



**CIRCULAR**  
**DFE-AMTC-1400-2024**  
08 de agosto de 2024

**PARA:** Direcciones Médicas, Médicos prescriptores, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Farmacia de Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales y Periféricos, Áreas de Salud, CAIS y EBAIS. Dirección de Desarrollo Servicios de Salud – Programa Sistemas Alternativos

**DE:** Doctor  
Carlos Icaza Gurdían. Jefe  
**Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica**

**ASUNTO: Comunicación: Actualización de los medicamentos autorizados para su prescripción por los profesionales adscritos al Programa de Sistemas Alternativos: Sistema Mixto de Atención en Salud y Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa**

En atención a acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2024-29 del 26 de junio del 2024, se comunica la actualización del listado de medicamentos autorizados a los profesionales médicos y odontólogos que están adscritos al Sistema Mixto de Atención en Salud; asimismo, profesionales médicos inscritos en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa.

En este listado se incorporan (*en cumplimiento de lineamientos específicos*), los siguientes fármacos:

- a) 1-10-46-2660. Fusidato sódico 2% (20 mg/g). Ungüento tópico. Tubo con 15 g.
- b) 1-10-32-1182. Mesalazina 500 mg. Tableta de liberación prolongada o mesalazina 1 g. Gránulos de liberación prolongada. Sobre.
- c) 1-10-32-3290. Cimetidina base 300 mg (como cimetidina hidrocloreto). Solución inyectable. Ampolla con 2 mL.

Para facilitar la búsqueda, la lista de medicamentos autorizados se encuentra ordenados en forma alfabética y divididos en 2 grupos:



- **Primera parte:** los autorizados para su prescripción a los profesionales médicos adscritos Medicina Mixta y Medicina de Empresa.
- **Segunda parte:** los autorizados a los profesionales en odontología adscritos a Medicina Mixta.

Es importante tener presente que para aquellos fármacos de uso especializado o que tengan una restricción de uso específica para su utilización en este contexto de Programas Alternativos, se hará explícito en la casilla “restricción”.

### Listado de medicamentos autorizados para su prescripción por los profesionales adscritos al Programa de Sistemas Alternativos

#### I. Medicamentos autorizados a profesionales médicos adscritos a Medicina Mixta o Medicina de Empresa.

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Aceite de ricino (Sinónimo: Aceite de castor). Líquido viscoso sin agentes saborizantes. Frasco con 60 mL	M		2C	33	6010
Aceite mineral para uso oral. Envase con 110 mL a 120 mL	R	Uso para adultos y niños mayores de 3 años. En el Primer Nivel de Atención para la desimpactación fecal en niños por 3 - 4 días, puede continuar el uso con dosis menor hasta la evaluación especializada, según lineamiento DFE-AMTC-0050-01-2018	1A	33	7360
Aceite mineral para uso tópico (Sinónimo: Aceite Mineral Liviano). Envase con 500 mL	M		1A	46	6006



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Acetazolamida 250 mg. Tableta	M		1A	09	0020
Aciclovir 200 mg/5 mL. Suspensión oral	RE	Uso exclusivo de Infectología Pediátrica y Pediatría en el tratamiento de enfermedades severas causadas por virus varicela-zoster en pacientes inmunodeprimidos	3A	04	6030
Aciclovir 400 mg. Tabletas o tabletas recubiertas con film o cápsulas	R	1-Tratamiento de enfermedades severas causadas por virus de varicela-zoster como Herpes Zoster y primer episodio de herpes genital grave, por un máximo de 7 días. El inicio del tratamiento debe ser antes de transcurridas 72 horas de iniciados los síntomas. 2-Para pacientes con herpes genital recurrente (más de 6 episodios en un año) u otra condición que requiera tratamiento por un periodo mayor de 7 días, queda restringido para: Medicina Interna, Infectología, Inmunología, Ginecología, Dermatología, Medicina Familiar y Comunitaria. Se amplía su uso por más de siete días, a la especialidad de Hematología, dado que es necesario en pacientes con TMO.	1A	04	0046
Ácido acético 2% en solución de acetato de aluminio (Solución de Burow). Solución	M	Médico General de acuerdo con lineamiento Estrategia APER	1A	51	6170



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
ótica. Frasco gotero con 60 mL					
Ácido Acetil Salicílico 100 mg. Tabletas	M		1A	11	0030
Ácido ascórbico (Vitamina C) 100 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero con 30 mL	M		1A	42	6080
Ácido ascórbico 500 mg o ácido ascórbico 250 mg más ascorbato de sodio 281.25 mg o ácido ascórbico 260 mg más ascorbato de sodio 290 mg. Tabletas o tabletas masticables o ácido ascórbico 500 mg. Tableta efervescente	M	Solamente para ser utilizado en la indicación: acidificación de orina	1A	42	0070
Ácido fólico 1 mg. Tableta	M		1A	13	0080
Ácido salicílico al 5% (50 mg/g). Ungüento. Tubo con 40 g a 60 g.	M		1A	46	2425
Ácido salicílico del 15% al 17% en colodión flexible. Solución tópica. Frasco con 15 mL	M		1A	46	6120
Albendazol 200 mg. Tableta, tableta recubierta (film coated) o tableta masticable	M		1A	01	1110
Alendronato (como sal sódica trihidratada) equivalente a 70 mg de ácido alendrónico. Tabletas	RE	Prescripción por especialista para el tratamiento de: 1. Osteoporosis primaria. 2. Osteopenia con fracturas. 3. Enfermedad de Paget. Tiempo máximo de tratamiento: 5 años.  <b>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción.</b>	2D	14	0685
Alfacalcidol 0.25 mcg o calcitriol 0.25 mcg. Cápsulas de gelatina blanda	RE	Uso exclusivo Endocrinología, Reumatología, Nefrología, Medicina Interna, Geriátrica, Cirugía, Pediatría, en aquellos pacientes portadores de insuficiencia Renal	2D	42	0100



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Alfacalcidol 1 mcg o calcitriol 1 mcg. Cápsulas de gelatina blanda	RE	Uso exclusivo Endocrinología, Nefrología, Medicina Interna y por los Servicios Especializados en la Atención de Enfermedades Raras y Huérfanas.	2D	42	0110
Alfuzosina hidrocloreto 10 mg. Tableta de liberación prolongada	RE	Uso exclusivo de Urología y Geriátrica para el tratamiento de los síntomas de la hiperplasia prostática benigna en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uropatía obstructiva severa cuya condición física contraindica el procedimiento quirúrgico, debidamente documentada.</li> <li>- Mayores de 50 años con uropatía obstructiva moderada a severa (según escala AUA), mientras espera cirugía correctiva.</li> </ul> <p><b>Requiere de llenado de formulario. Adjuntarlo a la primera prescripción (ver anexo 1 de este documento)</b></p>	2B	50	1585
Alopurinol 300 mg. Tabletas	M		1A	15	0130
Aluminio acetato. Fórmula. Polvo para solución sobre 2.2 g	M		1A	46	6180
Aluminio Hidróxido 200 a 300 mg. Tabletas masticables.	E	Uso exclusivo Gastroenterología, Nefrología, Medicina Interna, Geriátrica	2C	32	0140
Aluminio hidróxido 200 mg y magnesio hidróxido 150 a 200 mg con simeticona 25 mg. Tabletas masticables.	M		1A	32	0890



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Aluminio hidróxido 4.7% a 6.1% P/P y magnesio hidróxido 1.4% a 2.2% P/P, F.E.U. Fórmula **. Suspensión oral. Envase con 225 mL o 500 mL.	M		1A	32	7070
Aluminio hidróxido 5.5 a 6.7% p/p sin magnesio. Suspensión oral. Frasco con 120 mL a 180 mL	RE	Uso exclusivo Pediatría, Gastroenterología, Nefrología, Medicina Interna y Geriatría para uso en pacientes con problemas metabólicos, electrolíticos, renales, con intolerancia al magnesio	2C	32	6190
Amikacina base 100 mg (como sulfato de amikacina). Solución inyectable. Frasco-ampolla o ampolla con 2 mL	HR	Prescripción por especialista en Infectología según lineamientos emitidos en circular CCF 4383-09-13. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM	2B	02	3110
Amikacina base 500 mg (como sulfato de amikacina). Solución inyectable. Ampolla o frasco-ampolla con 2 mL	HR	Prescripción por especialista en Infectología según lineamientos emitidos en circular CCF 4383-09-13. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento	2B	02	3120



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		establecido en la normativa LOM			
Amiodarona hidrocloreuro 200 mg. Tabletas	R	Uso exclusivo en el tratamiento de arritmias cardiacas severas sin respuesta a otros antiarrítmicos como quinidina y propranolol	2C	07	0160
Amitriptilina hidrocloreuro 10 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	29	0170
Amlodipino 5 mg (como besilato de amlodipino). Tabletas o cápsulas	M		1A	10	1220
Amoxicilina base 250 mg/5 mL (como amoxicilina trihidrato). Polvo para suspensión oral. Frasco para 60 o 100 mL.	M		1A	02	6205
Amoxicilina base 500 mg (como amoxicilina trihidrato). Cápsulas o tabletas recubiertas	M		1A	02	0185
Anastrozol 1 mg tableta recubierta ó letrozol 2.5 mg tableta recubierta	E	Uso exclusivo Oncología Médica, Oncología Quirúrgica y Ginecología Oncológica. Notas: No está autorizado para manejo de pacientes bajas respondedoras en protocolos mixtos con gonadotropinas para la estimulación ovárica	2A	41	0190
Anticonceptivo oral en combinación fija monofásica: etinilestradiol 30 ug con levonorgestrel 0.15 mg. Tableta recubierta o Anticonceptivo oral en	M	Se autoriza su uso únicamente como método anticonceptivo (No se avala para uso en método Yuzpe)	1A	36	1250



