. frasco ampolla con 50 mL o Inmunoglobulina I.V. 5,0 g (50 mg/mL) (de proteína). inyectable. solución estéril para infusión IV. frasco ampolla con 100 mL o Inmunoglobulina IV 2,5 g (de proteína). inyectable. polvo liofilizado para inyección para infusión iv. frasco ampolla. con diluyente adjunto o Inmunoglobulina IV 3,0 g (de proteína). inyectable. polvo liofilizado para inyección para infusión iv. frasco ampolla. con diluyente adjunto o Inmunoglobulina IV 6,0 g (de proteína). inyectable. polvo liofilizado para inyección para infusión iv. frasco ampolla. con diluyente adjunto o Inmunoglobulina IV 2,5 g (de proteína) / 25 ml. inyectable. solución estéril para infusión iv. frasco ampolla con 25 ml o Inmunoglobulina IV 5,0 g (de proteína) / 50 ml. inyectable. solución estéril para infusión iv. frasco ampolla con 50 ml	44-4035	HRE	2B
<p>Uso de acuerdo con el lineamiento de uso institucional de IgG IV DFE-AMTC-0515-2024:</p> <ol style="list-style-type: none"> Prescripción exclusiva por Inmunología: síndrome de inmunodeficiencia primaria, inmunodeficiencias secundarias (incluyendo agammaglobulinemia e hipogammaglobulinemia) y enfermedad de Kawasaki. Prescripción exclusiva por Infectología: enfermedad de Kawasaki y síndrome de shock tóxico. Prescripción exclusiva por Neurología: síndrome de Guillain Barré, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y encefalitis autoinmune. <ul style="list-style-type: none"> En caso de diagnóstico de síndrome de Guillain Barré en horario extraordinario, quedan autorizados para inicio de terapia el especialista jefe de guardia o médico especialista en Medicina Interna. Las continuaciones de tratamiento, únicamente por especialista en Neurología. Prescripción exclusiva por Hematología: para tratamiento de púrpura trombocitopénica inmune, trasplante de médula ósea e hipogammaglobulinemia asociada a LLC, MM o LNH y hipogammaglobulinemia secundaria a uso de rituximab. Prescripción exclusiva por Neonatología: para enfermedad hemolítica del neonato por incompatibilidad Rh y ABO. Prescripción exclusiva por Nefrología para desensibilización de pacientes candidatos al trasplante renal altamente sensibilizados y rechazo humoral demostrado por biopsia. Prescripción exclusiva por Reumatología: para miopatía inflamatoria, hipogammaglobulinemia secundaria a uso de rituximab, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, PTI secundario. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-05 avaló la ampliación del medicamento Inmunoglobulina IV (código 1-10-44-4035) a los especialistas en Reumatología para el manejo de pacientes con miopatía inflamatoria, hipogammaglobulinemia secundaria a uso de rituximab, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, PTI secundario. Complementariamente, se actualizan los lineamientos para su utilización según DFE-AMTC-0515-2024.			

Latanoprost al 0,005% (50 µg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 2,5 mL o	45-4169	RE	2C
Latanoprost al 0,005% (50 µg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 3 mL o			
Latanoprost 50 µg / mL. Solución oftálmica. Frasco gotero con 2. 5 mL.			
Uso exclusivo Oftalmología en el tratamiento de glaucoma de ángulo abierto tras uso de timolol y dorzolamida, o ambos en combinación			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 61411 publicada en La Gaceta No. 16 del 29-01-2024.			

Leucovorina 50 mg. (como leucovorina cálcica). Polvo liofilizado para inyección. Frasco ampolla o	50-3070	HE	2B
Leucovorina 50 mg / 4 mL (como leucovorina cálcica). Solución estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 4 mL o			
Leucovorina 50 mg / 5 mL (como leucovorina cálcica). Solución estéril. Inyectable. Frasco ampolla con 5 mL o			
Leucovorina 50 mg / 5 mL (como leucovorina cálcica). Solución estéril. Inyectable. 8 ampolla con 5 mL o			
Leucovorina 10 mg / mL (como leucovorina cálcica). Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL			
Sinónimo leucovorina: ácido folínico.			
Sinónimo folinato cálcico: leucovorina cálcica (C ₂₀ H ₂₁ CaN ₇ O ₇), corresponde a la sal cálcica del ácido folínico.			
1-Uso exclusivo Hematología y Oncología Médica.			
2-Especialistas Medicina de Emergencias, para uso exclusivo el abordaje de los pacientes con sospecha de intoxicación por metanol.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 01707 publicada en La Gaceta No. 38 del 28-02-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-54			

Mitomicina 5 mg. Polvo para inyección. Inyectable. Frasco ampolla o	41-4310	HE	2A
Mitomicina 20 mg. Polvo para inyección. Inyectable. Frasco ampolla			
Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica, Oftalmología. Urología para instilaciones vesicales.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 0803 publicada en La Gaceta No. 38 del 28-02-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-01.			

