

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos

Comité Central de Farmacoterapia



Año 26 Número 75

Diciembre 2024



Actualización

Lista Oficial de Medicamentos – CCSS –

CONFORMACIÓN CCF

Dr. Ricardo Pérez Gómez *Coordinador*
Dra. Olga Paola Vásquez Barquero *Secretaría Técnica*

Miembros permanentes:

Dra. Maria Paz León Bratti
Dra. Faridy Helo Guzmán
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes
Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela
Dr. Gilberth Benavides Gómez
Dr. Osvaldo Montenegro García
Dra. Maureen Villalobos Ugalde
Dra. Laura Perlaza Valenciano
Dr. Alberth Núñez Chavarría
Dra. Mariana Astúa González
Dra. Kimberly Méndez Porras

Representante de:

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

Asesores:

Dr. Mauricio Mora Díaz – *Infectología*
Dr. Marvin Sánchez Benavides – *Reumatología*
Dr. José Lee Chang Segura – *Neurología*
Dra. Pilar Chaverri Sáenz – *Hematología*
Dra. Maribel Vargas de León – *Medicina Paliativa*

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

Abiraterona acetato 250 mg. Tableta o Abiraterona acetato 250 mg. Comprimido	41-0047	RE	2A
<p>Prescripción por especialista en Oncología médica (ver Lineamiento GM-CCF-5205-2024), para el tratamiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cáncer de próstata castrato resistente metastásico con evidencia clínica, bioquímica o radiológica de progresión de la enfermedad luego o durante el uso de docetaxel. Cáncer de próstata castrato resistente metastásico con contraindicación a docetaxel. <p>Adicionalmente, deben cumplir con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 18 años. • Diagnóstico de adenocarcinoma de próstata evidencia de enfermedad metastásica. • Estado funcional ECOG 0-2. • Adecuada función hematológica, hepática y renal definido como: <ul style="list-style-type: none"> – Hemoglobina ≥ 9.0 g/dL – Plaquetas $\geq 100.000/\mu\text{L}$ – Creatinina sérica $< 1.5x$ del valor normal o aclaramiento de creatinina ≥ 60 mL/min – Bilirrubina $\leq 1.5x$ sobre rangos normales. – AST o ALT $< 2.5 x$ del valor normal o $< 5x$ del valor normal en pacientes con metástasis hepática. – Albúmina $\geq 3\text{g/dL}$. – Potasio sérico ≥ 3.0 mmol/L. • Pacientes con alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, 3 o más factores de riesgo o daño a órgano blanco) deben de tener un adecuado control de sus enfermedades crónicas. <p>Pacientes con antecedentes de eventos cerebro vascular o infarto agudo al miocardio en los último 12 meses deben de contar con valoración por cardiología o ecocardiograma en el expediente digital.</p> <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-46 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-41-0047.</p>			

Adalimumab (de origen ADN recombinante) 40 mg/0,8 mL (50 mg/mL). Solución inyectable. Auto inyector prellenado con 0.8 mL. Para uso como monodosis (Opción 1)	41-3076	RE	2C
Adalimumab (de origen ADN recombinante) 40 mg/0,8 mL . Solución inyectable. Jeringa Prellenada con 0,8 mL. Para uso como monodosis (Opción 2)	41-3077	RE	2C
Adalimumab (de origen ADN recombinante) 40 mg/0,4 mL. Solución inyectable. Pluma precargada con 0,4 mL. Para uso como monodosis (Opción 3)	41-3078	RE	2C
Adalimumab (de origen ADN recombinante) 40 mg/0,8 mL. Solución inyectable. Pluma precargada con jeringa prellenada con 0,8 mL. Para uso como monodosis (Opción 4)	41-3079	RE	2C
Adalimumab (de origen ADN recombinante) 40 mg/0,8 mL. Solución inyectable. Pluma precargada con jeringa prellenada con 0,8 mL. Para uso como monodosis (Opción 5)	41-3081	RE	2C
<p>A. Prescripción por especialista en Reumatología luego de que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada (ver Lineamiento GM-CCF-4842-2024, GM-CCF-4843-2024, GM-CCF-4844-2024):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de artritis reumatoide <ol style="list-style-type: none"> a. Primera línea de terapia biológica en pacientes con escleritis, epiescleritis o uveítis, con compromiso articular activo. b. Segunda línea de terapia biológica ante fallo de tocilizumab c. Tercera línea de terapia biológica en pacientes con uso previo de tocilizumab en primera línea y rituximab en segunda línea 2. Tratamiento de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica: <ol style="list-style-type: none"> a. Primera línea de terapia biológica. b. Segunda línea de terapia biológica por fallo a secukinumab. <p>B. Prescripción por especialistas en Gastroenterología, como primera línea de terapia biológica en enfermedad de Crohn luminal que ha fallado a medicamentos LOM correspondientes o como alternativa en pacientes con enfermedad perianal que no pueden recibir infliximab, según lineamiento GM-CCF-3412-2024</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 2024-39. Se identifican las 5 opciones enlistadas en la ficha técnica vigente en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS.</p>			

