

GERENCIA MÉDICA



BOLETÍN ACUERDOS

COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

ACTUALIZACIÓN

LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS

CCSS



AÑO 26

NÚMERO 73

JUNIO 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 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>
Dra. Priscilla Mesén Aguilar	<i>Representante de Medicina Paliativa</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

Bortezomib 3.5 mg	41-3237	HRE	2B
<i>Polvo liofilizado para solución inyectable</i>			
Frasco ampolla			
1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-0202-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones): 1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado en pacientes candidatos o no candidatos a trasplante de medula ósea. 1.2. Tratamiento de mieloma múltiple recaída/refractario			
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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2024-08 y 2024-15.			

Daratumumab 100 mg/5 mL (20 mg/mL)	41-3381	HRE	2B
<i>Concentrado para solución para infusión</i>			
<i>Frasco ampolla con 5 mL</i>			
1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-0202-2024, 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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2024-08 y 2024-15			

Daratumumab 400 mg/20 mL (20 mg/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-0202-2024, 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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2024-08, 2024-15 y 2024-19.			

Insulina glargina (de origen ADN recombinante) de acción prolongada equivalente a 100 U/mL de insulina humana.	39-4153	RE	2B
<i>Solución inyectable. Frasco ampolla con 10 mL</i>			
Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria y Geriátrica, en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentadas 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 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 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2023-47.			

Lenalidomida 10 mg	41-1047	RE	2B
<i>Cápsula</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-0202-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones): <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2024-08, 2024-15 y 2024-19.			

Lenalidomida 25 mg	41-1048	RE	2B
Cápsula			
<p>1. Prescripción por especialista en Hematología (ver lineamiento GM-CCF-0202-2024, para el tratamiento de mieloma múltiple sintomático, en las siguientes condiciones):</p> <p>1.1. Mieloma múltiple recién diagnosticado:</p> <p>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.</p> <p>1.1.2. Terapia de mantenimiento post trasplante de médula ósea en pacientes con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3.</p> <p>1.1.3. Terapia de mantenimiento en paciente no candidato a trasplante de médula ósea con contraindicación a talidomida por neuropatía grado ≥ 3.</p> <p>1.2. Paciente con enfermedad refractaria a bortezomib o con segunda recaída.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Debe cumplir todos los criterios para la utilización de daratumumab en esquema DRD, según lineamiento vigente. <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 avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2024-08, 2024-15 y 2024-19.			

Levetiracetam 500 mg	28-1049	RE	2B
Tableta recubierta			
<p>Prescripción por especialista en Neurología:</p> <p>a. Primera línea de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Paciente con epilepsia focal o generalizada que presenta alguna de las siguientes condiciones: insuficiencia hepática o hepatopatía crónica o anticoagulado con warfarina. – Debut de epilepsia en mujeres embarazadas. – Mujeres embarazadas con epilepsia descompensada. – Mujeres con epilepsia controlada, con edad gestacional <12 semanas que no se encuentren con lamotrigina. <p>b. Segunda línea de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes en edad reproductiva con deseo de embarazo con epilepsia generalizada o focal con intolerancia, reacciones adversas o falla terapéutica a lamotrigina. <p>c. Pacientes con epilepsia farmacorresistente (focal o generalizada) en los cuales han fallado a las otras opciones terapéuticas incluidas en la LOM, presenta intolerancia o eventos adversos. Se recomienda haber utilizado los siguientes fármacos de acuerdo con el tipo de epilepsia farmacorresistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fármacos que debe haber utilizado en epilepsias generalizadas: valproato, lamotrigina, clobazam y topiramato. – Fármacos que debe haber utilizado en epilepsias focales: lamotrigina, carbamazepina, valproato, clobazam y topiramato. <p>d. Prescripción por médicos especialistas en Neurología y Cuidados Intensivos en estado epiléptico (con intolerancia, reacciones adversas o falla terapéutica a las alternativas LOM).</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-16.			

Levetiracetam 100 mg/mL	28-7136	RE	2B
Solución oral			
Envase con 120 mL o 150 mL o 300 mL			
Prescripción por especialista en Neurología en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas:			
a. Primera línea de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Paciente con epilepsia focal o generalizada que presenta alguna de las siguientes condiciones: insuficiencia hepática o hepatopatía crónica o anticoagulado con warfarina. – Debut de epilepsia en mujeres embarazadas. – Mujeres embarazadas con epilepsia descompensada. – Mujeres con epilepsia controlada, con edad gestacional <12 semanas que no se encuentren con lamotrigina. 			
b. Segunda línea de tratamiento <ul style="list-style-type: none"> – Convulsiones neonatales posterior a fenobarbital – Pacientes en edad reproductiva con deseo de embarazo con epilepsia generalizada o focal con intolerancia, reacciones adversas o falla terapéutica a lamotrigina. 			
c. Pacientes con epilepsia farmacorresistente (focal o generalizada) en los cuales han fallado a las otras opciones terapéuticas incluidas en la LOM, presenta intolerancia a los efectos adversos y/o alergia. Se recomienda haber utilizado los siguientes fármacos de acuerdo con el tipo de epilepsia farmacorresistente: <ul style="list-style-type: none"> – Fármacos que deben haber utilizado en epilepsias generalizadas: valproato, lamotrigina, clobazam y topiramato. – Fármacos que deben haber utilizado en epilepsias focales: lamotrigina, carbamazepina, valproato, clobazam y topiramato. 			
d. Prescripción por médicos especialistas en Neurología y Cuidados Intensivos en estado epiléptico (con intolerancia, alergia o falla terapéutica a las alternativas LOM).			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-16.			