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
combinación fija monofásica: etinilestradiol 30 ug con levonorgestrel 0.15 mg. Tableta					
Anticonceptivo oral en combinación monofásica: Etinilestradiol 50 microgramos con norgestrel 0.5 mg. Tabletas recubiertas.	M	Se autoriza su uso únicamente como método anticonceptivo (No se avala para uso en método Yuzpe)	1A	36	1260
Atenolol 50 mg. Tabletas	M		1A	08	0210
Atropina sulfato 1% (10 mg/mL). Solución para uso Oftálmico. Frasco gotero con 5 o 10 MI	E	Uso exclusivo Oftalmología	2C	45	6270
Azatioprina 50 mg. Tableta recubierta o Azatioprina 50 mg. Tableta	E	Prescripción por médico especialista. Precaución de uso por aplasia medular	2C	41	0220
Beclometasona dipropionato (como monohidrato) 50 mcg/dosis o Beclometasona dipropionato anhidro 50 mcg/dosis. Inhalación nasal. frasco con 180 a 200 dosis	E	Uso exclusivo de Alergología, Otorrinolaringología, Foniatría, Medicina Interna, Geriatría, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Neumología. Oftalmología para ser utilizado en pacientes sometidos a dacriocistorinostomía (máximo 1 mes). Médico General de acuerdo con Lineamiento Estrategia APER	1A	50	6315
Beclometasona dipropionato 100 mcg/dosis. Para inhalación oral. Frasco con 200 dosis.	R	Prescripción por Medicina General en adultos y niños mayores de 5 años. Prescripción por médicos especialistas en Pediatría en niños menores de 5 años, según lineamientos emitidos en circular DFE-AMTC-2511- 09-2015	1A	23	6310
Betametasona base 0.1% (1 mg/g) (como valerato de betametasona). Crema. Tubo con 15 g	M		1A	46	2460
Betametasona base 0.1% (1 mg/g) (como valerato de	E	Uso exclusivo Dermatología	2C	46	2470



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
betametasona). Ungüento. Tubo con 15 g					
Betanecol cloruro 10 mg. Tabletas.	E	Uso exclusivo Cirugía, Medicina Interna, Geriatria, Urología, Ginecología Y Nefrología.	2B	22	0240
Biperideno hidrocloreuro 2 mg. Tabletas.	M		1A	26	0245
Bisacodilo 10 mg. Supositorios de 1 g ó 2 g	M		1A	33	2480
Brea concentrada. Fórmula tópica. Champú. Envase con 150 mL a 180 mL	M		1A	46	6390
Bromocriptina base 2.5 mg (como mesilato de bromocriptina). Tabletas.	E	Endocrinología, Ginecología, Neurología y Geriatria	2C	38	0250
Bromuro de Ipratropio anhidro 0,02 mg (20 µg) / dosis (como Bromuro de Ipratropio monohidrato 21 µg / dosis). Solución para aerosol. Para inhalación oral. Frasco presurizado con 10 mL(aproximadamente 12,9 gramos). Contiene 200 dosis. Con válvula dosificadora. No contiene propelentes clorofluorcarbonados (CFC).	E	1-Uso exclusivo Neumología, Medicina Interna, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria. 2-Médico General para seguimiento de tratamientos iniciados por los especialistas anteriores y de acuerdo con Lineamientos Estrategia APER.	1A	23	7095

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Bromuro de ipratropio anhidro 250 mcg/mL (como bromuro de ipratropio monohidrato). Solución para nebulización. Frasco con 20 mL.	HR	<p>1-Restricción para uso ambulatorio (despacho al hogar): autorizado a medicina mixta y medicina de empresa: prescripción exclusiva por especialistas en Neumología, Medicina Interna, Geriatría, para pacientes que tengan sus propios aparatos de nebulización: En pacientes con condiciones excepcionales en los que no es posible utilizar el bromuro de ipratropio anhidro 0.02 mg(20 mcg/dosis) solución para aerosol para inhalación oral.</p> <p>2- Aplicación en la Empresa: autorizado a Medicina de Empresa: previa confirmación de la existencia de una unidad de nebulización en el centro de atención de salud de la empresa (se les otorgará una cuota para stock de acuerdo con la estadística de atención mensual de pacientes). Para ser utilizado en el tratamiento del estatus asmático que no reviertan con el uso previo de salbutamol, no es para uso crónico.</p>	1A	23	7096
Butilbromuro de hioscina 10 mg [Sinónimo: Bromuro de hioscina de N-butil o Bromuro de butilescopolamina]. Tabletas recubiertas.	M	Máximo 10 días de tratamiento (30 tabletas)	1A	21	0920
Calamina 8% (8 g/100 mL). Fórmula. Loción. Frasco con 100 mL a 120 mL	M		1A	46	6400



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Calcio iónico 300 mg (equivalente a 750 mg de carbonato de calcio) o Calcio iónico 600 mg (equivalente a 1.5 g de carbonato de calcio). Tabletas recubiertas.	RE	Prescripción por especialistas para el manejo de las condiciones que requieran suplementación con calcio como osteoporosis, hipoparatiroidismo e hipocalcemia. (Para una óptima absorción la dosis máxima por toma es de 600 mg de calcio iónico).	2C	43	0280
Carbamazepina 200 mg. Tabletas.	M		1A	28	0270
Carvedilol 6.25 mg. Tableta recubierta o Carvedilol 6.25 mg. Tableta	RE	<p>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:</p> <p>A. Disfunción ventricular sistólica, secundaria a isquemia miocárdica, valvulopatía o miocardiopatía.</p> <p>B. Daño cardiaco estructural evidente.</p> <p>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> <p>– Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar</p>	2B	07	1765



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>debidamente documentados en el expediente clínico del paciente.</p> <p><b><i>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b></p>			
Carvedilol 12.5 mg. Tableta o tableta recubierta.	RE	<p>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:</p> <p>A. Disfunción ventricular sistólica, secundaria a isquemia miocárdica, valvulopatía o miocardiopatía.</p> <p>B. Daño cardiaco estructural evidente.</p> <p>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> <p>- Los resultados de ecocardiograma, electrocardiograma y radiografía de tórax deben quedar debidamente documentados en el expediente clínico del</p>	2B	07	1780



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		paciente.  <b><i>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b>			
Cefalexina base 250 mg/5mL (como cefalexina monohidrato). Polvo para suspensión oral. Frasco de 60 mL	M		1A	02	6440
Cefalexina base 500 mg (como monohidrato) o cefalexina base 500 mg (como hidrocloreto monohidrato). Cápsulas o tabletas	M		1A	02	0290
Ceftriaxona base 1 g (como ceftriaxona sódica). Polvo estéril para solución inyectable. Frasco ampolla.	HR	Tratamiento de blenorragias. (debe adjuntar prueba confirmatoria reciente [una semana máxima desde la fecha del reporte].  Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el Servicio de Medicina de Empresa o el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM	1A	02	3278
Ciclofosfamida 50 mg. Tabletetas con o sin recubierta.	E	Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica, Inmunología, Reumatología, Nefrología	2A	41	0300
Ciclosporina 100 mg/mL. Solución oral con 100 mg/mL de ciclosporina A. Frasco con 50 mL.	E	Uso exclusivo Inmunología, Reumatología, Nefrología y Dermatología.	2A	41	6455



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Cimetidina base 300 mg (como cimetidina hidrocloreto). Solución inyectable. Ampolla 2 mL	HR	Una dosis de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema.	2B	32	3290
Ciprofloxacino al 0.3% (3 mg/mL) (como hidrocloreto de ciprofloxacino) o norfloxacino al 0.3% u ofloxacino al 0.3% (3 mg/mL) o levofloxacino al 0.3% (3 mg/mL) o lomefloxacino al 0.3% (3 mg/mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología y Otorrinolaringología (Uso óptico se autoriza como excepción, la administración por vía óptica, preferiblemente guiado por cultivo)	2C	45	6456
Ciprofloxacino base 500 mg (como ciprofloxacino hidrocloreto monohidrato). Tabletas recubiertas (film coated)	RE	<p>1. Para inicio de terapia empírica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deben tomarse de previo cultivos necesarios (obligatorio).</li> <li>• 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.</li> <li>• tratamientos mayores a 8 semanas, requieren valoración del especialista en Infectología.</li> </ul> <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>	2D	02	0308

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<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>El prescriptor deberá anotar en dorso de la receta el diagnóstico.</p> <p>En los casos que se requiere antibiograma, se deberá adjuntar la copia, de lo contrario la farmacia no podrá seguir con el despacho.</p> <p>En el caso de diagnóstico de ITU el prescriptor deberá apearse a definición clínica de este síndrome.</p> <p>En el caso de infecciones por cocos gram positivos no está justificado su uso cuando se cuenta con sensibilidad adecuada con TMP-SMX, salvo en infecciones osteoarticulares en las que debe contarse con valoración por Medicina Interna, Geriatría o Pediatría para determinar la duración y en los sitios donde no se cuenta con estas especialidades debe contar con valoración por especialista en Infectología de la red.</p>			

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Claritromicina 250mg/5mL. Granulos para suspensión oral o polvo para suspensión oral. Frasco para 60 mL.	R	1. Uso exclusivo tratamiento del Helicobacter pylori, únicamente primera línea de tratamiento según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022. (debe adjuntar reporte a la receta) 2. Pacientes portadores de neumonías atípicas 3-paciente con reporte de alergia a penicilina, otros betalactamicos o cefalosporinas	1A	02	6458
Claritromicina 500 mg. Tableta recubierta	R	1. Uso exclusivo tratamiento del Helicobacter pylori, únicamente primera línea de tratamiento según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022. (debe adjuntar reporte a la receta) 2. Pacientes portadores de neumonías atípicas 3-paciente con reporte de alergia a penicilina, otros betalactamicos o cefalosporinas	1A	02	0310
Clomipramina Hidrocloruro 75 mg. Tabletas recubiertas (film coated) de liberación sostenida.	RE	Uso exclusivo Psiquiatría, para el tratamiento de trastorno obsesivo compulsivo. Para crisis de pánico, fobia, bulimia, enfermedad depresiva en pacientes refractarios a tratamiento con Fluoxetina	2C	29	0345
Clonazepam 2 mg. Tabletas.	M		1A	28	0340
Clonazepam 2.5 mg/mL. Solución oral. Frasco gotero con 10 mL.	M		1A	28	6460
Clopidogrel 75 mg (como bisulfato de clopidogrel). Tableta recubierta	RE	Uso exclusivo Cardiología, Cirugía de Tórax, Medicina Interna, Neurología, Geriatría, Terapia Intensiva (Médica), Medicina de Emergencias, Medicina Familiar y Comunitaria; y para Stent no coronarios: Vascular	2C	11	1775

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>Periférico, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía según lineamientos Institucionales establecidos en protocolo CCF-3746-08-17:</p> <p>En concordancia con los principios que rigen el <i>uso racional de medicamentos</i> y el <i>binomio diagnóstico-tratamiento</i>, como <i>antiagregante plaquetario de primera elección</i> se dispone de <i>ácido acetilsalicílico (AAS)</i> código 1-10-11-0030 en tabletas de 100 mg, para uso en todos los niveles de atención. Asimismo, con base en la información científica disponible para <i>evento cerebrovascular no cardioembólico</i> o un <i>evento isquémico cerebral transitorio (TIA)</i> en la Institución se tiene disponible la <i>monoterapia con AAS 100 mg cada día vía oral</i>.</p> <p>Como <i>alternativa o en forma complementaria</i> para terapia <i>dual finita</i>, se autoriza el uso de clopidogrel bajo las siguientes indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Síndrome coronario sin elevación del segmento ST.</li><li>2. Cardiopatía con colocación de <i>stent coronario medicado y no medicado</i>, independientemente del número de stents, y cuando no exista un riesgo elevado de sangrado del paciente.</li><li>3. En pacientes sometidos a cirugía de <i>BYPASS</i> coronario.</li></ol>			



