

CAJA
COSTARRICENSE
DE SEGURO
SOCIAL

GERENCIA
MÉDICA



Centro Corporativo
Internacional
Torre B, Piso 6

Barrio Don Bosco
Avenida 8
Calles 26 y 28

Teléfono: 2539-0000

Extensión: 8601, 8602

Fax: 2539-1087

Acuerdos Comité Central de Farmacoterapia

AÑO: 25

N° 70

SEPTIEMBRE

2023

ACTUALIZACIÓN

Lista Oficial de Medicamentos

I. INCLUSIONES

Nota: Con base en la Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) vigente, en su capítulo IV: **Modificaciones a la LOM, inciso IV.4 y IV.5 :**

IV.4. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto almacenable por parte del CCF, tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que esté disponible en el ALDI para su distribución institucional.

IV.5. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para despacho al paciente.

I.A. MEDICAMENTOS ALMACENABLES

Descripción	Código	Clave	Nivel
-------------	--------	-------	-------

Darunavir 800 mg (como etanolato de darunavir) y cobicistat 150 mg.	04-0497	RE	2 A
--	----------------	-----------	------------

Comprimido recubierto

Uso exclusivo para Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH, en pacientes con falla terapéutica a una línea de terapia antirretroviral, previa aprobación en la Clínica de VIH correspondiente.

Para inicios de tratamiento se debe anotar en la casilla de observaciones de la receta electrónica el criterio de falla terapéutica y el número de sesión en la que se dio la aprobación.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesiones 2023-16, 2023-22 y 2023-34 acordó **incluir** en la Lista Oficial de Medicamento el **Darunavir 800 mg (como etanolato de darunavir) y cobicistat 150 mg, comprimido recubierto (código 1-10-04-0497) (almacenable), nivel de usuario 2-A y clave RE**, prescripción por especialista en **Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH, para pacientes con falla terapéutica a una línea de terapia antirretroviral, previa aprobación en la Clínica de VIH correspondiente.**

Emtricitabina 200 mg y tenofovir disoproxil fumarato 300 mg	04-0600	R	1A
Tableta recubierta. Envase			
Prescripción por Médico General en las Áreas de Salud autorizadas para ser utilizado como terapia preexposición (PrEP) en pacientes con 18 años o más y alto riesgo de contraer la infección por el VIH, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la Instrucción de Trabajo Atención Integral para la prescripción de profilaxis preexposición por VIH en la población expuesta a mayor riesgo por la infección del VIH. Código MIT.GM.DDSS. AAIP.060223. Versión 02. 2023.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-14 y 2023-18 acordó incluir en la Lista Oficial de Medicamentos la Emtricitabina 200 mg y tenofovir disoproxil fumarato 300 mg, tableta recubierta código 1-10-04-0600 (almacenable), nivel de usuario 1-A y clave R para prescripción por Médico General en las Áreas de Salud autorizadas para ser utilizado como terapia preexposición (PrEP) en pacientes con 18 años o más y alto riesgo de contraer la infección por el VIH, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la Instrucción de Trabajo Atención Integral para la prescripción de profilaxis preexposición por VIH en la población expuesta a mayor riesgo por la infección del VIH. Código MIT.GM.DDSS. AAIP.060223. Versión 02. 2023.			

Fenofibrato 250 mg	13-1025	RE	1-A
Capsula de liberación prolongada			
Prescripción por Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología, Clínica de HIV/SIDA, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica para manejo de hipertrigliceridemia:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertrigliceridemia (mayor a 500 mg/dL), contraindicación al uso de gemfibrozilo (por falla terapéutica o reacción adversa documentada [Reportar al Centro Nacional de Farmacovigilancia - Ministerio de Salud]) 2. Manejo de dislipidemia mixta con hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dL con terapia concomitante estatina más fibrato. 3. Hiperlipidemia tipo IIa y IV (con triglicéridos mayor a 300 mg/dL). 			
<i>Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso según este lineamiento.</i>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-27 acordó incluir en la Lista Oficial de Medicamentos el fenofibrato 250 mg, cápsula de liberación prolongada, código 1-10-13-1025 (almacenable), nivel de usuario 1-A y clave RE . Autorizada su prescripción a especialistas en Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología, Clínica de HIV/SIDA, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica para manejo de hipertrigliceridemia, en cumplimiento de los lineamientos anteriormente mencionados.			