Nilotinib 150 mg (como clorhidrato de nilotinib monohidrato)	41-0172	RE	2A
Cápsula			
Prescripción por especialista de Hematología, para el manejo de la leucemia mieloide crónica (ver lineamiento GM-CCF-6015-2023):			
1. Como primera línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años. 2. Mujeres en postparto con diagnóstico de LMC durante el embarazo y atrasaron el inicio del inhibidor de tirosinquinasa.			
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			

Rivastigmina 4.6 mg/24 horas.	50-7491	RE	2C
Parche transdérmico. Sistema de liberación transdérmico			
<p>1. Prescripción por especialista en Geriátría, Neurología, Psiquiatría, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria que tengan aprobado la pasantía en la Clínica de Trastorno de Memoria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología y cuentan con una Unidad o Clínica de Memoria acreditada, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de pacientes con demencia tipo Alzheimer (DA) grado leve, que cumpla con todos los siguientes criterios (ver lineamiento GM-CCF-1010-2024) <ul style="list-style-type: none"> i. Evaluación cognitiva integral exhaustiva. ii. Diagnóstico definido por consenso en sesión formal del equipo multidisciplinario de la unidad especializada en memoria. iii. Resultado de mini evaluación del estado mental (MMSE) basal= mínimo 20 puntos. iv. Escala de deterioro global (EDG o GDS) en grado 4 o 5. v. Sin comorbilidades o con morbilidad que no contraindica el uso ni afecta la evaluación del efecto de la rivastigmina vi. consentimiento informado para inicio de tratamiento. <p>Notas:</p> <p>Se debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión formal del equipo multidisciplinario de la unidad especializada en memoria.</p> <p>La dirección médica debe certificar que la Unidad o Clínica de Memoria se encuentra acreditada y que los profesionales en medicina cuentan con la capacitación aprobada en la Clínica de Trastorno de Memoria HNGG.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2023-44 y 2024-07.			

Rivastigmina 9.5 mg/24 horas	50-7492	RE	2C
Parche transdérmico. Sistema de liberación transdérmico			
<p>1. Prescripción por especialista en Geriátría, Neurología, Psiquiatría, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria que tengan aprobado la pasantía en la Clínica de Trastorno de Memoria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología y cuentan con una Unidad o Clínica de Memoria acreditada, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de pacientes con demencia tipo Alzheimer (DA) grado leve, que cumpla con todos los siguientes criterios (ver lineamiento GM-CCF-1010-2024) <ul style="list-style-type: none"> i. Evaluación cognitiva integral exhaustiva. ii. Diagnóstico definido por consenso en sesión formal del equipo multidisciplinario de la unidad especializada en memoria. iii. Resultado de mini evaluación del estado mental (MMSE) basal= mínimo 20 puntos. iv. Escala de deterioro global (EDG o GDS) en grado 4 o 5. v. Sin comorbilidades o con morbilidad que no contraindica el uso ni afecta la evaluación del efecto de la rivastigmina vi. consentimiento informado para inicio de tratamiento. <p>Notas:</p> <p>Se debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión formal del equipo multidisciplinario de la unidad especializada en memoria.</p> <p>La dirección médica debe certificar que la unidad o clínica de memoria se encuentra acreditada y que los profesionales en medicina cuentan con la capacitación aprobada en la clínica de trastorno de memoria HNGG.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en las Sesiones 2023-44 y 2024-07.			

Ruxolitinib 5 mg (como fosfato de ruxolitinib)	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 CCF-1848-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-22.			

Ruxolitinib 15 mg (como fosfato de ruxolitinib)	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 CCF-1848-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-22.			

Trastuzumab emtansina 100 mg	41-4715	HRE	2B
<i>Polvo para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla</i>			
Para prescripción por Oncología Médica como segunda línea de tratamiento en cáncer de mama metastásico HER-2 positivo, según el lineamiento comunicado mediante el oficio GM-CCF-6836-2023			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con cáncer de mama HER-2 positivo por técnicas de biología molecular o inmunohistoquímica, que hayan recibido terapias previas con trastuzumab en enfermedad localmente avanzada inoperable o metastásica. 2. Progresión durante el año de trastuzumab en adyuvancia o en los primeros 6 meses posterior a finalizar la adyuvancia con trastuzumab, razón por la cual no es candidato a recibir pertuzumab 3. Valoración cardiovascular: FE>50%, 2. Sin antecedente de arritmias cardíacas ni de infarto de miocardio durante los últimos 6 meses. 4. ECOG 0-1 5. Sin metástasis cerebrales o metástasis cerebrales tratadas y estar asintomáticas 			
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 2023-51.			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Calcipotriol 5 mg (como monohidrato de calcipotriol) y betametasona 50 mg (como dipropionato de betametasona) / 100 gramos	46-2480 Z	RE	2C
Ungüento. Tubo con 30 g			
Prescripción por Dermatología. 1. Manejo de psoriasis vulgar con área de superficie corporal afectada menor al 30% y que no han respondido a las alternativas terapéuticas LOM (glucocorticoides, emolientes y queratolíticos). Consultar lineamiento GM-CCF-6511-2023.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2023-38.			

Carmustina 100 mg	41-3251 Z	RE	3A
<i>Polvo liofilizado para solución inyectable.</i>			
<i>Frasco ampolla</i>			
Prescripción por especialista en Hematología y para uso en pacientes que serán sometidos a trasplantes de médula ósea.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2022-35.			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Ácido ursodeoxicólico 150mg	32-0093	RE	3A
Tabletas			
<ul style="list-style-type: none"> – Uso exclusivo Gastroenterología Pediátrica, tratamiento de fibrosis quística de páncreas y colestasis intrahepáticas. – Hematología, según protocolo de trasplante de médula ósea. – Neonatología, en aquellos casos que se presente colestasis como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-20 avaló la ampliación de uso de ácido ursodeoxicólico 150 mg tableta (código 1-10-32-0093) a especialistas en Neonatología para aquellos casos que se presente colestasis como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción.			

Ácido ursodeoxicólico 250 mg o 300 mg	32-0095	RE	2B
Cápsulas o tabletas con o sin recubierta			
<ul style="list-style-type: none"> – Uso exclusivo de Gastroenterología, Cirugía General. Especialistas médico quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Hematología. – Tratamiento de colangitis esclerosante, enfermedad colestásica del hígado, colestasis asociada a litiasis (litos de colesterol), cirrosis biliar primaria, colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI), colestasis intrahepática del embarazo. – Neonatología, en aquellos casos que se presente colestasis como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-20 avaló la ampliación de uso de ácido ursodeoxicólico 250 mg o 300 mg cápsula o tableta con o sin recubierta (código 1-10-32-0095) a especialistas en Neonatología para aquellos casos que se presente colestasis como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción.			