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincsss@ccss.sa.cr](mailto:coincsss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>4. Como <i>preparación</i> para angioplastia coronaria <i>urgente</i>.</p> <p>5. Como <i>preparación</i> para angioplastia coronaria <i>electiva</i>.</p> <p>6. Colocación de <i>stent no coronario medicado y no medicado</i> independientemente del número de stents (aorta, yugular, ileofemoral y otras).</p> <p>7. En pacientes sometidos a cirugía de <i>bypass no coronario</i> con colocación de injerto prostético.</p> <p>8. Como <i>preparación</i> para angioplastia <i>no coronaria urgente</i>.</p> <p>9. Como <i>preparación</i> para angioplastia <i>no coronaria electiva</i>.</p> <p>10. <i>Profilaxis de eventos tromboembólicos</i>, en pacientes con contraindicación por <i>hipersensibilidad</i> (alergia documentada) a la AAS como antiagregante plaquetario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentar la hipersensibilidad en el expediente clínico incluyendo los signos o síntomas que presentó el paciente y que llevaron al médico a realizar dicho diagnóstico. <i>Hacer reporte de sospecha de reacción adversa al Centro Nacional de Farmacovigilancia.</i></li> </ul> <p>11. Evento cerebrovascular (ECV) <i>menor agudo o</i></p>			



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>isquemia cerebral transitoria (TIA)</p> <p><b>Requiere llenado de formulario. Adjuntarlo a la primera prescripción (ver anexo 2 de este documento)</b></p> <p><b>El formulario debe ser custodiado por los Servicios de Farmacia como parte del <u>seguimiento al uso y los tiempos de medicación</u> establecidos en el protocolo.</b></p>			
Cloral hidrato 500 mg/5 mL. Solución en forma de jarabe. Envase con 100 mL a 120 mL	M		1A	31	6980
Clorfenamina maleato 1% (10 mg/mL). Solución inyectable. Ampolla con 1 mL. [Sinónimo: Clorfeniramina maleato].	HM	<p><u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema. No se avala el uso en menores de 2 años con excepción del tratamiento de emergencia en reacciones anafilácticas o condiciones agudas que pongan en riesgo la vida del paciente, sin restricción del usuario.</p>	1A	25	3340
Clorfenamina maleato 4 mg. Tabletas. [Sinónimo: Clorfeniramina maleato]	M	<p>No se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría.</p>	1A	25	0370
Clorfeniramina maleato 2 mg / 5 mL Jarabe o solución oral. Envase con 100 mL a 120 mL O Clorfeniramina maleato 2,5 mg / 5 mL Jarabe o solución oral Envase con 100 mL a 120 mL O Clorfeniramina maleato 2,5 mg / 5 mL Jarabe Envase con 120 mL (Sinónimo de	M	<p>No se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría.</p>	1A	25	6500



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
clorfenamina maleato: (Clorfeniramina maleato)					
Clorpromazina hidrocloreto (equivalente a 100 mg de clorpromazina base). Tabletas recubiertas.	E	Uso exclusivo Psiquiatría, Geriatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Cuidados Paliativos.	2C	30	0390
Cloruro de Sodio 0.9% (9 mg/mL). Solución isotónica inyectable. Bolsa con 100 mL	HM	Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional únicamente en pacientes con prescripción de bromuro de ipratropio solución para nebulización (código 1-10-23-7096) y salbutamol (como sulfato) 0.5% solución para inhalación (código 1-10-23-7520)	1A	43	4530
Clozapina 100 mg. Tableta	RE	Uso exclusivo de Psiquiatría, tratamiento Psicosis Refractaria y con monitoreo de estudios hematológicos.	2C	30	0392
Codeína fosfato (Hemihidratada) 30 mg con Paracetamol (Acetaminofén) 500 mg. Tabletas	R	Tratamiento del dolor en mayores de 12 años de edad	1A	17	0410
Colchicina 0.5 o 0.6 mg. Tabletas	M		1A	15	0420
Colestiramina resina anhidra 4 gramos. Polvo para suspensión oral. Sobres con 4.5 a 9 gramos.	M	Debe disponer de reportes de perfil lipídico	1A	13	6550
Crema de rosas. Fórmula. Crema. Tubo con 40 g a 60 g	M	Máximo 1 a 2 tubos al mes.	1A	46	2500
Crotamitón 10% (100 mg/mL). Loción. Frasco con 60 mL.	R	Tratamiento para ser utilizado en las condiciones especificadas a continuación: 1) Niños menores de 1 año (o menores de 15 kg). 2) Mujeres embarazadas	1A	46	6570
Danazol 200 mg. Cápsulas.	E	Uso exclusivo Ginecología, Hematología, Alergología, Inmunología, Reumatología y Dermatología	2B	35	0440



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Dexametasona 0.5 mg. Tabletas.	RE	Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio en niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.	1A	34	0460
Dexametasona fosfato 4 mg/mL (como fosfato sódico de dexametasona). Solución inyectable. Ampolla con 1 mL	HM	<u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema	1A	34	3420
Dexametasona fosfato al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato sódico de dexametasona) con neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL) (como sulfato de neomicina). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o Betametasona base al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato sódico de betametasona) con neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o Moxifloxacino al 0,5 % (5 mg / mL) (como clorhidrato de moxifloxacino) con fosfato de dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato disódico de dexametasona). Solución oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL o Tobramicina al 0,3 % (3 mg / mL) con dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL). Suspensión oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL o Dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL) y neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL) (como sulfato de neomicina) y sulfato de polimixina B 6000 UI. Suspensión oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología, Otorrinolaringología, Alergología e Inmunología. (Uso ótico: se autoriza como excepción, la administración por vía ótica)	2C	45	6610



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Dextrometorfano bromhidrato 15 mg. Tabletas	M	No se avala uso en menores de 2 años.	1A	24	0470
Dextrometorfano bromhidrato 15 mg/5mL. Jarabe. Frasco con 110 mL a 120 mL	M	No se avala uso en menores de 2 años.	1A	24	6640
Diazepam 5 mg. Tabletas	M		1A	31	0480
Diclofenaco sódico 75 mg. Solución inyectable. Ampolla con 3 mL	HR	<u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema.	1A	14	3650
Difenhidramina hidrocloreto 12.5 mg/5mL. Jarabe. Frasco con 100 mL a 120 mL.	M	No se avala uso en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros	1A	25	6680
Difenhidramina hidrocloreto 50 mg. Tabletas o cápsulas	M	No se avala uso en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros	1A	25	0525
Digoxina 0.05% (0.05 mg/mL). Elixir. Frasco-gotero con 60 mL	E	Uso exclusivo Cardiología	2C	07	6710
Digoxina 0.075% (0.75 mg/mL). Elixir. solución oral. Frasco-gotero con 10 mL.	M		1A	07	6720
Digoxina 0.25 mg. Tableta	M		1A	07	0550
Dimenhidrinato 100 mg. Supositorio 2 gramos.	M		1A	25	2530
Dimenhidrinato 25 mg. Supositorio 1 gramo.	M		1A	25	2520
Dimenhidrinato 5% (50 mg/mL). Inyectable. Frasco-ampolla con 5 mL	HM	<u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema	1A	25	3690
Dimenhidrinato 50 mg. Tabletas.	M		1A	25	0560
Dorzolamida al 2 % (20 mg/mL) (como hidrocloreto de dorzolamida). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o brinzolamida al 1 % (10 mg/mL). Suspensión estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología cuando se haya agotado la primera línea con timolol y/o pilocarpina	2C	45	6395



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Doxiciclina base 100 mg (como hyclato de doxiciclina). Cápsulas o tabletas o Doxiciclina base 100 mg (como doxiciclina monohidrato) cápsulas	M		1A	02	1640
Electrolitos orales, fórmula (Sinónimo: Sales de rehidratación oral). Polvo para solución oral. Sobres con 6.7 g, para disolver en 240 mL de agua.	M		1A	43	6760
Enalapril maleato 20 mg. Tabletas	M		1A	08	0267
Enalapril maleato 5 mg. Tabletas	R	Uso exclusivo inicio de tratamiento de hipertensión arterial y en el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva	1A	07	0610
Ergotamina tartrato 2 mg o ergotamina tartrato 1 mg más cafeína 100 mg. Tabletas.	M	En caso de adultos no administrar más de 6 mg/día o 10 mg por semana	1A	27	0620
Espiramicina 500 mg equivalente a 1.500.000 U.I. Tabletas recubiertas o cápsulas	E	Uso exclusivo Infectología, Oftalmología, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriatria	2D	02	0640
Espironolactona 100 mg. Tabletas	M		1A	09	0650
Estradiol valerato 10 mg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 1 mL	HE	Uso exclusivo Ginecología, Endocrinología. Aplicación de acuerdo a los procedimientos establecidos para cada sistema. No autorizado para uso en pacientes transgénero que llevan su control extrahospitalariamente (fuera de la CCSS)	2D	36	3780
Estradiol valerato 2 mg y Norgestrel 0.5 mg. Tabletas recubiertas. Ciclo con 21 tabletas	RE	Uso exclusivo Ginecología, Endocrinología, Medicina Familiar y Comunitaria para el tratamiento de la metrorragia disfuncional. No autorizado para uso en pacientes transgénero que	2C	36	0200