Darolutamida 300 mg. Comprimido recubierto	41-0453	RE	2A
<p>Prescripción por especialista en Oncología médica (ver Lineamiento GM-CCF-5205-2024), para el tratamiento de cáncer de próstata castrato sensible metastásico con alto volumen de enfermedad definida como metástasis viscerales ≥ 4 metástasis óseas con ≥ 1 lesión más allá de la columna vertebral y pelvis, asociado con docetaxel.</p> <p>Adicionalmente, deben cumplir con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edad ≥ 18 años – Candidatos a terapia de privación androgénica y docetaxel. – Estado funcional ECOG 0-1 – Adecuada función hematológica, hepática y renal definido como: <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina ≥ 9.0 g/dL • Plaquetas ≥ 100.000 U/L, Creatinina ≤ 2 mg/dL • Neutrófilos absolutos ≥ 1500 U/L • AST y ALT $\leq 1.5x$ del valor normal – Paciente con alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, 3 o más factores de riesgo o daño a órgano blanco) deben de tener un adecuado control de sus enfermedades crónicas. – Pacientes con antecedentes de infarto agudo al miocardio en los últimos 12 meses deben de contar con valoración por cardiología o ecocardiograma en el expediente digital. – Pacientes con inicio de terapia de privación androgénica con o sin antiandrógenos de primera generación por un tiempo < 12 semanas. <p>Nota: Anotar 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 2024-46.</p>			

Enzalutamida 40 mg. Cápsula blanda	41-0611	RE	2A
Prescripción por especialista en Oncología médica (ver Lineamiento GM-CCF-5205-2024), para el tratamiento de:			
<p>A. Cáncer de próstata castrato sensible metastásico con bajo volumen de enfermedad y en pacientes con alto volumen de enfermedad que no puedan recibir la tripleta docetaxel + darolutamida + terapia de privación hormonal por presentar criterios de fragilidad o contraindicación de uso de docetaxel. Adicionalmente, deben cumplir con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 18 años • Esperanza de vida ≥ 12 meses • Estado funcional ECOG 0-2. • Adecuada función hematológica, hepática y renal definido como: <ul style="list-style-type: none"> – Hemoglobina ≥ 10.0 g/dL o Plaquetas ≥ 100.000 U/L – Aclaramiento de creatinina ≥ 30 mL/min (Cockcroft-Gault) o Recuento de leucocitos ≥ 4000 U/L. – ALT $< 2x$ del valor normal (si hay metástasis hepáticas, la ALT debe ser < 5 veces el límite superior normal). • Pacientes con alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, 3 o más factores de riesgo o daño a órgano blanco) deben de tener un adecuado control de sus enfermedades crónicas. • Pacientes con antecedentes de infarto agudo al miocardio en los últimos 12 meses deben de contar con valoración por cardiología o ecocardiograma en el expediente digital. <p>B. Cáncer de próstata castrato resistente no metastásico con alto riesgo de metástasis (M0 y con un tiempo de duplicación del PSA ≤ 10 meses)</p> <p>Adicionalmente, deben cumplir con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 18 años • Diagnóstico de adenocarcinoma de próstata • Cáncer de próstata asintomático • Terapia continua de privación de andrógenos con un agonista/antagonista de la hormona liberadora de gonadotropina • (GnRH) u orquiectomía bilateral previa (castración médica o quirúrgica) • El antígeno prostático total debe ser ≥ 2 ng/mL • Tiempo de duplicación del PSA ≤ 10 meses • Estado funcional ECOG 0-1 • Adecuada función hematológica, hepática y renal definido como: <ul style="list-style-type: none"> – Hemoglobina ≥ 10.0 g/dL o Plaquetas > 100.000 U/L o creatinina sérica ≤ 2 mg/dL. – Recuento absoluto de neutrófilos ≥ 1500/mL. – Bilirrubina < 1.5 veces el límite superior (excepto en pacientes con enfermedad de Gilbert), – AST o ALT $< 2.5x$ del valor normal o ALT $< 1.5x$ del valor normal si fosfatasa alcalina > 2.5 ULN. – Albúmina $> 3g/dL$. • Paciente con alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, 3 o más factores de riesgo o daño a órgano blanco) deben de tener un adecuado control de sus enfermedades crónicas. • Pacientes con antecedentes de infarto agudo al miocardio en los último 12 meses deben de contar con valoración por cardiología o ecocardiograma en el expediente digital. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-46.			