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. Con o sin diluyente incluido	32-4352	HRE	2C
<p>Prescripción por médicos especialistas para:</p> <p>A. Adultos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio de tratamiento con IBP IV en pacientes con sangrado digestivo alto (SDA) o sospecha de SDA. 2. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica, tras medidas aplicadas para hemostasia local o como complemento de intervención endoscópica o con contraindicación para gastroscopía por 72 horas. 3. Profilaxis de úlceras por estrés en pacientes críticamente enfermos sin vía oral disponible. <p>B. Pediatría</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esofagitis erosiva asociada con enfermedad por reflujo gastroesofágico. <p>Según circular: DFE-AMTC-0317-2024</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-04 avaló las siguientes modificaciones para los inhibidores de bomba de protones parenterales en código compartido 1-10-32-4352:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se excluye de la descripción del código compartido el principio activo pantoprazol, quedando únicamente omeprazol y esomeprazol. 2. Se cambia nivel de usuario de 2B a 2C. 3. Se autoriza su uso: <p>Prescripción por médicos especialistas para:</p> <p>A. Adultos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio de tratamiento con IBP IV en pacientes con sangrado digestivo alto (SDA) o sospecha de SDA. 2. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica, tras medidas aplicadas para hemostasia local o como complemento de intervención endoscópica o con contraindicación para gastroscopía por 72 horas. 3. Profilaxis de úlceras por estrés en pacientes críticamente enfermos sin vía oral disponible. <p>B. Pediatría</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esofagitis erosiva asociada con enfermedad por reflujo gastroesofágico. <ol style="list-style-type: none"> 4. Los lineamientos de uso y esquemas de dosificación, se comunicaron mediante circular DFE-AMTC-0317-2024. 			

Progesterona micronizada 200 mg	36-4461	RE	2B
<i>Cápsula blanda</i>			
A- Uso exclusivo Gineco-Obstetricia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con historia de pérdida gestacional recurrente por insuficiencia de cuerpo lúteo. 2. Pacientes con embarazo menor a 12 semanas con amenaza de aborto con insuficiencia de cuerpo lúteo documentada mediante niveles séricos de progesterona o ultrasonido junto con otro elemento clínico reconocido y atribuible a la insuficiencia lútea 3. Prevención de amenaza de parto pretérmino por cuello corto demostrado por ultrasonido o por antecedente de parto prematuro previo. B- Uso exclusivo para FIV-TRA.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 70406 publicada en La Gaceta No. 32 del 20-02-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-49.			

Sevoflurano	18-4509	HE	2B
<i>Líquido volátil para inhalación</i>			
<i>Envase con 250 mL</i>			
Uso exclusivo de Anestesiología			
Observaciones: Se actualiza al descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 14013 publicada en La Gaceta No. 5 del 12-01-24 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-48			

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	2B
Uso regulado por Comisión de Soporte Nutricional. Anestesiología, para uso exclusivo en pacientes con intoxicaciones graves por uso de anestésicos locales			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 34307 publicada en La Gaceta No. 5 del 12-01-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-48.			

Testosterona enantato 250 mg. Solución estéril. Inyectable. Ampolla con 1 mL o Testosterona 250 mg/mL. Solución inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL.	35-4660	E	2 A
Uso exclusivo Endocrinología, Oncología, Urología. Se autoriza el despacho para uso domiciliar o extrainstitucional.			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 42503 publicada en La Gaceta No. 38 del 28-02-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-04.			

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
<p>1. Uso exclusivo de Gastroenterología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriatria, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Medicina Paliativa, Cardiología y Neurología según protocolo CCF-5645-11-13.</p> <p>2. Otorrinolaringología (ORL) y Foniatria, según los lineamientos institucionales CCF-0320-01-2014.</p> <p>3. Neumología en paciente con RGE demostrado por un periodo de 4 a 8 semanas y hasta un máximo de 12 semanas.</p> <p>4. Tratamiento de la infección por <i>H. Pylori</i> según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tratamiento de <u>primera línea</u>, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por Médico General o especialista. Tratamiento de <u>segunda línea</u>, prescripción por Gastroenterología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Infectología y Geriatria. 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: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 81801 publicada en La Gaceta No. 5 del 12-01-2024.			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Acetilcisteína 600 mg. Granulado para solución oral o Acetilcisteína 600 mg. Tableta efervescente	48-7250 Z	R	2C
Uso exclusivo en intoxicación por acetaminofén y en prevención nefrotoxicidad por uso medios de contraste			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 57703 publicada en La Gaceta No. 5 del 12-01-24 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-48.			