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		llevan su control extrahospitalariamente (fuera de la CCSS).			
Estrógenos conjugados 0.625 mg. Tableta recubierta o estradiol micronizado 1 mg. Tableta recubierta	M		1A	36	0660
Estrógenos conjugados F.E.U. 0.625 mg/g o estrógenos esterificados F.E.U. 0.625 mg/g o dienestrol 0.01% (0.1 mg/g) o estradiol 0.01% (0.1 mg/g) o estrógenos conjugados sintéticos 0.625 mg/g. Crema vaginal. Tubo con 40 g a 45 g con aplicador calibrado	M		1A	47	2550
Famotidina 40 mg. Tabletas o tabletas recubiertas con film	M		1A	32	0695
Fenazopiridina hidrocloreuro 100 mg. Tabletas recubiertas	R	Uso exclusivo como analgésico para disuria, prescripción máxima 3 días.	1A	16	0700
Fenilefrina hidrocloreuro 10 % (100 mg/mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL ó 10 mL ó 15 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología, Medicina Interna, Geriatria	2C	45	6830
Fenitoína 2.5 % (125 mg/mL). Suspensión oral. Frasco 100 ó 120 mL	M	Medicina Mixta: Si está autorizada Medicina de Empresa: No está autorizada	1A	28	6690
Fenitoína sódica 100 mg (difenilhidantoína sódica). Cápsulas (Acción prolongada)	M		1A	28	0540
Fenobarbital 100 mg . Tabletas.	M		1A	28	0730
Fenobarbital 25 mg. Tabletas.	M		1A	28	0720
Fexofenadina hidrocloreuro 120 mg. Tabletas recubiertas (Film coated) o epinastina hidrocloreuro 20 mg. tabletas o Cetirizina hidrocloreuro 10 mg.	R	Uso en pacientes que por su ocupación laboral o estudiantes requieren de un antihistamínico no sedante de forma crónica.	1A	25	1614



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Tabletas recubiertas (Film coated) o Desloratadina 5 mg. Tabletas recubiertas (Film coated) o Loratadina 10 mg. Tabletas					
Fluconazol 200 mg. Cápsulas o tabletas	RE	<p>1. Todos los especialistas del área médica o quirúrgica que atienden pacientes inmunocomprometidos o de unidades de trasplante de órgano:</p> <p>A. Tratamiento de micosis mucocutáneas sistémicas en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante.</p> <p>B. Profilaxis en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante.</p> <p>2. Especialistas en áreas médicas, gineco-obstetricia y pediátricas:</p> <p>A. Tratamiento de candidiasis intraductal del pezón que no responde a tratamiento tópico en madres que están dando lactancia.</p> <p>B. Tratamiento de candidiosis esofágica documentada por endoscopia digestiva hasta por 14 días.</p> <p>3. Especialistas en Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria:</p> <p>A. Tratamiento de pacientes con tercera recurrencia de candidiosis vaginal según lineamientos emitidos en circular DFE-AMTC-1777-2023.</p>	2D	04	0760
Fluorometolona 0.1% (1 mg/mL) o fluorometolona acetato 0.1% (1 mg/mL). Suspensión estéril para uso oftálmico. Frasco-gotero con 5 mL.	M		1A	45	7010



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Fluoxetina (como hidrocloreuro) 20 mg. Cápsulas.	M	Población pediátrica: Prescripción por especialista en Psiquiatría y Clínica del Adolescente	1A	29	0765
Flutamida 250 mg. Tabletas.	RE	1-Usos exclusivos Urología y Oncología en el tratamiento de carcinoma de próstata recurrente o metastásico asociado o posterior a una terapia de castración androgénica. 2-Radioterapia, para prescripción por máximo un mes, para uso concomitante al inicio de la terapia con análogo de GnRH en pacientes que serán tratados con radioterapia como tratamiento primario del cáncer de próstata, luego de este tiempo el paciente debe continuar su seguimiento en la consulta de Urología u Oncología Médica	2A	41	0775
Fluticasona propionato 250 ug/dosis. Suspensión para inhalación oral. Frasco presurizado con 60 dosis.	RE	Uso exclusivo por especialistas en Neumología para pacientes con diagnóstico de asma bronquial que requieren dosis de beclometasona LOM iguales o mayores a 800 ug/día en niños o entre 1200-1500 ug/día en adultos, sin un adecuado control de la enfermedad.  <b><i>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b>	2A	23	7015
Folinato (como sal cálcica) 15 mg. Tabletas.	E	Uso exclusivo Inmunología y Reumatología.	2A	50	0085



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Formoterol fumarato dihidrato 12 ug/dosis. Polvo para inhalación oral contenido en cápsula para aerosol. Dispositivo inhalador aerolizado. Para 30 dosis ó Formoterol fumarato dihidrato 12 ug/dosis. Polvo para inhalación oral contenido en cápsula para aerosol. Dispositivo inhalador aerolizado. Para 60 dosis ó Formoterol fumarato dihidrato 12 ug/dosis. Polvo para inhalación. Envase turboinhalador con 60 dosis.	E	Uso exclusivo Neumología, Pediatría, Medicina Interna, Geriatría, Alergología y Medicina Familiar y Comunitaria.	2A	23	7525
Furosemida 40 mg. Tabletas	M		1A	09	0790
Fusidato sódico 2% (20 mg/g). Ungüento tópico. Tubo con 15 g.	RE	<b><u>Manejo del pie diabético</u></b> para las especialidades de Medicina Interna, Geriatría, Endocrinología, Dermatología, Medicina Familiar y Comunitaria, <b><u>solamente para pacientes en centros de atención institucionalizados</u></b> previa confirmación de la existencia de espacio físico con las condiciones adecuadas para realizar las curaciones. <u>Solamente: 2 tubos/mes/paciente</u>	2D	46	2660
Gemfibrozil 600 mg. Tabletas recubiertas.	M	Debe disponer de reportes de perfil lipídico	1A	13	0795
Gentamicina 0.3% (3 mg/mL) (como gentamicina sulfato). Solucion oftálmica. Frasco gotero con 5 mL.	M	Uso ótico: se autoriza como excepción, la administración vía ótica. Médico General de acuerdo con lineamiento estrategia APER.	1A	45	7100



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Gentamicina base 40 mg/mL (como sulfato de gentamicina). Solución inyectable. Frasco-ampolla o ampolla con 2 mL.	HR	Prescripción por especialista en Infectología según lineamientos emitidos en circular CCF 4383-09-13. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM	1A	02	3970
Glibenclamida 5 mg (no micronizada). Tabletas.	M		1A	39	0800
Glicerol (glicerina) de 1 g a 1.5 g. Supositorio.	M		1A	33	2560
Glicerol (glicerina) de 2 g a 2.6 g. Supositorio.	M		1A	33	2570
Gliclazida 80 mg. Tableta.	R	Uso en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mayores de 50 años que requieran terapia hipoglicemiante oral	1A	39	0805
Gotas óticas para suavizar cerumen: ( [Carbonato de potasio, glicerina o propilenglicol] o [peróxido de carbamida, propilenglicol, glicerina, preservantes]). Fórmula. Solución ótica. Frasco gotero con 30 mL	M		1A	51	6910
Griseofulvina 125 mg/5mL. Suspensión oral. Frasco con 120 mL	M		1A	04	6930
Haloperidol 0.2% (2 mg/mL). Solución oral. Frasco-gotero con 15 mL	M		1A	30	6940
Haloperidol 5 mg. Tabletas.	M		1A	30	0830
Hidralazina hidrocloreuro 50 mg. Tabletas	M		1A	08	0840



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Hidroclorotiazida 25 mg. Tabletas ranuradas	M		1A	08	0850
Hidrocortisona 0.5%. Loción tópica. Envase con 15 mL	E	Uso exclusivo Dermatología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria	2C	46	7050
Hidrocortisona 20 mg. Tabletas.	E	Uso exclusivo Endocrinología, Medicina Interna, Geriátría, Cirugía, Pediatría y Nefrología.	2C	34	0860
Hidrocortisona base 0.25% (2.5 mg/g) o hidrocortisona base 0.25% (2.5 mg/g) (como acetato de hidrocortisona). Crema tópica. Tubo de 15 g	M		1A	46	2610
Hidrocortisona base al 1% (10 mg / g). Crema tópica. Tubo con 15 g. Hidrocortisona base al 1% (10 mg / g) (como acetato de hidrocortisona). Crema tópica. Tubo con 15 g.	M		1A	46	2620
Hidroxiclороquina base 310 mg (equivalente a 400 mg de sulfato de hidroxiclороquina). Tabletas recubiertas	M	Solamente autorizado a especialistas en Reumatología, Medicina Interna, Inmunología, Dermatología y Neumología Pediátrica.	1A	01	0880
Hidróxido férrico polimaltosato (50 mg de hierro elemental/mL). Solución oral o Complejo de hierro polisacárido (50 mg de hierro elemental/mL). Elixir (contiene sorbitol y no más de 10% de alcohol, no contiene colorantes, contiene preservantes). Frasco-gotero con 30 mL.	M		1A	13	7080
Hidroxizina hidrocлорuro 10 mg/5mL. Jarabe o Hidroxizina pamoato 10 mg/5mL** (**corresponde al hidrocлорuro de hidroxizina). Suspensión oral. Frasco con 180 mL o 200 mL	M	No se avala el uso en pacientes menores de 6 meses	1A	25	7060



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Hidroxizina hidrocloreto 25 mg o hidroxizina pamoato 25 mg (Sinónimo: hidroxizina biclorhidrato). Tabletas con o sin ranura, con o sin recubrimiento.	M	No se avala el uso en pacientes menores de 6 meses	1A	25	0875
Hierro fumarato 200 mg. Tabletas	M		1A	13	0910
Hipromelosa al 0.5% (5 mg/mL) solución estéril para uso oftálmico con preservante (cloruro de benzalconio), frasco gotero con 10 mL o 15 mL o Hipromelosa al 0.3% (3 mg/mL) solución estéril para uso oftálmico, frasco gotero con 10 mL o 15 mL o Carboximetilcelulosa sódica al 0.5% (5 mg/mL). Solución estéril para uso oftálmico, frasco gotero con 15 mL o 30 mL.	M		1A	45	7200
Ibuprofeno 100 mg/5 mL. Suspensión oral. Frasco 50 mL o 60 mL	RE	Para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas. Prescripción por: Pediatría, Otorrinolaringología, Geriatría, Medicina Paliativa	2C	16	7085
Ibuprofeno 400 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	14	0930
Imipramina hidrocloreto 10 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	29	0940
Imipramina hidrocloreto 25 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	29	0950
Indometacina 25 mg	E	Uso exclusivo en Reumatología, Medicina Interna, Hematología, Oncología Médica, Ginecología-Obstetricia, Geriatría, Ortopedia, Fisiatría, Neurología, Neurocirugía, Medicina Familiar y	2C	14	0690