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
Uso exclusivo de Oncología Médica, Hematología, Medicina Interna, Geriatria. Endocrinología y Nefrología, Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor debidamente acreditadas para el tratamiento de pacientes con: <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 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-09 avaló la ampliación de uso de ácido zoledrónico 4 mg (código 1-10-14-4397) a los especialistas en Nefrología.			

Carvedilol 6.25 mg. tableta recubierta o carvedilol 6.25 mg. tableta	07-1765	RE	2B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Medicina Interna, Cardiología, Geriatria, Nefrología, Medicina Familiar y Comunitaria para el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva clase II-III (según NYHA) o con fracción de eyección menor o igual a 40% con: <ol style="list-style-type: none"> a. Disfunción ventricular sistólica, secundaria a isquemia miocárdica, valvulopatía o miocardiopatía. b. Daño cardiaco estructural evidente. c. Tratamiento agregado a enalapril (o irbesartán), digoxina y un diurético; o con la debida justificación expresa de contraindicación a alguno de estos fármacos. Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar debidamente documentados en el expediente clínico del paciente. 2. Uso exclusivo de especialistas en Gastroenterología, Geriatria, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria, como una estrategia de reducción de riesgo de sangrado variceal o descompensación por ascitis para pacientes que cumplan con alguno de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensión portal, gradiente venoso hepático mayor a 10-12 mm Hg. b. Varices esofágicas sin antecedentes de sangrado. <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 avaló en Sesión 2024-15 la ampliación de uso del carvedilol 6.25 (código 1-10-07-1765) a los especialistas en Gastroenterología, Geriatria y Medicina Familiar y Comunitaria para uso en reducción del riesgo de sangrado variceal o descompensación por ascitis, en cumplimiento de alguno de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensión portal, gradiente venoso hepático mayor a 10-12 mm Hg. b. Varices esofágicas sin antecedentes de sangrado. 			

Carvedilol 12.5 mg	07-1780	RE	2B
Tableta o tableta recubierta			
<p>1. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Disfunción ventricular sistólica, secundaria a isquemia miocárdica, valvulopatía o miocardiopatía. b. Daño cardíaco estructural evidente. c. Tratamiento agregado a enalapril (o irbesartán), digoxina y un diurético; o con la debida justificación expresa de contraindicación a alguno de estos fármacos. <p>Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar debidamente documentados en el expediente clínico del paciente.</p> <p>2. Uso exclusivo de especialistas en Gastroenterología, Geriátría, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria, como una estrategia de reducción de riesgo de sangrado variceal o descompensación por ascitis para pacientes que cumplan con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hipertensión portal, gradiente venoso hepático mayor a 10-12 mm Hg. b. Varices esofágicas sin antecedentes de sangrado. <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: El Comité Central de Farmacoterapia avaló en Sesión 2024-15 la ampliación de uso del carvedilol 12.5 mg (código 1-10-07-1780) a los especialistas en Gastroenterología, Geriátría y Medicina Familiar y Comunitaria para uso en reducción del riesgo de sangrado variceal o descompensación por ascitis, en cumplimiento de alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hipertensión portal, gradiente venoso hepático mayor a 10-12 mm Hg. b. Varices esofágicas sin antecedentes de sangrado. 			

Ceftriaxona base 1 g (como ceftriaxona sódica)	02-3278	HR	1A
Polvo estéril para solución inyectable			
Frasco ampolla			
<p>1. Tratamiento de blenorragias.</p> <p>2. Tratamiento alternativo en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> en pacientes con contraindicación a rifampicina, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia según el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 28 días a < 15 años: 125 mg IM (dosis única) • ≥ 15 años: 250 mg (dosis única) <p>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).</p> <p>4. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. . 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.</p> <p>5. Profilaxis de peritonitis bacteriana, posterior a sangrado variceal en el paciente cirrótico</p> <p>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 2024-11 avaló la modificación de los lineamientos (ver punto 2) para el uso de ceftriaxona base 1 g (código 1-10-02-3278) quedando de la siguiente manera:

- Tratamiento alternativo en profilaxis de meningitis por *Neisseria meningitidis* en pacientes con contraindicación a rifampicina, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia según el siguiente esquema:
 - ≥ 28 días a < 15 años: 125 mg IM (dosis única)
 - ≥ 15 años: 250 mg (dosis única)

Ciprofloxacino base 500 mg (como ciprofloxacino clorhidrato monohidrato)	02-0308	RE	2D
<i>Tabletas recubiertas (film coated)</i>			
<p>1. Para inicio de terapia empírica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben tomarse de previo cultivos necesarios (obligatorio). • Se debe contar con el perfil epidemiológico de resistencia local; en caso de no disponer de esta información, requiere aprobación de especialista de infectología de la red. • Tratamientos mayores a 8 semanas, requieren valoración del especialista en infectología. <p>a. Tratamiento oral de infecciones por bacilos gram negativos en los que no se cuenta con otra alternativa oral (resistencia a ampicilina/amoxicilina, cefazolina/cefalexina, trimetoprima/sulfametoxazol).</p> <p>b. Terapia definitiva según PSA por un máximo de 5 días.</p> <p>c. En ITU no está justificado el uso empírico debido al alto porcentaje de resistencia y no se justifica su uso en bacteriuria asintomática.</p> <p>d. Prostatitis o epididimitis por hasta 30 días (no requiere número de cultivo).</p> <p>e. Terapia empírica ambulatoria en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea por un máximo de 7 días (no requiere número de cultivo).</p> <p>f. Profilaxis para pacientes que serán sometidos a biopsia transrectal de próstata solamente una dosis previa al procedimiento.</p> <p>g. Uso en procedimientos de unidades de reproducción de baja o alta complejidad según protocolo hasta 6 semanas.</p> <p>El prescriptor deberá anotar en observaciones el número de cultivo con el que está definiendo la prescripción y el diagnóstico de lo contrario la farmacia no podrá seguir con el despacho.</p> <p>En el caso de diagnóstico de ITU el prescriptor deberá apegarse a definición clínica de este síndrome.</p> <p>En el caso de infecciones por cocos gram positivos no está justificado su uso cuando se cuente con sensibilidad adecuada con TMP-SMX, salvo en infecciones osteoarticulares en las que debe contarse con valoración por Medicina Interna, Geriátrica o Pediatría para determinar la duración y en los sitios donde no se cuente con estas especialidades debe contar con valoración por especialista en infectología de la red.</p> <p>2. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. 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.</p> <p>3. Opción de profilaxis terapéutica en meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> en pacientes con contraindicación para el uso de rifampicina y ceftriaxona para prescripción de especialistas y médico general según el siguiente esquema :</p>			