EXCLUSIONES

Con base en la Normativa LOM,
Capítulo IV, apartado IV.6:

“La exclusión de un medicamento de la LOM será efectiva cuando se agota su existencia en el ALDI y en las Farmacias...” “

El Comité Central de Farmacoterapia acordó excluir de la Lista Oficial de Medicamentos el siguiente código:

Código	Descripción	Sesión CCF
1-10-33-7225	Solución electrolítica laxante a base de fosfato de sodio. Solución oral. Envase con 45 mL.	2021-25 2021-49

NORMATIVA

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

1. MODIFICACIÓN: Actualización del formulario para solicitud de medicamentos no LOM – tratamiento agudo

Localización	– Anexo 2. Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento agudo en la Caja Costarricense de Seguro Social.
Sesión CCF	– 2024-01
Observaciones	– Esta modificación fue comunicada mediante circular: GM-CCF-0197-2024

Anexo 2. Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento agudo en la Caja Costarricense de Seguro Social



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

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

No se tramitarán solicitudes ilegibles, con información incompleta o que no incluya resultados que justifican la solicitud.

UP:	Servicio:	Fecha de solicitud:
Nombre del paciente:		Identificación:
Edad:	Peso:	Talla o ASC (si corresponde)
Diagnostico que justifica solicitud:		
En caso de continuación de terapia, indicar clave previa:		

Medicamento solicitado (principio activo):	Código (1-10 ó 1-11):
Dosificación (fuerza, vía de administración e intervalo):	
Duración (días):	

Epicrisis: resumen breve del caso indicando condición clínica del paciente, comorbilidades, tratamientos previos para diagnostico que justifica la solicitud, contraindicaciones a otras terapias LOM y cualquier otra información clínica relevante para el análisis del caso. **Se debe de adjuntar los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete que justifiquen la solicitud.**

Justificación de la solicitud: en caso de que exista lineamiento que apoya solicitud, indicar cual y en caso de no existir aprobaciones previas para este contexto, adjuntar pequeña justificación con base en la medicina basada en evidencia, pueden usar páginas adicionales (adjuntar bibliografía).

Nombre médico prescriptor:		Código:
Especialidad:	Teléfono para contactar a prescriptor:	
Observaciones (espacio exclusivo para uso por el AMTC):		
Aprobado:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí,	Clave asignada: _____ Observaciones:
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Estos formularios deben ser tramitados única y exclusivamente vía correo electrónico a Firma Digital Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica gm_df_amt@ccss.sa.cr, caso contrario no será tramitado.

AVALADO EN SESIÓN COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA: 2024-01

2. MODIFICACIÓN: Actualización del formulario para solicitud de SA

Localización	– Anexo 4: Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA).
Sesión CCF	– 2024-01
Observaciones	– Estas modificaciones fueron comunicadas mediante circular: GM-CCF-0197-2024

Anexo 4. Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Formulario para solicitud de un medicamento LOM almacenable que no corresponda a nivel de usuario de la unidad (SA)

No se tramitarán solicitudes ilegibles, con información incompleta o que no incluya resultados que justifican la solicitud.

UP: Servicio: Fecha de solicitud:

Nombre del paciente:	Identificación:	
Edad:	Peso:	Diagnostico que justifica solicitud:

Medicamento solicitado (principio activo):	Código LOM:
Dosificación (fuerza, vía de administración e intervalo):	
Duración (días):	

Epicrisis: resumen breve del caso indicando condición clínica del paciente, comorbilidades, tratamientos previos para diagnóstico que justifica la solicitud, contraindicaciones a otras terapias LOM y cualquier otra información clínica relevante para el análisis del caso. **Se debe de adjuntar los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete que justifiquen la solicitud.**

Nombre médico prescriptor:	Código:
Especialidad:	Teléfono para contactar a prescriptor:

Observaciones: (espacio de uso exclusivo por el AMTC)	
Aprobado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Clave asignada: _____.	Observaciones
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

Estos formularios deben ser tramitados única y exclusivamente vía correo electrónico a Firma Digital Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica gm_df_amt@ccss.sa.cr, caso contrario no será tramitado.

AVALADO EN SESIÓN COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA: 2024-01

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

SIGNIFICADO

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 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

Teléfono: 2539-0000. Extensión: 8601, 8602
Fax: 2539-1087

Correo electrónico: gm_df_amt@ccss.sa.cr

ESTE BOLETÍN PUEDE SER CONSULTADO EN
LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL:

<https://www.ccss.sa.cr/lom>

Y EN

LA PÁGINA WEB DEL BINASSS:

<https://www.binasss.sa.cr/farmacologia/index.php>

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).