II. MODIFICACIONES

II.A. MEDICAMENTOS ALMACENABLES

Agua estéril para uso externo	50-3085	HM	1A
<i>Bolsa o envase con 250 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-3085 (almacenable), “agua estéril para irrigación” por el actual “agua estéril para uso externo” con base en la ficha técnica vigente versión CFT 76801 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 154 del 24-08-2023.			

Agua estéril para uso externo	50-3095	HM	1A
<i>Bolsa o envase con 500mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-3095 (almacenable), “agua estéril para irrigación” por el actual “agua estéril para uso externo” con base en la ficha técnica vigente versión CFT 56903 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 154 del 24-08-2023.			

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).	43-0280	RE	2C
<i>Tabletas recubiertas</i>			
Prescripción por especialistas y médicos del grupo de Soporte Nutricional Parenteral y Enteral, para el manejo de las condiciones que requieran suplementación con calcio como osteoporosis, hipoparatiroidismo e hipocalcemia. <i>Para una óptima absorción, la dosis máxima por toma es de 600 mg de calcio iónico.</i>			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-31 avaló la inclusión de leyenda con recomendación relacionada con la administración de este fármaco, que informa: “para una óptima absorción la dosis máxima por toma es de 600 mg de calcio iónico” .			

Citarabina 500 mg. Polvo liofilizado. Frasco ampolla o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Frasco ampolla con 10 mL o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Ampolla con 10 mL o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL.	41-3315	HE	2 A
Prescripción por especialistas en Hematología			
Observaciones: Se amplía la descripción del código 1-10-41-3315 (almacenable) a “ citarabina 500 mg. Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 mL ”. Lo anterior con base en la ficha técnica vigente versión CFT 86704 publicada en La Gaceta No 124 del 10-07-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-21.			

Concentrado de complejo de protrombina humana (expresado como 500 a 600 UI de factor IX). Concentrado liofilizado estéril para solución inyectable. Frasco ampolla o Complejo de protrombina humana (expresado como 500 UI de factor IX). Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla.	12-3820	HE	2B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Especialistas en Cuidados Intensivos, Anestesiología y Medicina de Emergencias para revertir los efectos de los anticoagulantes orales en pacientes con sangrados que comprometa la vida del paciente, como opción alternativa al plasma fresco congelado en los casos en que la disponibilidad de ese recurso sea limitada y cuando esté contraindicada la administración de grandes cantidades de volumen endovenoso. 2. Hematología (se autoriza despacho para uso domiciliar o extrainstitucional). 			
Observaciones: Se amplía la descripción del código 1-10-12-3820 (almacenable) a “ Complejo de protrombina humana (expresado como 500 UI de factor IX). Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla ”. Lo anterior con base en la ficha técnica vigente versión CFT 02807 publicada en La Gaceta No. 124 del 10-07-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-13.			

Digoxina 0.25 mg	07-0550	M	1A
<i>Tableta</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-07-0550 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 04808 publicada en La Gaceta No. 154 del 24-08-2023.			

Fenitoína sódica 50 mg/mL	28-3680	HM	2C
<i>Solución inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla o ampolla con 5 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-28-3680 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 22704 publicada en La Gaceta 124 del 10-07-2023.			