<ul style="list-style-type: none"> • Infantes, niños y adolescentes: 20 mg/kg, vía oral. [dosis única] (máximo 500 mg/dosis). Prescripción, requiere tener previo consentimiento informado. • Adultos: 500 mg, vía oral (dosis única).
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-11 avaló las siguientes modificaciones para el medicamento ciprofloxacino base 500 mg tableta (código 1-10-02-0308):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cambio de nivel de usuario de 2C a 2D. – Ampliación de uso como opción de profilaxis terapéutica en meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> en pacientes con contraindicación para el uso de rifampicina y ceftriaxona para prescripción de especialistas y Médico General según el siguiente esquema : <ul style="list-style-type: none"> • Infantes, niños y adolescentes: 20 mg/kg, vía oral. [dosis única] (máximo 500 mg/dosis). Prescripción, requiere tener previo consentimiento informado. • Adultos: 500 mg, vía oral (dosis única).

Clopidogrel 75 mg (como bisulfato de clopidogrel)	11-1775	RE	2C
<i>Tableta recubierta</i>			
<p>Uso exclusivo Cardiología, Cirugía de Tórax, Medicina Interna, Neurología, Geriátría, Terapia Intensiva (Médica), Medicina de Emergencias, Medicina Familiar y Comunitaria, y para STENT no coronarios: Vascular Periférico, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Nefrología según lineamientos institucionales establecidos en protocolo CCF-3746-08-17.</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>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló la ampliación de uso clopidogrel 75 mg tableta recubierta (código 1-10-11-1775) a los especialistas en Nefrología.</p>			

Gabapentina 300 mg	28-0791	RE	2D
<i>Cápsulas</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescripción por Neurología: Para el tratamiento de epilepsia refractaria y pacientes epilépticos no refractarios anticoagulados con warfarina. 2. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, Endocrinología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Nefrología: Tercera línea de tratamiento para el manejo del dolor por neuropatía dolorosa crónica, neuropatía diabética, neuralgia trigeminal y neuralgia postherpética) (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). 3. Prescripción por Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). <p>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, según lineamiento establecido.</p> <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 amplió el uso de gabapentina 300 mg cápsula (1-10-28-0791) a los especialistas en Nefrología. Adicionalmente, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.</p>			

Heparina sódica 1.000 U.I. / 1mL	11-4070	HE	2B
<i>Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL o 10 mL</i>			
Uso exclusivo Pediatría, Unidades de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-23 avaló la ampliación de uso de la heparina sódica 1.000 U.I./mL (código 1-10-11-4070) a las Unidades de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.			

Iohexol al 64.7% (contiene 300mg/mL de yodo unido orgánicamente/mL). Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o Iopamidol al 61% (contiene 300mg de yodo unido orgánicamente/mL). Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o Ioversol al 68% (contiene 320mg/mL de yodo unido orgánicamente/mL). Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o Iohexol al 64.7%. (contiene 300 mg de yodo unido orgánicamente/mL). Solución inyectable. Frasco con 50 mL.	52-4163	HE	2B
1. Médicos Especialistas para la realización de estudios diagnósticos. 2. Especialistas en Medicina Paliativa del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos: Apoyo para la mejora en la visualización de estructuras anatómicas, que requieren de técnicas de imagen (como fluoroscopia) durante la realización de tratamientos intervencionistas para el manejo del dolor mediante técnicas percutáneas. Nota: 1. Para la administración de este medicamento se requiere contar con personal técnico capacitado, según lo establecido en sus procedimientos internos. 2. El medio de contraste puede ser despachado mediante stock por reposición a los servicios que cuentan con los especialistas autorizados para su uso por parte de los Médicos Especialistas para la realización de estudios diagnósticos y los especialistas en Medicina Paliativa del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos como apoyo para la mejora en la visualización de estructuras anatómicas, que requieren de técnicas de imagen (como fluoroscopia) durante la realización de tratamientos intervencionistas para el manejo del dolor mediante técnicas percutáneas.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló la ampliación de uso de Iohexol al 64.7% o Iopamidol al 61% o Ioversol al 68% (código compartido 1-10-52-4163) a los médicos especialistas en estudios diagnósticos y a los especialistas en Medicina Paliativa del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos únicamente en el uso mencionado en el lineamiento.			

Lamivudina 10 mg/mL.	04-7125	R	2B
(contiene sucrosa al 20% [P/V]. No contiene alcohol)			
<i>Solución oral. Frasco de polietileno con 240 mL</i>			
– Uso exclusivo para Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH en el tratamiento de pacientes pediátricos y adultos con infección por VIH. – Gastroenterología en el tratamiento de la hepatitis B, para ser utilizada en pacientes pediátricos y adultos.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-15, avaló las siguientes modificaciones para lamivudina 10 mg/mL solución oral (código 1-10-04-7125): – Ampliación de uso a especialistas en Gastroenterología para tratamiento de pacientes (pediátricos y adultos) con hepatitis B. – Cambio de nivel de usuario de 3-A a 2B.			