Etanercept 25 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla. Con diluyente (agua estéril para inyección) en jeringa prellenada con 1 mL. Para dosis única (Opción 1).	41-3793	RE	3A
Etanercept 25 mg/0.5 mL. Solución inyectable. Jeringa prellenada con 0.5 mL. Para dosis única (Opción 2).	41-3794	RE	3A
<p>Prescripción por especialista en Inmunología Pediátrica y Reumatología para pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante, solamente en las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Continuación de tratamiento en pacientes que están actualmente recibiendo terapia con etanercept. Inicios de tratamiento para situaciones excepcionales: el caso deberá ser remitido al Comité Central de Farmacoterapia para su análisis, mediante el Formulario no LOM crónico y contar con su aval para su prescripción/despacho. <p>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 2024-39.</p> <p>Se identifican las 2 opciones enlistadas en la ficha técnica vigente en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS.</p>			

Etanercept 50 mg (de origen ADN recombinante). Solución inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL. Para dosis única. (Opción 1)	41-3796	RE	2B
Etanercept 50 mg/1 mL. Solución inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL. Para dosis única (Opción 2)	41-3797	RE	2B
Etanercept 50 mg (de origen ADN recombinante). Solución inyectable. Pluma prellenada con 1 mL. Para dosis única (Opción 3)	41-3798	RE	2B
Etanercept 50 mg (de origen ADN recombinante). Solución inyectable. Pluma prellenada con 1 mL. Para dosis única. (Opción 4)	41-3799	RE	2B
<p>Prescripción por especialista en Reumatología para pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante, solamente en las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Continuación de tratamiento en pacientes que están actualmente recibiendo terapia con etanercept. Inicios de tratamiento para situaciones excepcionales: el caso deberá ser remitido al Comité Central de Farmacoterapia para su análisis, mediante el Formulario no LOM crónico y contar con su aval para su prescripción/despacho. <p>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 2024-39.</p> <p>Se identifican las 4 opciones enlistadas en la ficha técnica vigente en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS.</p>			

Everolimus 0.5 mg. Comprimido	41-0691	RE	2B
1. Prescripción por especialista en Nefrología para manejo de pacientes en tratamiento con tacrolimus y que requieren uso de inhibidor mTOR como terapia de novo, conversión temprana y tardía y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> Toxicidad inducida por calcineurínicos documentada (nefro o neurotoxicidad). Antecedentes o diagnóstico actual de neoplasia de piel no melanocítica [cáncer de piel no melanocítico incluye principalmente neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de Merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos]. Riesgo de infección por citomegalovirus (CMV): donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 2000 copias/mL) en receptor negativo por CMV (conversión de novo). Paciente trasplantado con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 2000 copias/mL) conversión temprana o tardía. 2. Unidades de Trasplante Hepático en pacientes trasplantados hepáticos que desarrollen nefrotoxicidad demostrada durante tratamiento con tacrolimus.			
El diagnóstico y cumplimiento de los requisitos de prescripción debe quedar consignado en el espacio de observaciones cuando se realiza la receta de lo contrario la farmacia no podrá despachar el medicamento.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-48.			