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		Comunitaria, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.			
Indometacina 100 mg. Supositorios.	M		1A	14	2640
Insulina humana cristalina biosintética 100 U.I./mL. Solución inyectable. Frasco-ampolla con 5 mL ó 10 mL	M	Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional como medicamento para patología crónica.	1A	39	4150
Insulina humana isófana biosintética de acción intermedia 100 U.I./mL. Suspensión inyectable. Frasco-ampolla con 5 mL ó 10 mL	M	Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional como medicamento para patología crónica.	1A	39	4145
Irbesartán 150 mg. Tableta recubierta o irbesartán 150 mg. Tableta.	R	Uso en pacientes con reacciones adversas o falla terapéutica al uso del enalapril. Según lineamientos en circular DFE-AMTC-2805-2020 / DDSS-PSA-0344-2020. Nota: en el caso de sistemas alterativos (Medicina Mixta o Medicina de Empresa), se requiere que el médico prescriptor anote en el reverso de la receta el código con el cual reportó la sospecha de reacción adversa o falla terapéutica al uso del enalapril.	1A	08	1103
Isosorbide dinitrato 20 mg. Tabletas	M		1A	10	1000
Itraconazol 100 mg. Cápsulas	RE	Uso exclusivo Infectología, Dermatología, Inmunología, Reumatología, Medicina Familiar y Comunitaria para pacientes con onicomicosis con cultivo positivo. Debe adjuntar copia del reporte de cultivo con la prescripción	2C	04	1005
Ivermectina 6 mg. Tabletas	M		1A	01	1008



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Lamotrigina 100 mg. Tableta dispersable o Lamotrigina 100 mg. Tableta masticable y dispersable	RE	Uso exclusivo de Neurología para el manejo de epilepsia refractaria	2C	28	1014
Lamotrigina 25 mg. Tableta dispersable o Lamotrigina 25 mg. Tableta masticable y dispersable.	RE	Solo para inicio de tratamiento: Uso exclusivo de Neurología para el manejo de epilepsia refractaria	2C	28	1020
Latanoprost al 0,005% (50 µg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 2,5 mL o Latanoprost al 0,005% (50 ug / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 3 mL o Latanoprost 50 ug / mL. Solución oftálmica. Frasco gotero con 2.5 mL.	RE	Uso exclusivo Oftalmología como segunda línea de tratamiento tras uso de timolol y dorzolamida, o ambos en combinación	2C	45	4169
Laxante para enema - Fórmula. Tubo flexible de plástico con 5 mL con cánula flexible de 5 cm de longitud.	RE	1-Uso exclusivo de Medicina Interna, Geriatría, Fisiatría, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (Adultos y niños): para limpieza intestinal en procedimientos en pacientes con estreñimiento crónico o adyuvante a la desimpactación, una o dos veces al día, máximo por 3 días. 2-Ginecología/Gine-Oncología, Gastroenterología: para preparación de pacientes que serán sometidas a estudios radiológicos o endoscópicos, una sola dosis, máximo dos al día. 3-Oncología, Radiología, Cirugía, Urología: para la preparación de pacientes que van a ser sometidos a estudios radiológicos o procedimientos endoscópicos, Cirugía Abdominal y/o ano rectal, biopsias. Una sola dosis,	2D	33	7220



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		máximo dos al día. 4-Prescripción por Pediatría, Cirugía Pediátrica y Medicina Familiar y Comunitaria, para desimpactación fecal en niños, según lineamiento DFE-AMTC-0050-01-2018			
Leflunomida 20 mg. Tableta recubierta	E	Uso exclusivo Reumatología	2B	14	1016
Levodopa 100 mg y Carbidopa anhidra 25 mg (como carbidopa monohidrato). Tableta.	E	Uso exclusivo Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, Medicina Interna, Geriatría, Medicina Familiar y Comunitaria	2C	26	1050
Levodopa 200 mg y carbidopa anhidra 50 mg (como carbidopa monohidrato). Tabletas de liberación sostenida.	RE	Uso exclusivo de Neurología, Geriatría, Medicina Familiar y Comunitaria en el tratamiento de pacientes con Enfermedad de Parkinson avanzada que presentan fenómenos on-off y fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas	2A	26	1055
Levomepromazina base 25 mg (como maleato de levomepromazina). Tabletas.	E	Uso exclusivo Psiquiatría, Medicina Paliativa.	2C	30	1060
Levotiroxina sódica 0.10 mg. Tabletas.	M		1A	40	1080
Litio carbonato 300 mg (300 mg de litio carbonato contiene 8.12 mEq de litio). Tabletas.	E	Uso exclusivo Psiquiatría, Endocrinología, Neurología	2C	30	1090



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Loperamida hidroclicloruro 2 mg. Cápsulas o tabletas recubiertas	M		1A	33	1095
Lorazepam 2 mg. Tabletas	M		1A	31	1100
Lovastatina 20 mg. Tabletas	M	Debe disponer de reportes de perfil lipídico	1A	13	1105
Magnesio hidróxido F.E.U. 7.0% a 8.5%. Fórmula. Suspensión oral. Frasco con 120 mL a 180 mL	M	Uso para adultos y niños mayores de 2 años.	1A	33	7180
Medroxiprogesterona acetato 150 mg. Suspensión inyectable. Frasco ampolla con 1 mL a 3 mL o ampolla con 1 mL o jeringa prellenada con 1 mL	HM	Autorizado para uso solamente como anticonceptivo trimestral. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio de Medicina de Empresa o el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a Enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la Normativa LOM.	1A	36	4250
Medroxiprogesterona acetato 5 mg. Tableta.	M		1A	36	1120
Metformina hidroclicloruro 500 mg. Tableta con o sin recubierta (film coated).	M		1A	39	0900
Mercaptopurina 50 mg. Tabletas	E	Uso exclusivo para especialistas en Reumatología y Gastroenterología	2C	14	0960
Mesalazina 500 mg. Tableta de liberación prolongada o mesalazina 1 g. Gránulos de liberación prolongada. Sobre (Sinónimo de mesalazina: mesalamina)	RE	Uso exclusivo de especialista en Gastroenterología para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes que tengan contraindicación al uso de la sulfasalazina, documentada en expediente. Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la	2A	32	1182



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		primera prescripción y la contraindicación al uso de la sulfasalazina.			
Metildopa 250 mg. Tabletas recubiertas (Film coated)	M		1A	08	1030
Metildopa 500 mg. Tabletas recubiertas	M		1A	08	1040
Metoclopramida base 10 mg (como hidrocloreto de metoclopramida). Tabletas.	M		1A	32	1180
Metoclopramida hidrocloreto 10 mg. Solución inyectable. Ampolla con 2 mL	HM	<u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema	1A	32	4300
Metotrexato 2.5 mg base) o metotrexato 2.5 mg (como metotrexato sódico). Tableta	E	Uso exclusivo Inmunología, Dermatología, Reumatología, Gastroenterología, Medicina Interna y Geriatría.	2C	41	0150
Metronidazol 500 mg. Tabletas	M		1A	01	1192
Metronidazol base 125 mg/5mL (como metronidazol benzoilo). Suspensión oral. Envase con 120 mL.	M		1A	01	7210
Montelukast 5 mg (como montelukast sódico). Tabletas masticables.	RE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso exclusivo en Pediatría y Alergología.</li> <li>2. Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales.</li> <li>3. Dermatología para urticaria crónica. según DFE-AMTC-0055-01-2017 Protocolo institucional para el manejo de la urticaria crónica espontánea.</li> </ol> <p><b><i>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b></p>	2D	23	1044



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Montelukast 10 mg (como montelukast sódico). Tableta recubierta.	RE	<p>1. Uso exclusivo en Alergología, Inmunología, Neumología, Medicina Interna, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria en el tratamiento de asma en adolescentes y adultos.</p> <p>2. Otorinolaringología para pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales.</p> <p>3. Dermatología, para urticaria crónica, según DFE-AMTC-0055-01-2017 Protocolo institucional para el manejo de la urticaria crónica espontánea.</p> <p><b><i>Debe anotar diagnostico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b></p>	2C	23	1043
Neostigmina bromuro 15 mg. Tabletas.	M		1A	22	1200
Nitrofurantoína (macrocrisales) 50 mg o 100 mg. Cápsulas	M		1A	05	1230
Nitrofurantoína 25 mg/5mL. Suspensión oral. Frasco con 120 mL	M		1A	05	7280
Nitroglicerina 0.5 a 0.6 mg. Tabletas sublinguales o Nitroglicerina 0.4 mg/dosis. Solución lingual en aerosol. Frasco 11.2 g (11.2 mL)	M		1A	10	0810
Olopatadina hidrocloreuro 1% (1 mg/mL). Solución oftálmica. Frasco gotero con 5 mL.	RE	Uso exclusivo Oftalmología, Alergología en conjuntivitis papilar gigante, queratoconjuntivitis vernal severa y conjuntivitis alérgica severa	2C	45	7365



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Omeprazol 20 mg. cápsula de liberación retardada o lansoprazol 30 mg. cápsula de liberación retardada o pantoprazol 40 mg tableta de liberación retardada.	RE	1. Uso exclusivo de Gastroenterología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Medicina Paliativa, según protocolo CCF-5645-11-13.  2. Tratamiento únicamente primera línea de tratamiento para H. pylori, prescripción por médico general o especialista según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022. (debe adjuntar copia reporte con la prescripción)	2D	32	1275
Oxibutinina hidrocloreuro 5 mg. Tableta.	RE	Prescripción por especialista para: 1. Tratamiento de la incontinencia urinaria por: a. Urgencia y vejiga hiperreactiva. b. Vejiga neurogénica en condiciones como neuropatía diabética, PCI o lesión espinal, y con falla terapéutica documentada o contraindicación al uso de medicamentos LOM (anticolinérgicos, tricíclicos). Nota: no está autorizado para el manejo de hiperhidrosis generalizada, hiperhidrosis plantar e hiperhidrosis axilar.	2C	21	0925
Oxido de zinc. Fórmula. Crema. Tubo con 45 g ó 50 g ó 60 g.	M		1A	46	2670
Oximetazolina hidrocloreuro 0.025% (0.25 mg/mL) o tetrizolina hidrocloreuro al 0.05% (0.5 mg/mL). Solución nasal. Frasco-gotero con 10 mL a 15 mL	M	Uso en niños de 2 a 5 años de edad	1A	51	7320



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Paracetamol (Acetaminofén) 300 mg. Supositorio 1 g.	M		1A	16	2400
Paracetamol (Acetaminofén) 500 mg. Tabletas	M		1A	16	0010
Paracetamol (Acetaminofén) 100 mg/mL. Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado a un mL. Frasco gotero con 30 mL o Paracetamol (Acetaminofén) 100 mg/mL. Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado a un mL. Frasco gotero con 15 mL o Paracetamol (Acetaminofén) 80 mg/0.8 mL. Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado. Frasco gotero con 15 mL.	M	Para niños de 2 a 12 meses de edad	1A	16	6015
Paracetamol (acetaminofén) 120 mg/5mL. Solución oral. Envase con 60 mL a 120 mL ó Paracetamol (acetaminofén) 150 mg/5 mL. Jarabe con sabor agradable. Envase con 60 mL.	M	Para niños mayores de 1 año de edad	1A	16	6020
Penicilamina 250 mg. Cápsulas	E	Uso exclusivo Gastroenterología, Inmunología, Medicina Interna, Geriatria, Reumatología, Neurología.	2C	14	1300
Perfenazina 4 mg. Tabletas.	E	Uso exclusivo Psiquiatria y Oncología Médica para uso en pacientes con emesis asociada a quimioterapia refractaria a otras alternativas	2C	30	1320
Peróxido de benzoilo 5% (50 mg/g). Gel. Tubo con 30 g a 60 g	M	Despacho máximo de 1 tubo por mes para las prescripciones realizadas por Médico General	1A	46	2675
Pilocarpina hidrocloreuro 2% (20 mg/mL). Solución oftálmica. Frasco gotero con 10 mL ó 15 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología, Medicina Interna, Geriatria	2C	45	7370