Lamotrigina 25 mg. Tableta dispersable o lamotrigina 25 mg. Tableta masticable y dispersable.	28-1020	RE	2C
Solo para inicio de tratamiento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurología, uso exclusivo en casos de epilepsia refractaria 2. Psiquiatría, para pacientes con enfermedad maniaco depresiva (enfermedad bipolar) 3. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología: segunda línea de tratamiento en el manejo de neuralgia trigeminal (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). 4. Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) en para manejo de dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). <p>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, según protocolo establecido.</p>			
Observaciones: Con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-16 se modifica para el del medicamento lamotrigina 25 mg (código 1-10-28-1020) la redacción y se actualiza el número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Lamotrigina 100 mg. Tableta dispersable o lamotrigina 100 mg. Tableta masticable y dispersable.	28-1014	RE	2C
<ol style="list-style-type: none"> 1. Neurología, uso exclusivo en casos de epilepsia refractaria . 2. Psiquiatría, para pacientes con enfermedad maniaco depresiva (enfermedad bipolar) 3. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología: segunda línea de tratamiento en el manejo de neuralgia trigeminal (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). 4. Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). <p>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, según lineamiento establecido.</p>			
Observaciones: Con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-16 se modifica para el medicamento lamotrigina 100 mg (código 1-10-28-1014) la redacción y se actualiza el número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Lidocaína hidrocloreto 2% (20 mg/g)	19-2650	RE	2C
<i>Jalea. Tubo con 30 g</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Gastroenterología, Cirugía, Urología, Cirugía Oral y Maxilofacial. 2. Neurología, Medicina Interna, Geriátrica, Medicina Paliativa, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, Medicina Familiar y Comunitaria, Endocrinología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología, para el manejo del dolor localizado en neuropatía dolorosa crónica, (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). [máximo 60 g/mes] 3. Clínicas de heridas para ser utilizado en pacientes que lo requieren en las curaciones. 4. Medicina nuclear para uso en procedimientos diagnósticos que requieran anestesia tópica. <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 lineamiento establecido.</p>			
Observaciones: Con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-16 se modifica la redacción y se actualiza el número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Lidocaína 10% (100 mg/mL)	19-7140	HE	1A
<i>Solución tópica en aerosol.</i>			
<i>Frasco con 50 mL a 115 mL</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Anestesiología, Cirugía, Otorrinolaringología, Foniátrica, Gastroenterología, Neumología, Unidad de Cuidados Intensivos, Odontología. 2. Para manejo del dolor localizado (neuralgia postherpética) (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024): Neurología, Medicina Interna, Geriátrica, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas. Se autoriza despacho para uso domiciliar o extrahospitalario. 			
Observaciones: Con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-16 se modifica para el medicamento lidocaína 10% solución tópica aerosol (código 1-10-19-7140) la redacción y se actualiza el número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Metamizol sódico 500 mg/mL (2.5 g/5mL) o metamizol magnésico 400 mg/mL (2g/5mL). [Sinónimo: dipirone]	16-3655	HRE	2C
<i>Solución inyectable. Ampolla con 5 mL</i>			
<p>A. Prescripción por médico especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dolor agudo en pacientes sometidos a procedimiento de cirugía ambulatoria (Aplicación SOP o recuperación). Máximo 24 horas. – Dolor agudo posoperatorio y postraumático. Máximo 72 horas (no prorrogables) – Dolor agudo no oncológico, consulta externa. Máximo 1 dosis (2 gramos). – Fiebre refractaria a otros antipiréticos o contraindicación a otros antipiréticos. Máximo 72 horas. – Dolor agudo, paciente con vía oral no disponible para uso de otras opciones LOM. Máximo 72 horas. – Dolor oncológico, pacientes con contraindicación al manejo del dolor con medicamentos LOM como morfina parenteral u otros analgésicos disponibles o cuando no se puede aumentar más la dosis utilizadas de morfina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente hospitalizado. Máximo 72 horas. Situaciones excepcionales que requieran tiempo mayor y no se cuenta con vía oral disponible o no se dispone de otras opciones farmacológicas, se avala por máximo 7 días. ○ Consulta Externa: 1 dosis (2 gramos). ○ Paciente domiciliar: Dosis 2g IM PRN (máximo 3 dosis). 			

- B. Especialista en Odontología, uso exclusivo en cirugía maxilo-facial en :
- Tratamiento de fracturas faciales.
 - Cirugía ortognática.
 - Tratamiento quirúrgico de los síndromes faciales que afectan el desarrollo del os maxilares y los huesos faciales.
 - Escisión de tumores benignos y malignos en los maxilares y tejidos blandos de boca y cuello.
 - Reconstrucciones (injertos óseos) de huesos maxilares.
 - Distracciones osteogénicas.

Notas:

- Máximo 72 horas (en caso de egreso durante ese periodo, no se despacha para completar la administración domiciliar).

No está indicado en el tratamiento parenteral de procesos inflamatorios agudo, para ese uso se dispone de diclofenaco parenteral LOM.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló en Sesión 2024-16 la ampliación de uso de metamizol sódico o metamizol magnésico (código compartido 1-10-16-3655) a los médicos especialistas. Adicionalmente, se elimina la circular DFE-AMTC-2632-07-2018, motivado a que se trasladan a la LOM los lineamientos de uso allí mencionados y autorizados a este fármaco.

Metotrexato 2.5 mg base, tableta o metotrexato 2.5 mg base (como metotrexato sódico), tableta	41-0150	E	2C
--	----------------	----------	-----------

Uso exclusivo:

1. Hematología, Oncología Médica, Inmunología, Dermatología, Reumatología, Gastroenterología, Medicina Interna y Geriatria.
2. Alergología para ser utilizado en tratamiento de tercera línea en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa, por un tiempo limitado al corto plazo; desde la perspectiva de uso compasivo (fuera de indicaciones oficiales), se debe documentar en el expediente el respectivo consentimiento informado.
3. Ginecología, Gine-Oncología, Clínicas de Mama en tratamiento de mastitis granulomatosa idiopática según lineamientos establecidos en circular GM-CCF-4182-2020, se debe documentar en el expediente el respectivo consentimiento informado.

Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 27603 publicada en La Gaceta No. 68 del 18-04-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-09.

Nitroprusiato de sodio dihidrato 50 mg . Polvo para inyección. <i>Con o sin diluyente. No contiene preservante. Frasco ampolla de 5 mL o</i> Nitroprusiato de sodio dihidrato 50 mg. Solución inyectable. <i>Frasco ampolla con 2 mL</i>	08-4580	HE	2B
Uso exclusivo por médicos especialistas Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Geriatria, Nefrología, médicos especialistas a cargo de las Unidades de Cuidados Intensivos y Emergenciólogos en el Servicio de Emergencias			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 acordó ampliar uso del medicamento nitroprusiato de sodio dihidrato 50 mg (código 1-10-08-4580) a los médicos a cargo de las unidades de Cuidado Intensivo y a los especialistas en Nefrología.			

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, Geriatria, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Medicina Paliativa, Cardiología, Neurología y Nefrología según protocolo CCF-5645-11-13. • Otorrinolaringología (ORL) y foniatria, 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 H. Pylori según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022: <ol 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 geriatria. 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 2024-16 acordó ampliar el uso de los inhibidores de bomba de protones orales en código compartido 1-10-32-1275 a los especialistas en Nefrología en cumplimiento del respectivo lineamiento.			

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: A. Adultos 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. B. Pediatría 1. Esofagitis erosiva asociada con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Según circular: DFE-AMTC-0317-2024			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-04 avaló la exclusión del pantoprazol del código compartido 1-10-32-4352. Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 61505 publicada en La Gaceta 62 del 09-04-2024			

Paracetamol (acetaminofén) 10 mg/mL	16-4396	HRE	2C
<i>Solución inyectable para infusión intravenosa</i>			
<i>Frasco ampolla con 100 mL</i>			
1. Prescripción por especialistas en Pediatría y Neonatología: tratamiento del ductus arterioso persistente (3-6 días). 2. Prescripción por especialistas en Anestesiología y Recuperación (máximo 72 horas) en el manejo de analgesia multimodal en el perioperatorio (asociado o no AINES, incluido metamizol). 3. Prescripción por especialistas (máximo 72 horas) para el tratamiento de: a. Dolor agudo y postraumático b. Fiebre refractaria c. Dolor oncológico d. Cirugía y traumas odontológicos por especialistas en Odontología. 4. En pacientes que adicionalmente presenten alguna de las siguientes condiciones: – Contraindicación a uso de los AINES LOM (incluido el metamizol). – Embarazada o en periodo de lactancia. En situaciones excepcionales donde los pacientes requieran tratamiento por un tiempo mayor y que no se cuenta con la vía oral o no se disponga de otras opciones farmacológicas, se avala su utilización por un máximo de 7 días. Nota: se debe anotar en las observaciones de la receta en EDUS el criterio correspondiente que justifique su uso, la contraindicación para uso de metamizol u otro(s) aines, así como que no se dispone de vía oral, para poder ser verificado por los servicios de farmacia. Observaciones: Se actualiza la redacción del lineamiento LOM para el medicamento paracetamol 10 mg/mL solución inyectable (código 1-10-16-4396), eliminando la circular DFE-AMTC-2632-07-2018, motivado a que se trasladan a la LOM los lineamientos de uso allí autorizados a este fármaco.			

Picosulfato de sodio 10 mg, óxido de magnesio 3,5 g, ácido cítrico anhidro 12 g.	33-7355	RE	2C
<i>Polvo para solución oral. Sobre</i>			
Uso exclusivo de especialista en Gastroenterología, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Ginecología, Ginecología Oncológica, Urología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Geriátría.			
<ul style="list-style-type: none"> – Preparación colónica: <ul style="list-style-type: none"> a. Preparación de pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos de colon. b. Preparación de pacientes para cirugía a nivel gastrointestinal. c. Pacientes que van a ser sometidos a una cirugía abdominal amplia que requiera la limpieza de todo el colon. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-18 avaló la ampliación de uso del medicamento picosulfato de sodio 10 mg, óxido de magnesio 3,5 g, ácido cítrico anhidro 12 g (código 1-10-33-7355) a los médicos especialistas en Geriátría, Cirugía Oncológica, Medicina Familiar y Comunitaria para su utilización en la preparación colónica de pacientes que requieran de limpieza de todo el colon que serán sometidos a procedimientos endoscópicos de colon, cirugía a nivel gastrointestinal o cirugía abdominal.			

Rifampicina 100 mg/5 mL	03-7490	R	1A
<i>Suspensión oral</i>			
<i>Frasco con 60 mL o 120 mL</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo para el tratamiento de la enfermedad de Hansen y tuberculosis bajo programa DOTS (circular CCF-1880-07-2010). 2. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. 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. 3. Primera línea en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Haemophilus influenzae</i>, según el siguiente esquema: <ul style="list-style-type: none"> – Niños < 1 mes: 5 mg /kg/dosis, vía oral cada 12 horas por dos días. Prescripción únicamente por especialista en neonatología. – ≥ 1 mes, niños, adolescentes y adultos: 10 mg/kg/dosis (máximo 600 mg) vía oral, cada 12 horas por dos días. 			
Nota: para otras indicaciones se requiere el criterio del médico especialista en infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-11 avaló ampliar uso de rifampicina 100 mg/5 mL suspensión oral (código 1-10-03-7490) para ser utilizado como primera línea en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Haemophilus influenzae</i> .			