Fluconazol 200 mg	04-0760	RE	2D
<i>Cápsulas o tabletas</i>			
<p>1-Todos los especialistas del área médica o quirúrgica que atienden pacientes inmunocomprometidos o de Unidades de Trasplante de Órgano:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de micosis mucocutáneas sistémicas en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante. b. Profilaxis en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante. <p>2- Especialistas en áreas médicas, Gineco-Obstetricia y Pediátricas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de candidiasis intraductal del pezón que no responde a tratamiento tópico en madres que están dando lactancia. b. Tratamiento de candidiasis esofágica documentada por endoscopía digestiva hasta por 14 días. <p>3- Especialistas en Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tratamiento de pacientes con tercera recurrencia de candidiasis vaginal según lineamientos emitidos en circular DFE-AMTC-1777-2023. 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-31 autorizó la prescripción del fluconazol 200 mg tableta o cápsula, código 1-10-04-0760 (almacenable) a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para el tratamiento de pacientes con tercera recurrencia de candidiasis vaginal según lineamientos emitidos en circular DFE-AMTC-1777-2023.			

Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de malabsorción intestinal.	50-6850	RE	2C
<i>Polvo para dilución. Envase con 357 g.</i>			
<p>Uso exclusivo de Pediatría, Neonatología, Alergología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica, para el manejo de pacientes menores de 2 años con:</p> <ol style="list-style-type: none"> Síndrome de mala-absorción. Casos comprobados de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) según Protocolo de atención clínica atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca red de servicios de la C.C.S.S. Código PAC.GM.DDSS.010123, Versión: 01”. <p><i>Para su prescripción se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso para su despacho por farmacia.</i></p>			
<p>Observaciones. Se actualiza la descripción del código 1-10-50-6850 (almacenable) en relación con el contenido del envase a 357 gramos, según lo establecido en la ficha técnica vigente versión CFT 57408 publicada en La Gaceta 157 del 29-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-32.</p>			

Fórmula nutricional elemental hipoalérgica a base de aminoácidos	50-6865	RE	2C
<i>Polvo para dilución. Envase con 400 g.</i>			
<p>Uso exclusivo por Gastroenterología Pediátrica, Alergología Pediátrica, Pediatría y Neonatología:</p> <ol style="list-style-type: none"> Casos comprobados de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) o que no responden a la “fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de malabsorción intestinal” (50-6850) en menores de 2 años, según Protocolo de atención clínica atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca red de servicios de la C.C.S.S. Código PAC.GM.DDSS.010123, Versión: 01”. Intolerancia a múltiples proteínas en alimentos. Intolerancia a fórmula de soya e hidrolizados proteicos, Síndrome de intestino corto. Síndrome de mala-absorción. Intolerancia a disacáridos-monosacáridos. <p>Para su prescripción; se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso para su despacho por farmacia.</p>			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-6865 (Almacenable) en relación con contenido del envase a 400 g, según lo establecido en la ficha técnica vigente versión CFT 50007 publicada en La Gaceta 154 del 24-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-23</p>			

Interferón beta-1b de origen ADN recombinante 0,25 mg (8 millones de UI) / mL. Con polvo liofilizado. Excipientes (albúmina y manitol). Frasco ampolla. Jeringa precargada con diluyente para uso parenteral contiene solución al 0,54 % de cloruro sódico 1,2 mL	41-4134	HRE	3A
Uso exclusivo Neurología, uso en casos de esclerosis múltiple secundariamente progresiva según protocolo. Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-4134 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 57606 publicada en La Gaceta No.145 del 10-08-2023.			

Itraconazol 100 mg	04-1005	RE	2C
Cápsulas			
Uso exclusivo Infectología, Dermatología, Inmunología, Reumatología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria para pacientes: <ul style="list-style-type: none"> a. Histoplasmosis, aspergilosis (intolerancia o refractarios a amfotericina), cromomicosis, blastomicosis, coccidiomicosis. b. Onicomycosis con cultivo positivo 			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-31 autorizó la prescripción de itraconazol 100 mg cápsulas, código 1-10-04-1005 (almacenable) a los especialistas en Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria, en las indicaciones mencionadas anteriormente.			