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Piridoxina hidrocloreto (Vitamina B-6) 50 mg. Tabletas	M		1A	42	1350
Pirimetamina 25 mg. Tabletas	R	Uso exclusivo Infectología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Oftalmología, Neurología y Gineco-Obstetricia en tratamientos de toxoplasmosis Se debe anotar el diagnóstico al dorso de la receta	2D	01	1355
Policresuleno 18 mg/g. Gel vaginal. Tubo con 50 g con aplicador	M		1A	47	2410
Policresuleno 90 mg. Óvulo de 3 a 3.8 g o Policresuleno 90 mg. Óvulo de 2 g	M		1A	47	2420
Poliestirensulfonato sódico (Sinónimo: Polistireno sulfonato sódico o Sulfonato de poliestireno sódico). Polvo para suspensión. Envase con 400 g a 454 g	E	Uso exclusivo Medicina Interna, Geriátrica, Nefrología, Medicina de Emergencias, Medicina Familiar y Comunitaria y Cardiología. Nota: No se autoriza uso a Medicina Paliativa	2B	50	7420
Potasio gluconato al 31.2% (20 mEq de potasio/15 mL). No contiene alcohol. Solución oral. Frasco con 150 mL a 180 mL	M		1A	43	7440
Prednisolona 1 mg. Tableta	R	Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio de niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.	1A	34	1410
Prednisolona 25 mg. Tableta	R	Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio de niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.	1A	34	1430



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Prednisolona 5 mg. Tableta.	R	Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio en niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.	1A	34	1420
Prednisolona acetato 1% (10 mg/mL). Suspensión oftálmica. Frasco gotero con 5 mL	RE	Uso exclusivo Oftalmología para el tratamiento de uveitis anterior aguda	2C	45	7385
Prednisolona base 15 mg/5mL o prednisolona base 15 mg/5mL (como fosfato sódico). Solución oral. Jarabe. Envase con 60 mL	R	Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio en niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.	1A	34	7465
Preparación antihemorroidal contiene: un corticosteroide, un anestésico local con o sin astringente, no contiene lidocaína como anestésico ni sales de bismuto. Supositorio 1 g a 2 g	M		1A	49	2440
Preparación antihemorroidal, contiene: un corticosteroide, un anestésico local (con o sin astringente). No contiene lidocaína como anestésico ni sales de bismuto. Ungüento. Tubo con 30 g a 60 g	M		1A	49	2450
Primidona 250 mg. Tabletas.	E	1-Uso exclusivo Neurología, Psiquiatría. 2-Geriatria, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria para atender el tremor esencial del adulto mayor.	2C	28	1450
Primidona 250 mg/5mL. Suspensión oral. Con sabor agradable. Frasco con 120 mL ó 150 mL	E	1-Uso exclusivo Neurología, Psiquiatría. 2-Geriatria, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria para atender el tremor esencial del adulto mayor	2C	28	7470



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Progesterona micronizada 200 mg. Cápsula blanda	RE	A- Uso exclusivo Gineco-Obstetricia: 1-pacientes con historia de pérdida gestacional recurrente por insuficiencia de cuerpo lúteo. 2-pacientes con embarazo menor a 12 semanas con amenaza de aborto con insuficiencia de cuerpo lúteo documentada mediante niveles séricos de progesterona o ultrasonido junto con otro elemento clínico reconocido y atribuible a la insuficiencia lútea 3-prevención de amenaza de parto pretérmino por cuello corto demostrado por ultrasonido o por antecedente de parto prematuro previo.	2B	36	4461
Propiltiouracilo 50 mg. Tabletas.	M		1A	40	1500
Propranolol hidrocloreuro 10 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	07	1510
Propranolol hidrocloreuro 40 mg. Tabletas recubiertas	M		1A	08	1520
Psyllium hidrofílico muciloide 49.70 g y hasta 50.30 g de excipientes incluyendo como edulcorantes a la sacarosa o dextrosa. Polvo granulado. Envase con 200 g	M		1A	33	7230
Risperidona 1 mg. Tableta o tableta recubierta	RE	Uso exclusivo Psiquiatría y Geriatria según protocolo CCF 3717-09-14: 1. Para inicio de tratamiento anti-psicótico en: a. Pacientes con <i>esquizofrenia</i> en primer episodio o crónicos que han utilizado uno o dos anti-psicóticos típicos orales o parenterales por un mínimo de 3-4 semanas con dosis	2C	30	1568



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>terapéuticas y sin evidencia de mejoría clínica.</p> <p>b. Pacientes con <i>esquizofrenia</i>, quienes durante o después de la impregnación por vía parenteral u oral con anti-psicóticos típicos, presentan efectos extra-piramidales moderados a severos.</p> <p>c. Pacientes con <i>espectro esquizofrénico recién diagnosticados</i> aún cuando no han utilizado otros anti-psicóticos LOM que incluye:  <i>Esquizofrenias típicas, trastornos esquizoafectivos. Esquizofrenia de inicio tardío, con predominio de síntomas negativos y/o cognitivos, que pueden seguir control y manejo ambulatorio.</i></p> <p>d. Pacientes mayores de 14 años que presentan <i>síntomas prodrómicos de esquizofrenia</i>. Incluye pacientes con síntomas psicóticos con disfunción social, académica, familiar y personal.</p> <p>2. <i>Trastorno Bipolar en recaída maniaca y/o mixta</i> como coadyuvante</p>			



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>agregado al modulador LOM. <u>No para inicio de tratamiento</u> como monoterapia.</p> <p>3. En pacientes mayores de 5 (cinco) años para tratamiento de:</p> <p>a. Crisis de agresividad severa asociada al Autismo o a los trastornos del espectro autista.</p> <p>b. Trastorno Psicótico Agudo.</p> <p>c. Trastornos de conducta con Agresividad severa.</p> <p>En estos casos el tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico que contemple medidas educacionales y psicosociales, y evaluaciones periódicas de la necesidad y beneficio de la continuación del tratamiento.</p> <p>4. Pacientes con agitación o agresividad por delirium multifactorial o trastornos psicóticos secundarios a demencia <i>en que no hay respuesta al haloperidol. Tratamiento por corto plazo (2 a 6 semanas). No se recomienda el uso crónico (más de 6 semanas) en pacientes con demencia tipo Alzheimer moderada a grave para el tratamiento de la agresividad persistente.</i></p>			



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		<p>– Deben realizarse los siguientes exámenes antes de iniciar la terapia crónica (más de 6 semanas) con anti-psicóticos, luego a los 6 meses y control anual:</p> <p>a. Glicemia            b. Signos vitales            c. Perfil de lípidos.            d. Peso y Talla            e. Circunferencia abdominal.</p> <p><b><i>Debe anotar diagnostico al dorso de la receta en la primera prescripción.</i></b></p>			
Sacarina sódica 12.5 mg/tableta o sacarina sódica 12.5 mg/gota. Solución oral. Frasco gotero con 25 mL	M	Uso exclusivo para pacientes diabéticos. Un frasco cada 2 meses	1A	50	7495
Salbutamol 0.1 mg/dosis o salbutamol base 0.1 mg/dosis (como salbutamol sulfato). Suspensión microcristalina para aerosol para inhalación oral. Envase presurizado con 200 a 250 dosis	M	Servicios de Urgencia, Emergencia y Hospitalización, para manejo exacerbación de pacientes con asma o EPOC en cumplimiento de GM-MDA-5817-2020	1A	23	7500
Salbutamol base 4 mg (como salbutamol sulfato). Tabletas	M		1A	23	1580
Salbutamol base al 0.5% (5 mg/mL) (como sulfato de salbutamol). Solución concentrada para nebulización. Frasco con 50 mL.	HM	<p>1- Medicina Mixta: Restricción para uso ambulatorio (despacho al hogar): Prescripción exclusiva por especialistas en Neumología, Medicina Interna, Geriátría, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias, para manejo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma que tengan sus propios aparatos de nebulización.</p> <p>2- Medicina de Empresa: Aplicación en la empresa:</p>	1A	23	7520



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		previa confirmación de la existencia de una unidad de nebulización en el centro de atención de salud de la empresa (se les otorgará una cuota para stock de acuerdo con la estadística de atención mensual de pacientes).			
Sistema anticonceptivo intrauterino (D.I.U). Dispositivo.	M	1-Medicina Mixta: Se despacha al paciente. 2-Medicina de Empresa: solamente por retiro de mensajero de la empresa (no se despacha al paciente).	1A	36	6740
Solución de yodo fuerte (solución Lugol). Fórmula. Solución oral. Frasco gotero con 30 mL ó frasco con gotero adjunto con 30 mL.	M		1A	40	7750
Sulfadiazina 500 mg. Tabletas	RE	Uso exclusivo Infectología, Medicina Interna, Geriatria, Oftalmología, Neurología y Gineco-Obstetricia en tratamiento de toxoplasmosis	2D	02	1600
Sulfadiazina de plata 1% (10 mg/g). Crema tópica. Tubo con 40 g a 50 g	M		1A	46	2690
Sulfasalazina 500 mg. Tabletas con o sin cubierta entérica.	E	Uso exclusivo Gastroenterología, Medicina Interna, Geriatria, Reumatología	2C	02	1610
Sulindaco 200 mg. Tabletas	M		1A	14	1612
Sulisobenzona 10%. Loción. Uso tópico. Envase con 60 mL a 75 mL	M		1A	46	7590
Tamoxifeno base 20 mg (como citrato de tamoxifeno). Tabletas.	E	Uso Oncología Médica, Oncología Quirúrgica y Ginecología Oncológica.	2C	41	1615