Rifampicina 300 mg	03-1560	R	1A
Cápsulas			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de enfermedad de Hansen y tuberculosis bajo programa DOTS (circular CCF-1880-07-2010). Para otras indicaciones se requiere el criterio del médico especialista en infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles. 2. Especialista en gastroenterología: erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> como tercera línea (pacientes alérgicos a penicilina) o cuarta línea de tratamiento según lineamiento GM-CCF-E-0940-2022 por un período de 14 días, no prorrogables (para este tratamiento no se requerirá administración estrictamente supervisada). 3. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. 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. 4. Primera línea en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Haemophilus influenzae</i> según el siguiente esquema: <ul style="list-style-type: none"> – Niños < 1 mes: 5 mg/kg/dosis, vía oral, cada 12 horas por dos días. Prescripción únicamente por especialista en neonatología. – ≥ 1 mes, niños, adolescentes y adultos: 10 mg/kg/dosis (máximo 600 mg) vía oral, cada 12 horas, por dos días. <p>Nota: para otras indicaciones se requiere el criterio del médico especialista en infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.</p>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-11 avaló ampliar uso de rifampicina 300 mg cápsula (código 1-10-03-1560) para ser utilizado como primera línea en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Haemophilus influenzae</i> .			

Tropisetron base 5 mg (como hidrocloreto de tropisetron). Solución estéril. Inyectable. Ampolla con 5 mL o Granisetron base 3 mg (como hidrocloreto de granisetron). Solución estéril. Inyectable. Ampolla o frasco ampolla con 3 mL. Solución estéril inyectable.	25-4355	HRE	2C
Uso exclusivo en quimioterapia con agentes que presentan un riesgo medio alto, moderadamente alto y alto para producir emesis y anestesiología para uso en el tratamiento preventivo y postoperatorio de las náuseas y vómitos en pacientes sometidos a cirugía mayor (incluyendo cirugía ambulatoria mayor)			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-19 avaló para tropisetron base 5 mg o granisetron base 3 mg (código compartido 1-10-25-4355) las siguientes modificaciones: 1- Cambio de clave de HR a HRE. 2- Se aclara que se autoriza el uso en Anestesiología para prevención de náuseas y vómitos en pacientes sometidos a cirugía mayor incluyendo cirugía ambulatoria mayor.			

Tramadol hidrocloruro 100 mg /mL	17-7715	RE	2B
<i>Solución oral</i>			
<i>Frasco gotero con 10 mL</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo de Hematología, Oncología Médica, Radioterapia, Geriátría, Pediatría, Reumatología, Medicina Familiar y Comunitaria, Cuidados Paliativos, Clínicas del Dolor, prescripción por Medicina General en Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos acreditadas, para pacientes cuya vía enteral sólo está disponible para líquidos o en pacientes que presenten intolerancia (paracetamol con codeína, u otros), según lineamientos establecidos en CCF-3643-07-19 2. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, para el manejo del dolor neuropático, neuropatía diabética, neuralgia trigeminal y neuralgia postherpética (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). 3. Endocrinología para el tratamiento de la neuropatía diabética (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). 4. Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). <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 lineamiento establecido.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento tramadol hidrocloruro 100 mg/mL solución oral (código 1-10-17-7715) la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.</p>			

Venlafaxina hidrocloruro equivalente a 75 mg de venlafaxina	29-1750	RE	2C
<i>Cápsulas de liberación prolongada</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Psiquiatría, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria según lineamiento CCF-3720-09-14 2. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Endocrinología: cuarta línea de tratamiento para el manejo del dolor por neuropatía dolorosa crónica y neuropatía diabética (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024). <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 lineamiento establecido.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-avaló para el medicamento venlafaxina 75 mg cápsula de liberación prolongada (código 1-10-29-1750) la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.</p>			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Carbamazepina 2% (20 mg/ mL)	28-6410 Z	RE	2D
<i>Suspensión oral</i>			
<i>Envase con 100 mL</i>			
<p>Uso en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatría, Neurología. 2. Pediatría (manejo inicial de epilepsia focal [mientras es valorado por Neurología Pediátrica en HNN]) 3. Medicina Interna, Geriátrica, Neurología Endocrinología, Medicina Familiar Y Comunitaria; Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Reumatología: Primera línea de tratamiento en el manejo de neuralgia trigeminal (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024) 4. Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024) <p>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, según lineamiento establecido.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento carbamazepina 2% suspensión oral (código 1-10-28-6410 de la Lista Complementaria-Z), la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.</p>			

SECCIÓN O

MEDICAMENTOS PARA USO EN ODONTOLOGÍA

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

Metamizol sódico 500 mg/mL (2.5 g/5mL) o metamizol magnésico 400 mg/mL (2g/5mL). [Sinónimo: dipirona]	16-3655	HRE	2C
<i>Solución inyectable. Ampolla con 5 mL</i>			
Especialista en Odontología, uso exclusivo en Cirugía Maxilo-Facial en: <ul style="list-style-type: none">– Tratamiento de fracturas faciales.– Cirugía ortognática.– Tratamiento quirúrgico de los síndromes faciales que afectan el desarrollo de los maxilares y los huesos faciales.– Escisión de tumores benignos y malignos en los maxilares y tejidos blandos de boca y cuello.– Reconstrucciones (injertos óseos) de huesos maxilares.– Distracciones osteogénicas.			
Notas: <ul style="list-style-type: none">– Máximo 72 horas (en caso de egreso durante ese periodo, no se despacha para completar la administración domiciliar).– No está indicado en el tratamiento parenteral de procesos inflamatorios agudo, para ese uso se dispone de diclofenaco parenteral LOM.			
Observaciones: Se actualiza la redacción del lineamiento LOM en la Sección O para el medicamento metamizol sódico o metamizol magnésico (código compartido 1-10-16-3655), eliminando la circular DFE-AMTC-2632-07-2018, motivado a que se trasladan a la LOM los lineamientos de uso autorizados a este fármaco.			

Paracetamol (acetaminofén) 10 mg/mL	16-4396	HRE	2C
<i>Solución inyectable para infusión intravenosa</i>			
<i>Frasco ampolla con 100 mL</i>			
Prescripción por especialistas en Odontología (máximo 72 horas) para el tratamiento de: a. Cirugía y traumas odontológicos.			
En situaciones excepcionales donde los pacientes requieran tratamiento por un tiempo mayor y que no se cuenta con la vía oral o no se disponga de otras opciones farmacológicas, se avala su utilización por un máximo de 7 días.			
Nota: se debe anotar en las observaciones de la receta en EDUS el criterio correspondiente que justifique su uso, la contraindicación para uso de metamizol u otro(s) aines, así como que no se dispone de vía oral, para poder ser verificado por los servicios de farmacia.			
Observaciones: Se actualiza la redacción del lineamiento LOM para el medicamento paracetamol 10 mg/mL solución inyectable (código 1-10-16-4396) en la Sección O, eliminando la circular DFE-AMTC-2632-07-2018, motivado a que se trasladan a la LOM los lineamientos de uso autorizados a este fármaco.			