Everolimus 0.75 mg. Comprimido	41-0692	RE	2B
1. Prescripción por especialista en Nefrología para manejo de pacientes en tratamiento con tacrolimus y que requieren uso de inhibidor mTOR como terapia de novo, conversión temprana y tardía y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> Toxicidad inducida por calcineurínicos documentada (nefro o neurotoxicidad). Antecedentes o diagnóstico actual de neoplasia de piel no melanocítica [cáncer de piel no melanocítico incluye principalmente neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de Merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos]. Riesgo de infección por citomegalovirus (CMV): donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 2000 copias/mL) en receptor negativo por CMV (conversión de novo). Paciente trasplantado con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 2000 copias/mL) conversión temprana o tardía. 2. Unidades de Trasplante Hepático en pacientes trasplantados hepáticos que desarrollen nefrotoxicidad demostrada durante tratamiento con tacrolimus.			
El diagnóstico y cumplimiento de los requisitos de prescripción debe quedar consignado en el espacio de observaciones cuando se realiza la receta de lo contrario la farmacia no podrá despachar el medicamento.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-48.			

Omalizumab 150 mg	23-4386	HRE	2A
Polvo para solución inyectable. Frasco ampolla			
Prescripción por especialista en Neumología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, y cumpliendo con el lineamiento GM-CCF-4963-2024, para el tratamiento de asma alérgica severa o asma tipo 2 mixta en el paso 5 de GINA, en niños a partir de los 6 años y adultos.			
Dosis: 150-375 mg SC cada 2 a 4 semanas, la dosis máxima será de 750 mg cada 4 semanas, la dosis se debe individualizar basado en niveles de IgE y peso corporal.			
Se requiere de llenado del formulario correspondiente según el Lineamiento, el cual debe ser analizado en la sesión clínica y custodiado por el servicio de neumología correspondiente. Para la prescripción solo se requiere anotar el diagnóstico en el EDUS, indicar en la casilla de observaciones de la receta el criterio correspondiente que justifique su uso y número de sesión en el que fue conocido el caso.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-41.			

Pemetrexed 500 mg (como pemetrexed disódico heptahidratado)	41-4431	HRE	2A
<i>Polvo liofilizado para solución para infusión. Inyectable. Frasco ampolla o</i>			
Pemetrexed 500 mg (como pemetrexed disódico hemipentahidrato)			
<i>Polvo liofilizado para solución para infusión. Inyectable. Frasco ampolla</i>			
Prescripción por médicos especialistas en Oncología Médica en pacientes con las siguientes indicaciones:			
a. Tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón de células no pequeñas no escamoso en combinación con platino durante cuatros ciclos y posteriormente como tratamiento de mantenimiento en monoterapia.			
b. Cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadios tempranos 1B y 3A en adyuvancia y en concomitancia con radioterapia en estadio III cuando se haya documentado contraindicación al uso de taxano.			
c. Mesotelioma maligno pleural y peritoneal.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM en Sesión 2024-36.			

Secukinumab 150 mg. Polvo para solución inyectable. Frasco ampolla. (Opción 1)	41-4652	HRE	2B
Secukinumab 150 mg/mL. Solución inyectable en pluma precargada. (Opción 2)	41-4654	HRE	2B
<p>Prescripción por especialista en Reumatología luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada (ver lineamiento GM-CCF-4843-2024 y GM-CCF-4844-2024)</p> <p>a. Tratamiento de artritis psoriásica como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con un anti-TNF y no han logrado la respuesta deseada a las 24 semanas o después, descartando falta de adherencia.</p> <p>b. Tratamiento de artritis psoriásica asociada a psoriasis moderada o severa como primera línea de terapia biológica que no se han controlado con el tratamiento AINEs y DMARDs (requiere valoración previa interdisciplinaria con Dermatología y Reumatología) [se utiliza dosis correspondiente para psoriasis].</p> <p>c. Tratamiento de espondilitis anquilosante, como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con anti TNF y no han logrado respuesta deseada a las 24 semanas o después, o que presente pérdida de la respuesta durante la evolución sin un factor claro demostrable para la misma, descartando falta de adherencia.</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 2024-39.</p> <p>Se identifican las 2 opciones enlistadas en la ficha técnica vigente en concordancia con la Normativa LOM, Capítulo II, apartado II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS.</p>			

Tocilizumab 162 mg/ 0,9 mL.	41-4686	RE	2B
Solución para inyección subcutánea. Jeringa precargada con 0,9 mL. Dosis única			
<p>Prescripción por especialista en Reumatología como primera línea de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide activa que cumplan con todas las siguientes condiciones (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024):</p> <ul style="list-style-type: none"> – DAS 28 mayor o igual a 5.1. – Haber utilizado esquemas terapéuticos con metotrexato (oral y parenteral), sulfasalazina hidroxiclороquina y leflunomida. Estos esquemas deben haber sido utilizados durante al menos 3 meses a las dosis máximas recomendadas, a menos que exista una contraindicación debidamente justificada. <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 2024-38.</p>			