<p>Lactulosa 3.3 g/5 mL . Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o</p> <p>Lactulosa 10 g/15 mL. Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o</p> <p>Lactulosa 66.7 g/100 mL (lactulosa 3.335 g/5 mL). Solución oral. Envase con 150 mL o</p> <p>Lactulosa 10 g. En polvo para solución oral. Sobre con 10 g de lactulosa o</p> <p>Lactulosa 10 g / 15 mL (lactulosa 66.7 g/100 mL). Solución oral. Envase con 200 mL o</p> <p>Lactulosa 667 mg/mL. Solución oral. Envase con 250 mL</p>	<p>33-7135</p>	<p>R</p>	<p>2D</p>
<p>1- Para encefalopatía portosistémica.</p> <p>2- Constipación severa que no se resuelve con otros medicamentos. Uso exclusivo especialistas de Medicina Interna, Geriátría, Pediatría, Cirugía Pediátrica, Gastroenterología, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Emergencias y Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas y especialistas médico quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar.</p> <p>3- Para desimpactación fecal en niños menores de 1 año, solo prescripción por Pediatría, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018.</p> <p>4- Para la desimpactación fecal en niños de 1 a 3 años de edad, o en mayores de 3 años con contraindicación documentada al aceite mineral, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018 desde el primer nivel de atención.</p> <p>5- En pacientes pediátricos con impactación fecal que presenten una o más de las siguientes condiciones, deben proceder según lo indicado en GM-CCF-3697-2022 Lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falla terapéutica a lactulosa. - Reacciones adversas a lactulosa - Por sus comorbilidades (trastorno autista, encefalopatía crónica no progresiva, parálisis cerebral infantil, trastornos psiquiátricos, enfermedades neuromusculares degenerativas) no acepten o toleren la lactulosa - Diabetes mellitus - Galactosemia 			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-31 acordó incluir la información que hace referencia a la alternativa terapéutica a la lactulosa en las condiciones enlistadas en GM-CCF-3697-2022: Lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional .</p>			

Octreótida 0.1 mg/mL (como acetato de octreótida)	32-4370	RE	2B
<i>Solución inyectable. Ampolla con 1 mL</i>			
<p>1- Uso exclusivo intrahospitalario</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sangrado digestivo alto producido por varices esofágicas. Prescripción por médico especialista. b. Fistulas enterocutáneas de alto gasto, según protocolo CCF-0555-02-14. Prescripción por Comisión de Soporte Nutricional Enteral y Parenteral. <p>2- Se autoriza para uso intra o extrahospitalario solamente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Síndrome carcinoide (inicio de tratamiento). Prescripción por Oncología Médica. b. Acromegalia. Prescripción por Endocrinología. c. Manejo de la obstrucción intestinal maligna para reducción de secreciones intestinales, según protocolo DFE-AMTC-1728-2023. Prescripción por Oncología Médica, Medicina Paliativa. En el caso de Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas (Médico General capacitado, solamente cuando no dispone de especialista en Medicina Paliativa en la Unidad o durante la atención domiciliar). <p><i>Anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según indicación o protocolo establecido.</i></p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2023-35 acordó modificar el nivel de usuario de 2-A a 2B para el medicamento Octreótida 0.1 mg/mL (como acetato de octreótida) solución inyectable código 1-10-32-4370 (almacenable); complementariamente, se aclara la redacción de los lineamientos de uso y se actualiza la referencia para el protocolo de manejo de la obstrucción intestinal maligna para reducción de secreciones intestinales, según DFE-AMTC-1728-2023.</p>			