Medicamentos para uso exclusivo de Odontólogos especialistas en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial

Carbamazepina 200 mg	28-0270	RE	3 A
<i>Tabletas</i>			
Uso exclusivo especialidad de Odontología en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024).			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento carbamazepina 200 mg tableta (código 1-10-28-0270) en la Sección O, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Carbamazepina 2% (20 mg/ mL)	28-6410 Z	RE	3A
<i>Suspensión oral. Envase con 100 mL</i>			
Uso en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas:			
<ul style="list-style-type: none"> Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024) 			
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, según lineamiento establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento carbamazepina 2% suspensión oral (código 1-10-28-6410 de la Lista Complementaria-Z) en la Sección O, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Gabapentina 300 mg	28-0791	RE	3 A
<i>Cápsulas</i>			
Prescripción por Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024).			
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, según lineamiento establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento gabapentina 300 mg cápsulas (código 1-10-28-0791) en la Sección O, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Lamotrigina 25 mg. Tableta dispersable o lamotrigina 25 mg.	28-1020	RE	3 A
<i>Tableta masticable y dispersable.</i>			
Solo para inicio de tratamiento:			
Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) en para manejo de dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024).			
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, según lineamiento establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento lamotrigina 25 mg (código 1-10-28-1020) en la Sección O, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

Lamotrigina 100 mg. Tableta dispersable o lamotrigina 100 mg.	28-1014	RE	3A
<i>Tableta masticable y dispersable.</i>			
Odontólogos especialistas en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (tercer nivel de atención) para el manejo del dolor neuropático (ver lineamiento DFE-AMTC-1076-2024).			
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, según lineamiento establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-16 avaló para el medicamento lamotrigina 100 mg (código 1-10-28-1014) en la Sección O, la actualización del número de lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático a DFE-AMTC-1076-2024.			

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 avala la exclusión de la Lista Oficial de Medicamentos del siguiente código:

Código	Descripción	Sesión CCF
1-10-04-1805	Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (equivalente a tenofovir disoproxil 245 mg) Tabletas recubiertas (film coated)	2024-15

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.7.1.** Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados.

– **Definiciones.**

Sesión CCF – 2024-20

Observaciones – Esta modificación fue comunicada mediante circular DFE-AMTC-1069-2024

Detalle – **Apartado III.7.1 Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados:**

- Se elimina del punto b, IV: lo referente a la clasificación de medicamentos VEN y vitales.

– **Apartado de definiciones de la LOM:**

- se elimina la definición número 9 correspondiente a “clasificación VEN”.
- se actualiza el consecutivo a la numeración correspondiente para “uso compasional” [cambia de 10 a 9] y “medicamentos y/o también” [cambia de 11 a 10].

Actual **III.7.1. Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados**

- a. Cuando un medicamento LOM prescrito se encuentra agotado en la Caja, la farmacia debe notificar al prescriptor. El prescriptor debe valorar y proceder con los ajustes necesarios en procura de sustitución o alternativa terapéutica, según las opciones de la LOM. En caso de no localizar al prescriptor, la farmacia podrá remitir el caso a la Jefatura o a la Dirección Médica, para su resolución.
- b. Cuando un medicamento LOM está agotado en la Caja y no existe sustitución o alternativa terapéutica posible según las opciones de la LOM, la farmacia debe proceder de la siguiente manera:

-
- i. Para el caso de los servicios de farmacia de las Áreas de Salud y Hospitales Regionales y Periféricos, deberán coordinar con el respectivo Supervisor Regional de Farmacia, para que a través de los cubos de existencias, verifiquen la disponibilidad del medicamento a nivel regional y nacional, y se pueda gestionar la distribución de existencias entre las unidades a efectos de atender necesidades inmediatas mientras ingresa el medicamento a nivel central.
 - ii. Para el caso de los Servicios de Farmacia de los Hospitales Nacionales Generales y Centros Especializados, cada uno de ellos a través de los cubos de existencias verificarán directamente la disponibilidad del medicamento en la red, a efectos de gestionar la distribución y posible atención de necesidades inmediatas del medicamento.
 - iii. Una vez agotadas las coordinaciones entre la red Institucional respectiva que permitan atender las necesidades inmediatas, deben comunicarse a la Dirección de Aprovechamiento de Bienes y Servicios, para que informen el estado de ingreso de cada uno de esos medicamentos a través de los procesos de compra del nivel central.
 - iv. En caso de medicamentos LOM agotados, ante condiciones emergentes graves del paciente (hospitalizado o ambulatorio) y previa verificación de la inexistencia del medicamento en la Institución:
 - a. el prescriptor emite la receta y documenta la confirmación de que no existe sustitución o alternativa terapéutica posible según las opciones de la LOM.
 - b. la farmacia debe coordinar con la Dirección Médica, o su delegado autorizado, para proceder con la compra del medicamento bajo el concepto de “adquisición urgente”, con presupuesto local y según el procedimiento y la legislación vigente.
 - c. En estos casos, las cantidades a comprar de cada medicamento deberán ser consensuadas con la Dirección Médica; la farmacia deberá informar de esta adquisición al AMTC (componente de apoyo logístico al suministro), oportunamente.
 - v. La Caja no asumirá responsabilidad alguna por medicamentos LOM agotados que hayan sido adquiridos en farmacias comunales (particulares) o distribuidores, sin cumplir el proceso respectivo, atendiendo la normativa institucional y la legislación vigente”.
-

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 resolutoria 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 resolutoria 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).