<i>Tocilizumab 20 mg/ mL</i>	41-4687	HRE	2B
<i>Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 10 mL</i>			
Prescripción por especialista en Reumatología como primera línea de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide activa que cumplan con todas las siguientes condiciones (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024):			
<ul style="list-style-type: none"> – Peso mayor o igual a 100 kg. – DAS 28 mayor o igual a 5.1. – Haber utilizado esquemas terapéuticos con metotrexato (oral y parenteral), sulfasalazina, hidroxicloroquina y leflunomida. Estos esquemas deben haber sido utilizados durante al menos 3 meses a las dosis máximas recomendadas, a menos que exista una contraindicación debidamente justificada. 			
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 avalo la inclusión a la LOM en Sesión 2024-38.			

<i>Tocilizumab 80 mg (20 mg/ mL)</i>	41-4688	HRE	2B
<i>Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 4 mL</i>			
Prescripción por especialista en Reumatología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, como primera línea de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide activa que cumplan con todas las siguientes condiciones (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024):			
<ul style="list-style-type: none"> – Peso mayor o igual a 100 kg – DAS 28 mayor o igual a 5.1. – Haber utilizado esquemas terapéuticos con metotrexato (oral y parenteral), sulfasalazina hidroxicloroquina y leflunomida. Estos esquemas deben haber sido utilizados durante al menos 3 meses a las dosis máximas recomendadas, a menos que exista una contraindicación debidamente justificada. 			
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 avalo la inclusión a la LOM en Sesión 2024-38.			

Ustekinumab 90 mg/1 mL	41-4721	HRE	2C
Solución inyectable en Jeringa precargada			
Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de enfermedad de Crohn (ver lineamiento GM-CCF-3412-2024): <ol style="list-style-type: none"> a. Primera línea de terapia biológica en pacientes con diagnóstico reciente de neoplasia (< 2 años), historia previa de linfomas y melanomas. b. Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab o adalimumab. 2. Tratamiento de Colitis Ulcerativa Crónica Inflamatoria (ver lineamiento GM-CCF-3392-2024): <ol style="list-style-type: none"> a. Primera línea de tratamiento de terapia biológica en pacientes con contraindicación al uso de anti-TNF. b. Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab. 			
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 avalo la inclusión a la LOM en Sesión 2024-39.			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Cabergolina 0,5 mg. Tableta o cabergolina 0.5 mg. Tableta recubierta o cabergolina 0.5 mg. Comprimido	38-0268	RE	2C
Prescripción por Endocrinología: 1. Adenoma de hipófisis (micro/macroprolactinoma) con hipeprolactinemias documentadas por laboratorio en la que se reporta intolerancia al uso del medicamento bromocriptina/LOM. <i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</i>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-50 avaló la modificación del nivel de usuario de 2B a 2C.			

Carvedilol 12.5 mg tableta o carvedilol 12.5 mg tableta recubierta	07-1780	RE	2B
1. Uso exclusivo Medicina Interna, Cardiología, Geriatría, 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: 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. <i>Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar debidamente documentados en el expediente clínico del paciente.</i>			
2. Uso exclusivo de especialistas en gastroenterología, geriatría, 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: a. Hipertensión portal, gradiente venoso hepático mayor a 10-12 mm Hg. b. Varices esofágicas sin antecedentes de sangrado. <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.</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción de este código con base en la ficha técnica vigente versión CFT 81707 publicada en La Gaceta 200 del 25-10-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-45.			

Colchicina 0.5 mg. Tableta o colchicina 0.6 mg. Tableta	15-0420	M	1A
Observaciones: Se actualiza la descripción de este código con base en la ficha técnica vigente versión CFT 21303 publicada en La Gaceta 216 del 18-11-2024.			