<p>Propofol al 1 % (10 mg/mL) emulsión inyectable. Jeringa prellenada con 20 mL o Propofol al 1 % (10 mg/mL) emulsión inyectable.frasco ampolla con 20 mL o Propofol al 1 % (10 mg/mL) emulsión inyectable. Ampolla con 20 mL</p>	18-4485	HRE	2B
<ol style="list-style-type: none"> 1- Uso exclusivo de Anestesiología, según protocolo autorizado por el Comité Central de Farmacoterapia, para cirugía ambulatoria, pacientes asmáticos y pacientes epilépticos. 2- Uso exclusivo de Cuidados Intensivo para inicio y continuación en la sedación en pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva y en Unidades de Cuidados Intensivos con condiciones adecuadas para el manejo de estos pacientes, con los siguientes diagnósticos: <ol style="list-style-type: none"> a. Estatus epiléptico refractario. b. Broncoespasmo c. Trauma creaneoencefálico e hipertensión endocraneana. 3- Uso exclusivo de Anestesia y Cuidados Intensivos para continuación de sedación en pacientes en periodo posoperatorio inmediato. 4- Uso exclusivo de Anestesiología, Cuidados Intensivos para la sedación superficial y de corta duración para realizar procedimientos invasivos dolorosos. Se debe contar con equipo de soporte ventilatorio inmediato y monitoreo constante. 5- Uso exclusivo para Gastroenterología para procedimientos endoscópicos digestivos altos, en pacientes ASA 1 o 2, siempre y cuando se cuente con un médico especialista con entrenamiento en soporte cardiaco avanzado, que de forma exclusiva dé seguimiento a las variables hemodinámicas y respiratorias del pacientes, además se debe disponer de las condiciones e insumos requeridos para satisfacer el manejo de cualquier complicación y el cuidado posterior al procedimiento. Es responsabilidad del director médico del centro hospitalario certificar el entrenamiento y competencias de los médicos especialistas capacitados en el manejo de estas condiciones. 			
<p>Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-18-4485 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 14308 publicada en La Gaceta 139 del 01-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-18.</p>			

Tiotropio (como bromuro de tiotropio monohidratado) 2.5 microgramos por pulsación	23-7680	RE	2A
Solución para aerosol para inhalación oral. Envase con 4.5 mL con dispositivo dosificador no recargable			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso exclusivo por especialista en Neumología para pacientes con diagnóstico de: 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 <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el 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></p>			
Observaciones: Se actualizan los lineamientos de uso del Tiotropio (como bromuro de tiotropio monohidratado) 2.5 microgramos por pulsación código 1-10-23-7680 (almacenable) según acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-36			

Trastuzumab 600 mg/5ml (120 mg/ml). Solución inyectable. Frasco ampolla de 6 ml que contiene 5 ml de solución inyectable. No contiene preservantes. (OPCIÓN 1)	41-4653	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción de la opción 1 correspondiente al medicamento código 1-10-41-4653 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 62111 publicada en La Gaceta No. 139 del 01-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-18			

Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. (OPCIÓN 2)	41-9005	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción de la opción 2 correspondiente al medicamento código 1-10-41-9005 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 62111 publicada en La Gaceta No. 139 del 01-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-18			

Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla (OPCIÓN 4).	41-9007	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción de la opción 4 correspondiente al medicamento código 1-10-41-9007 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 62111 publicada en La Gaceta No. 139 del 01-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-18			

Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla. (OPCIÓN 5)	41-9008	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: Se actualiza la descripción de la opción 5 correspondiente al medicamento código 1-10-41-9008 (almacenable) con base en la ficha técnica vigente versión CFT 62111 publicada en La Gaceta No. 139 del 01-08-2023 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-18			

Trastuzumab 440 mg. Polvo liofilizado para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla. (OPCIÓN 6)	41-9009	HE	3A
Uso exclusivo Oncología Médica.			
Observaciones: En concordancia con la Normativa LOM en su Capítulo II, apartado II.2. "Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS" y cumpliendo el acuerdo de la Sesión 2023-12 del Comité Central de Farmacoterapia, se identifican cada una de las opciones de medicamento biotecnológico para trastuzumab con su respectivo código [el cual podrá estar asociado únicamente a un laboratorio fabricante con su respectivo país de origen y número de registro sanitario del Ministerio de Salud de Costa Rica], que se encuentran enlistadas en la respectiva ficha técnica vigente, lo cual va a permitir su trazabilidad. Se hace de conocimiento la opción 6 de trastuzumab correspondiente al código 1-10-41-9009 (almacenable), según ficha técnica vigente versión CFT 62111 publicada en el Diario Oficial La gaceta No. 139 del 01-08-2023.			