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Tenoxicam 20 mg. Tabletas recubiertas	E	Uso exclusivo Reumatología, Geriátrica, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria	2A	14	1645
Teofilina (anhidra) 150 mg. Tabletas.	M		1A	23	1620
Teofilina (anhidra) 50 mg/5 mL. Elixir. Frasco con 110 mL a 120 mL.	M		1A	23	7600
Teofilina (anhidra) de acción prolongada 250 a 300 mg. Tabletas.	M		1A	23	1630
Testosterona enantato 250 mg. solución estéril. Inyectable. Ampolla con 1 mL o testosterona 250 mg/mL. Solución inyectable. Jeringa prellenada con 1 mL.	E	1-Medicina Mixta: Uso exclusivo Endocrinología, Oncología y Urología. Aplicación de acuerdo con los procedimientos establecidos para Medicina Mixta. No autorizado para uso en pacientes transgénero que llevan su control extrahospitalariamente (fuera de la CCSS). 2-Medicina de Empresa: No autorizado.	2A	35	4660
Tetraciclina hidrocloreto 1% (10 mg/g) u Oxitetraciclina 0.5% (5 mg/g) (como hidrocloreto de oxitetraciclina) y Polimixina B 10.000 U/g (1 mg/g) (como sulfato de polimixina). Ungüento oftálmico. Tubo con 15 g	M		1A	45	2692
Tetrazolina hidrocloreto al 0.05% (0.5 mg/mL) u Oximetazolina hidrocloreto al 0.025% (0.25 mg/mL). Solución isotónica. Uso oftálmico. Frasco-gotero de 10 mL a 15 mL. Sinónimo de tetrazolina hidrocloreto: tetrahidrozolina hidrocloreto.	M	Uso en adultos y niños mayores de 6 años de edad	1A	45	7630
Tetrazolina hidrocloreto al 0.1% (1 mg/mL) u oximetazolina hidrocloreto 0.05% (0.5 mg/mL). Solución nasal. Frasco-gotero con 10	M	Uso en adultos y en niños mayores de 6 años de edad	1A	51	7620



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
mL a 15 mL. Sinónimo de tetrizolina hidroclicloruro: tetrahidrocloruro.					
Tiamina hidroclicloruro (Vitamina B-1) 100 mg. Tabletas.	M		1A	42	1650
Timolol base 0.5% (5 mg/mL) (como maleato de timolol). Solución uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL ó 10 mL	E	Uso exclusivo Oftalmología	2C	45	7660
Tioconazol 1% (10 mg/g), tubo con 30 g ó Bifonazol 1% (10 mg/g), tubo con 15 g ó Miconazol nitrato 2% (20 mg/g) tubo con 30 g. Crema.	M		1A	46	2695
Tioconazol 100 mg o miconazol nitrato 200 mg o miconazol nitrato 400 mg o miconazol nitrato 1200 mg. Tabletas vaginales o supositorios vaginales (en forma de óvulos)	M	En el caso de pacientes con candidiasis vaginal con una primera o segunda recurrencia: se autoriza tratamiento por 6 a 9 días, según lineamientos emitidos en circular CCF-5266-11-15	1A	47	2697
Tiotropio (como bromuro de tiotropio monohidratado) 2.5 microgramos por pulsación. Solución para aerosol para inhalación oral. Envase con 4.5 mL con dispositivo dosificador no recargable.	RE	Uso exclusivo por especialista en Neumología para pacientes con diagnóstico de: 1. EPOC, (Estadio GOLD II Y III), garantizando que el paciente no es un tabaquista activo. 2. Asma moderada a severa, según el paso 4 y 5 de la guía GINA  <b><i>Debe anotar diagnóstico al dorso de la receta en la primera prescripción e indicar el estadio el criterio correspondiente que justifique su uso en EPOC según protocolo establecido o estadio de asma y paso de acuerdo con la guía GINA.</i></b>	2A	23	7680



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Toxoide diftero y tetánico adsorbido. Presentación adultos. Suspensión inyectable. Frasco-ampolla con 5 mL. Multidosis (10 dosis)	HM	Presentación para adultos. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4800
Tramadol hidrocloreto 50 mg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 2 mL.	R	<u>Una</u> dosis. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de la receta del inyectable en los formularios oficiales y una referencia dirigida a enfermería, con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM	1A	17	4705
Trifluoperazina base 5 mg (como hidrocloreto de trifluoperazina). Tabletas recubiertas.	E	Uso exclusivo Psiquiatría	2C	30	1710
Trimetoprima 160 mg con sulfametoxazol 800 mg. Tabletas.	M		1A	02	1730
Trimetoprima 40 mg/5mL con sulfametoxazol 200 mg/5 mL. Suspensión oral. Envase con 100 mL a 120 mL.	M		1A	02	7720



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Vacuna combinada de antipertussis acelular adsorbido (antígeno de pertusis acelular) y toxoide diftérico y tetánico. Suspensión inyectable. Frasco ampolla con 0.5 mL. Dosis única.	HM	Para su aplicación en mujeres embarazadas luego de la semana 20 de gestación, según lo establecido en el esquema oficial de vacunación del país. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4763
Vacuna combinada de toxoide diftérico y tetánico, componentes de pertussis acelulares naturales y toxoide de pertussis, poliovirus de tipo 1, 2, 3 inactivados. Suspensión inyectable. Jeringa prellenada con 0.5 mL. Dosis única.	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4761
Vacuna combinada de toxoide diftérico y tetánico, componentes de pertussis acelulares naturales y toxoide de pertussis, poliovirus de tipo 1, 2, 3 inactivados. Suspensión inyectable. Jeringas prellenadas con 0.5 mL (dosis única) y vacuna Haemophilus Tipo b conjugada (Hib). Polvo liofilizado para suspensión estéril. Frasco ampolla (dosis única)	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4762



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Vacuna contra rotavirus humano. Suspensión oral. Una dosis única (monodosis). Jeringa prellenada con 1.5 mL	HM	Uso pediátrico Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4805
Vacuna contra virus de papiloma humano. Suspensión inyectable. Una dosis única (monodosis). Jeringa prellenada con 0.5 mL o Vacuna contra el virus de papiloma humano. Suspensión inyectable. Una dosis única (monodosis). Frasco ampolla con 0.5 mL.	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4835
Vacuna de hepatitis B (recombinante) 10 mcg (del antígeno de superficie de hepatitis B)/0.5 mL o 5 mcg (del antígeno de superficie de hepatitis B)/0.5 mL. Presentación pediátrica. Suspensión inyectable. Frasco-ampolla o jeringa prellenada, ambos con dosis única	HM	Presentación pediátrica Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4789



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Vacuna influenza. Solución o suspensión para inyección. Jeringa prellenada 0.25 mL (unidosis) o ampolla 0.25 mL (unidosis) o frasco ampolla 0.25 mL (unidosis) o frasco ampolla 5 mL (multidosis con 20 dosis)	HR	Uso exclusivo niños de 6 meses a menores de 5 años con enfermedad pulmonar, diabéticos, hipertensos, enfermedad crónica renal, pacientes con infección por VIH, cáncer, enfermedades de la sangre, cirrosis y desnutrición severa. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4797
Vacuna influenza. Solución o Suspensión para inyección. Jeringa prellenada 0.5 mL (unidosis) o ampolla 0.5 mL (unidosis) o frasco ampolla 0.5 mL (unidosis) o frasco ampolla 5 mL (multidosis con 10 dosis)	HR	Uso exclusivo niños mayores de 5 años y adultos mayores de 65 años con Enfermedad Pulmonar, diabéticos, hipertensos, enfermedad crónica renal, pacientes con infección por VIH, cáncer, enfermedades de la sangre, cirrosis y desnutrición severa. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4795

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Vacuna neumocócica conjugada 13 valente (Proteína Difteria CRM 197). Suspensión estéril inyectable. Frasco-ampolla o jeringa prellenada con 0.5 mL	HM	Para ser utilizada en forma universal en niños menores de 2 años. Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4900
Vacuna neumocócica polivalente (antineumocócica polisacárida 23 valente). Presentación adulto. Solución estéril. Inyectable. Frasco ampolla o jeringa prellenada con 0.5 mL. Dosis única.	HM	Uso exclusivo del adulto mayor (mayor de 65 años de edad) y pacientes de alto riesgo (mayores de 2 años hasta 64 años y 11 meses según lineamientos institucionales circular CCF-1809-07-2010 (12-07-2010). Vía de administración: Subcutánea o intramuscular Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4925



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Vacuna sarampión y rubeola. Polvo liofilizado inyectable. Ampolla o frasco-ampolla, uni o multidosis	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4773
Vacuna sarampión, rubeola y parotiditis. Polvo liofilizado para inyección. Ampolla o frasco-ampolla en uni o multidosis	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4780
Vacuna tuberculosis atenuada (BCG, vacuna del Bacillus Calmette-Guérin). Polvo liofilizado para inyección. Frasco-ampolla multidosis	HM	Aplicación únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio o el paciente. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM. Esquema habitual, no requiere receta.	1A	44	4775
Valproato de sodio 200 mg/mL (equivalente a aproximadamente 174 mg/mL de ácido valproico). Solución oral. Envase con 40 mL a 60 mL. Con jeringa graduada en décimas de mililitro para uso oral o Valproato de sodio	M	Medicina Mixta: Si está autorizada Medicina de Empresa: No está autorizada	1A	28	7725



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
288.1 mg/5mL (equivalente a 250 mg/5 mL de ácido valproico). Jarabe. Envase con 120 mL. Con medida dosificadora tipo tapa graduada en mililitros.					
Valproato semisódico equivalente a 250 mg de ácido valproico. Tabletas con cubierta entérica	M		1A	28	0090
Venlafaxina hidrocloreto equivalente a 75 mg de venlafaxina. Cápsulas de liberación prolongada	RE	Uso exclusivo Psiquiatría según protocolo CCF-3720-09-14	2C	29	1750
Verapamilo hidrocloreto 80 mg. Tabletas recubiertas.	E	Uso exclusivo Cardiología, Nefrología, Medicina Interna, Geriatría, Endocrinología, Medicina Familiar y Comunitaria.	2C	07	1754
Vidarabina o aciclovir 3% (30 mg/g). Unguento. Tubo con 3 g a 5 g	E	Uso exclusivo Oftalmología	2C	45	2700
Vitamina A (como retinol o como retinil palmitato o como retinil acetato) 25.000 UI (7.500 RE). Cápsulas o perlas.	E	Uso exclusivo Oftalmología, Medicina Interna, Geriatría, Gastroenterología.	2C	42	1740
Vitamina A 50.000 UI/mL (15.000 RE/mL) como retinol o como palmitato de retinol. Solución oral. Frasco gotero con 30 mL.	E	Uso exclusivo Oftalmología, Pediatría	2C	42	7730
Vitamina D-3 (colecalfierol) 10.000 U.I./1 mL. Solución oral. Frasco gotero con 30 mL	R	Profilaxis y manejo especializado de osteoporosis con la prescripción concomitante de calcio.	1A	42	6800
Warfarina sódica 1 mg. Tabletas	M	Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina. La unidad debe disponer de	1A	11	1758



Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
		laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que estén disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.			
Warfarina sódica 5 mg. Tabletas	M	Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina. La unidad debe disponer de laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que estén disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.	1A	11	1760

## II. Medicamentos autorizados a profesionales en odontología adscritos a Medicina Mixta.

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Amoxicilina base 250 mg/5 mL (como amoxicilina trihidrato). Polvo para suspensión oral. Frasco para 60 o 100 mL.	M		1A	02	6205
Amoxicilina base 500 mg (como amoxicilina trihidrato). Cápsulas o tabletas recubiertas	M		1A	02	0185



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Cefalexina base 250 mg/5mL (como cefalexina monohidrato). Polvo para suspensión oral. Frasco de 60 mL	M		1A	02	6440
Cefalexina base 500 mg (como monohidrato) o cefalexina base 500 mg (como hidrocloreto monohidrato). Cápsulas o tabletas	M		1A	02	0290
Claritromicina 250mg/5mL. Gránulos para suspensión oral o polvo para suspensión oral, sabor agradable. Frasco para 60 mL	R	Odontología: – Pacientes alérgicos a la penicilina. – Profilaxis de endocarditis bacteriana en pacientes alérgicos a la penicilina.	1A	02	6458
Claritromicina 500 mg. Tableta recubierta	R	Odontología: – Pacientes alérgicos a la penicilina. – Profilaxis de endocarditis bacteriana en pacientes alérgicos a la penicilina.	1A	02	0310
Clorfenamina maleato 4 mg. Tabletas. [Sinónimo: Clorfeniramina maleato]	M	No se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría.	1A	25	0370
Codeína fosfato (Hemihidratada) 30 mg con Paracetamol (Acetaminofén) 500 mg. Tabletas	R	Tratamiento del dolor en mayores de 12 años de edad	1A	17	0410
Dexametasona fosfato 4 mg/mL (como fosfato sódico de dexametasona). Solución inyectable. Ampolla con 1 mL	HM	Odontología: Paciente sometido a procedimientos quirúrgico dental: <u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos para cada sistema.	1A	34	3420



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
 Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Diclofenaco sódico 75 mg. Solución inyectable. Ampolla con 3 mL	HR	Odontología: Paciente sometido a procedimiento quirúrgico dental: manejo del dolor con componente inflamatorio: <u>Una dosis</u> de acuerdo con los procedimientos establecidos para cada sistema.	1A	14	3650
Ibuprofeno 100 mg/5 mL. Suspensión oral. Frasco 50 mL o 60 mL	RE	Odontología: Para el manejo del dolor leve a moderado con componente inflamatorio en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas.	2C	16	7085
Ibuprofeno 400 mg. Tabletas recubiertas.	M		1A	14	0930
Metronidazol 500 mg. Tabletas	M		1A	01	1192
Metronidazol base 125 mg/5mL (como metronidazol benzoilo). Suspensión oral. Envase con 120 mL.	M		1A	01	7210
Nistatina 100.000 U/ mL. Suspensión oral. Frasco con 30 mL con gotero incluido.	M		1A	04	7260
Paracetamol (Acetaminofén) 300 mg. Supositorio 1 g.	M		1A	16	2400
Paracetamol (Acetaminofén) 500 mg. Tabletas	M		1A	16	0010
Paracetamol (Acetaminofén) 100 mg/mL . Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado a un mL. Frasco gotero con 30 mL o Paracetamol (Acetaminofén)100 mg/mL.	M	Para niños de 2 a 12 meses de edad	1A	16	6015

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincsss@ccss.sa.cr](mailto:coincsss@ccss.sa.cr)

Medicamento LOM	Clave	Restricción	Usuario	Código	
				Grupo Terapéutico	Consecutivo
Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado a un mL. Frasco gotero con 15 mL o Paracetamol (Acetaminofén) 80 mg/0.8 mL. Solución oral con sabor agradable libre de alcohol. Cuenta gotas graduado. Frasco gotero con 15 mL.					
Paracetamol (acetaminofén) 120 mg/5mL. Solución oral. Envase con 60 mL a 120 mL ó Paracetamol (acetaminofén 150 mg/5 mL. Jarabe con sabor agradable. Envase con 60 mL.	M	Para niños mayores de 1 año de edad	1A	16	6020

**Notas importantes:**

- 1. Queda sin efecto la circular:** DFE-AMTC-1096-2024.
- 2. Medicamentos parenterales:** verificar lineamiento indicado a cada medicamento para su aplicación.
- 3. Vacunas y toxoides:**
  - a. La aplicación debe realizarse únicamente en el centro médico institucional donde está adscrito el servicio de Medicina de Empresa o el paciente.
  - b. Requiere de una referencia dirigida a enfermería con la solicitud para la aplicación del medicamento parenteral, según procedimiento establecido en la normativa LOM.
  - c. Debe cumplir con el esquema habitual.
  - d. No requiere receta.

C:  
Gerencia General  
Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia (GM-CCF-3762-2024)  
Dr. Mario Ulloa. Dirección de Desarrollo de Sistemas de Salud.  
Dr. Esteban González. Programa Sistemas Alternativos. DDSS  
Dirección de Farmacoepidemiología  
Directores, Direcciones Regionales  
Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos  
Coordinación de Enfermería  
Archivo



---

**Anexo 1. Formulario de prescripción institucional de alfuzosina para inicio de tratamiento.**

---

**AMTC-AVC-2642-09-14  
FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL  
DE ALFUZOSINA PARA INICIO DE TRATAMIENTO**

Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Datos del Paciente:**

Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_.

Expediente: \_\_\_\_\_ . Sexo: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_.

**2. Diagnóstico: (Marque la casilla).**

Uropatía Obstructiva severa, cuya condición física contraindica el procedimiento quirúrgico.

Anotar contraindicación para cirugía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Mayores de 50 años con Uropatía Obstructiva moderada a severa (según Escala AUA), mientras espera la cirugía correctiva.

**Puntaje Escala De I-PSS:** \_\_\_\_\_.

**Dosis:** \_\_\_\_\_.

**Nombre del Médico:** \_\_\_\_\_.

**Código:** \_\_\_\_\_ . **Firma:** \_\_\_\_\_.



## Anexo 2. Formulario para la prescripción de clopidogrel

**CCF-3746-08-17**

**Formulario para la prescripción de clopidogrel**

**FORMULARIO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE CLOPIDOGREL 75 mg SEGÚN**

**LINEAMIENTOS DEL COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**

Nombre:

Cédula:

Médico Prescriptor

Nombre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

Especialidad:

- Cardiología
- Cirugía de Tórax
- Medicina Interna
- Neurología
- Geriatria
- Terapia Intensiva (Médica)
- Medicina de Emergencias
- Vascular Periférico
- Cirugía Cardiovascular
- Neurocirugía
- Medicina Familiar y Comunitaria



<input type="checkbox"/>	1. <b>Síndrome coronario sin elevación del segmento ST</b> , dosis de carga de 300 mg stat (no administrar la dosis de carga en pacientes mayores de 75 años, en los que se emplea una dosis de 75 mg stat) para seguir con 75 mg/d por un <b>máximo de 12 meses</b> en conjunto con AAS.
<input type="checkbox"/>	2. Angioplastia con colocación de <b>stents coronario MEDICADO Y NO MEDICADO</b> en conjunto con AAS por un <b>máximo de 12 meses</b> , cuando no exista un riesgo elevado de sangrado del paciente.
<input type="checkbox"/>	3. Cirugía <b>BYPASS</b> coronario, 75 mg/d por un <b>máximo de 12 meses</b> en conjunto con AAS.
<input type="checkbox"/>	4. <b>Preparación para angioplastia coronaria URGENTE</b> , 600 mg VO stat (dosis de carga) al menos 6 horas antes del procedimiento; continuar luego 75 mg BID por 7 días y con 75 mg/d en conjunto con AAS <b>hasta por 12 meses</b> . No administrar dosis de carga en pacientes mayores de 75 años, en los que se emplea una dosis de 75 mg stat.
<input type="checkbox"/>	5. <b>Preparación para angioplastia coronaria ELECTIVA</b> , 300 mg VO stat (dosis de carga) al menos 6 horas antes del procedimiento; continuar con 75 mg/d en conjunto con AAS <b>hasta por 12 meses</b> . No administrar dosis de carga en pacientes mayores de 75 años, en los que se emplea una dosis de 75 mg stat ni en pacientes que ya emplean clopidogrel.
<input type="checkbox"/>	6. <b>Angioplastia NO coronaria con stents MEDICADO Y NO MEDICADO</b> (aorta, yugular, ileofemoral, otras) por un <b>máximo de 12 meses</b> según riesgo de sangrado del paciente. Terapias por más de 12 meses en casos excepcionales.
<input type="checkbox"/>	7. <b>Preparación para angioplastia NO coronaria URGENTE</b> , 300 mg VO stat (dosis de carga) al menos 6 horas antes del procedimiento; continuar luego 75 con 75 mg/d en conjunto con AAS <b>hasta por 12 meses</b> . No administrar dosis de carga en pacientes mayores de 75 años, en los que se emplea una dosis de 75 mg stat.
<input type="checkbox"/>	8. <b>Preparación para angioplastia NO coronaria ELECTIVA</b> , 300 mg VO stat (dosis de carga) al menos 6 horas antes del procedimiento; continuar luego 75 con 75 mg/d en conjunto con AAS <b>hasta por 12 meses</b> . No administrar dosis de carga en



	pacientes mayores de 75 años, en los que se emplea una dosis de 75 mg stat ni en pacientes que ya emplean clopidogrel.
<input type="checkbox"/>	9. Cirugía <b>BYPASS NO</b> coronario, 75 mg/d por un <b>máximo de 12 meses</b> en conjunto con AAS.
<input type="checkbox"/>	10. Profilaxis de evento trombótico, con contraindicación al AAS por hipersensibilidad (alergia) para uso por tiempo indefinido como antiagregante plaquetario ( <b>Hacer reporte de sospecha de reacción adversa al Centro Nacional de Farmacovigilancia</b> ).
<input type="checkbox"/>	11. Evento cerebrovascular ( <b>ECV</b> ) <b>MENOR</b> agudo o Isquemia cerebral transitoria ( <b>TIA</b> ), 75 mg/d, concomitante con AAS, iniciar entre las primeras 24 – 48 horas por un <b>mínimo de 90 días y un máximo de 12 meses</b> .