Diclofenaco sódico 75 mg. Solución Inyectable. Ampolla con 3 mL o Dexketoprofeno 25 mg (como dexketoprofeno trometamol). Solución inyectable. Ampolla con 2 mL	14-3650	HR	1A
<p>1. Tratamiento con aine parenteral para manejo de pacientes > 14 años y adultos con procesos inflamatorios según lineamientos GM-CCF-E-0465-2022, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINES LOM para uso oral (como, por ejemplo: por espera del despacho de prescripción por parte del servicio de farmacia del tratamiento con aine oral LOM).</p> <p>Tiempo de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina general y especialidades: 1 dosis (dosis única: diclofenaco 75 mg IM). Medicina paliativa, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos, Hematología, Oncología Médica, Ginecología Oncológica, Cuidados Intensivos, Anestesiología Reumatología: máximo 72 horas. <p>Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional para cubrir un tratamiento de tres días (máximo seis dosis), solamente para pacientes atendidos por: los servicios de Hematología, Oncología Médica, Ginecología Oncológica, Reumatología, Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos (incluye atención domiciliar) debidamente acreditadas</p> <p>2. Odontología general: (1 dosis STAT) pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de aine LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral.</p> <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la ampliación de este código a la opción Dexketoprofeno 25 mg (como dexketoprofeno trometamol). Solución inyectable. Ampolla con 2 mL</p>			

Emtricitabina 200 mg y tenofovir disoproxil fumarato 300 mg. Tableta recubierta.	04-0600	R	1A
Prescripción por Médico General en las áreas de salud autorizadas para ser utilizado como terapia preexposición (PREP) en pacientes con 18 años o más y alto riesgo de contraer la infección por el VIH, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la instrucción de trabajo lineamiento profilaxis pre-exposición en el marco de la prevención combinada en los servicios de salud de CCSS LT.GM.DDSS. AAIP.PNVIH-ITS.14102024.			
Observaciones: Se actualiza el número de lineamiento a utilizar para la pre-exposición en el marco de la prevención combinada en los servicios de salud en la CCSS al vigente: LT.GM.DDSS. AAIP.PNVIH-ITS.14102024.			

Itraconazol 100 mg. Cápsulas	04-1005	RE	1-A
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo Infectología, Dermatología, Inmunología, Reumatología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria para pacientes con histoplasmosis, aspergilosis (intolerancia o refractarios a amfotericina), cromomycosis, blastomycosis, coccidiomycosis. 2. Prescripción por médico general o especialista para el tratamiento de onicomycosis. <ol style="list-style-type: none"> a. Requiere tener reporte previo de cultivo positivo a dermatofitos, el cual debe ser anotado en la casilla de observaciones de la receta para su despacho por la farmacia. b. Dosificación apoyada a nivel institucional para onicomycosis (adultos): 200 mg dos veces al día vía oral por una semana; repita cada 4 semanas por 2 meses (en caso tratamiento uña de la mano) o 3 meses (en caso de tratamiento de uña en pie). c. No se puede repetir nuevo ciclo hasta pasados 3 meses de terminado el tratamiento y requiere reporte de nuevo cultivo. <p>Advertencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Itraconazol puede causar hepatotoxicidad (que va desde un aumento leve y asintomático de las transaminasas séricas hasta insuficiencia hepática). Se deben controlar las pruebas de función hepática en pacientes con enfermedad hepática preexistente y en todos los pacientes que reciben tratamiento durante más de un mes. – Itraconazol se asocia con efectos cardiovasculares, que incluyen hipertensión nueva o que empeora, insuficiencia cardíaca nueva o que empeora, intervalo QT prolongado en el ECG y Torsades de Pointes – El itraconazol es un potente inhibidor del CYP3A4, lo que pone a los pacientes en riesgo de sufrir múltiples interacciones farmacológicas. – Para una máxima absorción del fármaco, recomendar la administración con comida completa. <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló en Sesión 2024-42 la modificación del nivel de usuario de 2C a 1-A, autorizando su prescripción a los médicos generales y especialistas para el manejo de pacientes con onicomycosis con reporte de cultivo positivo a dermatofitos. Adicionalmente, se hace referencia al esquema de dosificación en esta indicación, pauta en caso de requerirse un nuevo ciclo de tratamiento, advertencias y recomendaciones en relación con su uso.</p>			

Lamivudina 10 mg/mL. (contiene sucrosa al 20% [p/v]. No contiene alcohol)	04-7125	R	2B
Solución oral. Frasco de polietileno con 240 mL			
<ul style="list-style-type: none"> – Uso exclusivo para Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH en el tratamiento de pacientes pediátricos y adultos con infección por VIH. – Gastroenterología y médicos que laboran en los Centros de Trasplante Hepático en el tratamiento de la hepatitis B , para ser utilizada en pacientes pediátricos y adultos. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló en Sesión 2024-45 la ampliación de uso de este medicamento a los médicos que laboran en los Centros de Trasplante Hepático, para el manejo de pacientes con hepatitis.			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Diatrizoato de meglumina 66% (660 mg/mL) y diatrizoato de sodio al 10 % (100mg/mL)	52-6660 Z	HE	2C
<i>Solución para uso oral . Envase con 30 mL</i>			
Uso exclusivo Radiología			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 56105 publicada en La Gaceta 166 del 09-09-2024.			

Fluorouracilo 5% (50 mg/g). Crema. Tubo con 20 g o 25 g o 40 g.	46-2555 Z	RE	2C
Uso exclusivo Dermatología, Cirugía Reconstructiva, Oncología Médica, Medicina Familiar Y Comunitaria en el tratamiento de queratosis actínica y carcinoma de piel (células basales).			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-53 avaló la actualización de las indicaciones de uso de este medicamento. Por lo anterior, se elimina la indicación para Ginecología Oncologica en el tratamiento de lesiones epiteliales de vagina y la autorización para su administración por vía vaginal. La modificación al lineamiento LOM anteriormente mencionado, fue comunicado por WebMaster institucional mediante circular DFE-AMTC-2124-2024 y se respalda en el análisis integral realizado, en el cual se comprueba que la única presentación comercial disponible en el país y registrada en el Ministerio de Salud de Costa Rica no tiene autorizada la indicación de uso en el tratamiento de VAIN; tampoco la vía de administración vaginal.			

Fórmula modificada para alimentación de lactantes Fórmula enteral de nutrientes complejos (intactos, poliméricos)	50-7240 Z	R	2B
<i>Polvo para dilución. Lata con 400 g a 1kg.</i>			
Uso exclusivo en niños hasta los 6 meses de edad en donde no es posible la lactancia materna, como por ejemplo: hospitalización de la madre, madre con infección por VIH, madre adicta a drogas, en tratamiento con quimioterapia o propiltiouracilo, muerte materna			
Observaciones: Se actualiza la descripción con base en la ficha técnica vigente versión CFT 54507 publicada en La Gaceta 174 del 19-09-2024 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-36.			

SECCIÓN 0

MEDICAMENTOS PARA USO EN ODONTOLOGÍA

Diclofenaco sódico 75 mg. Solución Inyectable. Ampolla con 3 mL o Dexketoprofeno 25 mg (como dexketoprofeno trometamol). Solución inyectable. Ampolla con 2 mL	14-3650	HR	1A
Odontología general: (1 dosis STAT) pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la ampliación de este código a la opción Dexketoprofeno 25 mg (como dexketoprofeno trometamol). Solución inyectable. Ampolla con 2 mL			

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 los siguientes códigos de medicamentos:

Código	Descripción	Sesión CCF
1-10-04-1045	Lamivudina 150 mg. Tabletas recubiertas con film	2024-15
1-10-04-0495	Darunavir 600 mg (como etanoato de darunavir). Tableta recubierta.	2023-13
1-10-41-1810	Erlotinib 150 mg (como erlotinib hidrocloreuro) o gefitinib 240 mg. Tabletas recubiertas	2022-24

NORMATIVA

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

1. MODIFICACIÓN

Localización	– Capítulo III, apartado III.1.4, punto III.d
Observaciones	– Se incluye el número de los decretos vigentes relacionados con el Reglamento para el control de drogas y estupefacientes del Ministerio de Salud y la regulación del uso de fentanilo ampollas.
Actual	d. Los psicotrópicos y estupefacientes deberán ser prescritos en los recetarios de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y cumplir con las disposiciones vigentes [Decreto 37111-S Reglamento para el control de drogas estupefacientes y psicotrópicas y Decreto 34622-S Regulación del uso de fentanilo ampollas].

2. MODIFICACIÓN

Localización	– Capítulo III, apartado III.7
Sesión CCF	– 2024-50
Observaciones	El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-50 en relación con el apartado III.7. Gestión ante medicamentos LOM almacenables agotados (punto b: iv.b), acordó actualizar e incluir la información correspondiente al documento GL-ARE-PRO-016-2023: Procedimiento para el Financiamiento de Artículos Clasificados como Almacenables (A) Agotados en el Centro de Distribución
Detalles	Esta información fue comunicada mediante circular: DFE-AMTC-2055-2024
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 Aprovisionamiento 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 procederá según lo establecido en GL-ARE-PRO-016-2023 Procedimiento para el Financiamiento de Artículos Clasificados como Almacenables (A) Agotados en el Centro de Distribución.
 - 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.

3. MODIFICACIÓN

Localización	– Capítulo III, apartado III.2.24 y III.2.25
Sesión CCF	– 2024-52
Observaciones	– Se realiza modificación en la redacción y se aclara información importante sobre la entrega de medicamentos por los ATAPs.
Detalle	– Esta información fue comunicada mediante circular: GM-DFE-0611-2024 ARSDT-ENF-0867-2024 DDSS-ARSDT-1398-2024
Actual	Entrega de medicamentos por el Técnico de Atención Primaria (ATAP) según programas específicos

-
- III.2.24** Los ATAPs durante las visitas domiciliarias, podrán educar sobre la utilización de medicamentos y entregar los siguientes medicamentos autorizados por el CCF en respuesta a una indicación realizada por el médico responsable/asignado del EBAIS mediante una teleorientación o reposición de un tratamiento que fue iniciado en la institución mientras el paciente acude a consulta: Crema de Rosas, Óxido de Zinc compuesto, Electrolitos Orales (Suero Oral), aceite mineral para uso tópico, de acuerdo con el lineamiento vigente. También podrá entregar albendazol como parte de campañas de desparasitación a nivel comunitario o escolar coordinadas por el EBAIS.
- III.2.25** Aplicación de vacunas, en concordancia con el esquema de vacunación institucional vigente.
- III.2.26** Participación en programas especiales para supervisar la toma de medicamento por el paciente a nivel domiciliario (especialmente en zonas de difícil acceso o cuando exista algún tipo de limitación para que asista al EBAIS) prescrito por médico institucional, en:
- Manejo de la tuberculosis según programa DOTS (estrategia de tratamiento acortado directamente observado), el cual, fue previamente prescrito por médico institucional. Se rige por lineamientos específicos según *Norma para la vigilancia y control de la Tuberculosis. Julio 2020. Decreto Ejecutivo No. 42784-S.*
 - Manejo de la enfermedad de Hansen y la estrategia TES (estrategia de tratamiento estrictamente supervisado). Se rige por lineamientos específicos según Norma para la atención integral y control de la enfermedad de Hansen en Costa Rica 2012.
 - Entrega de la primera dosis de tratamiento contra malaria no complicada cuando:
 - la prueba *in situ* ha sido positiva por *P. vivax* y *P. falciparum*.
 - El caso ha sido presentado al médico responsable/asignado del EBAIS por medio de “teleorientación”.
 - Cuenta con prescripción previa del médico responsable/asignado y anotación en EDUS
 - El ATAP ha instruido al paciente y orientación para que se presente al centro de adscripción o más cercano para continuación de tratamiento según circular GM-DFE-0611-2024 | ARSDT-ENF-0867-2024 | DDSS-ARSDT-1398-2024. Lo cual será registrado en la Ficha de control individual del usuario en el SIFF cuando la detección se realiza en el escenario domiciliario. Rigen esquemas de dosificación establecidos en el protocolo de vigilancia para malaria y estrategia nacional para la eliminación y prevención del restablecimiento de la transmisión de malaria en Costa Rica, versión 2, 2023
-

FE DE ERRATA

En la edición del Boletín del Comité Central de Farmacoterapia- Actualización de la Lista Oficial de Medicamentos Año 26 No.75 Setiembre 2024:

DICE	DEBE DECIR
Página 1	Página 1
Asesores Dra. Priscilla Mesén <i>Medicina</i> Aguilar <i>Paliativa</i>	Asesores Maribel Vargas de <i>Medicina</i> León <i>Paliativa</i>

NOMENCLATURA

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

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

SIGNIFICADO

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

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

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

SIGNIFICADO

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

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

CLAVE

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

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

4

NIVEL DE USUARIO

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

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

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

5

LINEAMIENTO

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

6

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia

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

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

Dirección de Farmacoepidemiología¹

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

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

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

correo electrónico | gm_df_amt@ccss.sa.cr