II.B. SECCIÓN O

Agua estéril para uso externo	50-3085	HM	1A
<i>Bolsa o envase con 250 mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-3085 (almacenable) , “agua estéril para irrigación” por el actual “agua estéril para uso externo” con base en la ficha técnica vigente versión CFT 76801 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 154 del 24-08-2023.			

Agua estéril para uso externo	50-3095	HM	1A
<i>Bolsa o envase con 500mL</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-50-3095 (almacenable) , “agua estéril para irrigación” por el actual “agua estéril para uso externo” con base en la ficha técnica vigente versión CFT 56903 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 154 del 24-08-2023.			

III. NORMATIVA

El Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2023-33 extraordinaria, celebrada el 11 de agosto 2023, avaló la modificación de la normativa LOM correspondiente al apartado sobre el *requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes*. Como complemento, se incorporan el formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes (Anexo 12 de la LOM) y formulario de aceptación sobre la solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (Anexo 13 de la LOM). A continuación se presenta tabla comparativa para facilitar la visualización de los cambios y los anexos mencionados anteriormente:

ANTERIOR	ACTUAL AVALADA SESIÓN 2023-33													
<p>REQUERIMIENTO EXCEPCIONAL DE UN DESPACHO DE RECETAS POR UN PERIODO MAYOR A UN MES.</p> <p>III.2.19 Ante una necesidad excepcional para el despacho de medicamentos LOM por un periodo mayor a 30 días (por ejemplo: por viaje fuera del país):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La farmacia debe instruir al paciente para presentar la solicitud formal debidamente justificada junto con las recetas y el comprobante de viaje donde se indique la duración del mismo (Ej. Tiquete de viaje, etc.) a la Jefatura del Servicio de Farmacia del centro de salud de adscripción del paciente en donde está recibiendo el seguimiento y control médico. b. El análisis de la solicitud para despacho de medicamentos LOM y NO LOM en forma excepcional por periodos mayores a un mes corresponderá su resolución a: <table border="1" style="margin-left: 40px; margin-top: 20px;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="text-align: center;">Responsable del análisis y autorización de las solicitudes</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Periodo</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Medicamento</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">LOM</th> <th style="text-align: center;">NO LOM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Servicio de Farmacia</td> <td style="text-align: center;">> 30 días a ≤ 3 meses</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Comité Local de Farmacoterapia</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">> 30 días a ≤</td> </tr> </tbody> </table>	Responsable del análisis y autorización de las solicitudes	Periodo		Medicamento		LOM	NO LOM	Servicio de Farmacia	> 30 días a ≤ 3 meses	-	Comité Local de Farmacoterapia	-	> 30 días a ≤	<p>REQUERIMIENTO EXCEPCIONAL DE UN DESPACHO DE RECETAS POR UN PERIODO MAYOR A UN MES.</p> <p>III.2.19 Ante una necesidad excepcional para el despacho de medicamentos LOM o NO LOM por un periodo mayor a 30 días (por ejemplo: viaje fuera del país), la farmacia debe informar al paciente que es su responsabilidad la realización con antelación de las gestiones del caso e instruir para presentar ante el Servicio de Farmacia del centro de salud de adscripción del paciente, los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes (Anexo 12). b. Presentación del documento de identidad (cédula de identidad para nacionales y el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros) de la persona que solicita (Paciente o representante legal del paciente). c. En caso de contar con recetas impresas, adjuntarlas. d. En caso de viaje fuera del país, adjuntar comprobante que evidencie la fecha de egreso del país. e. Autorización emitida por la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud, para el caso de los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes (en el Servicio de Farmacia se le informará al paciente como proceder y la documentación necesaria para que realice este trámite). <p>III.2.20 La farmacia del centro de salud de adscripción del paciente debe revisar:</p>
Responsable del análisis y autorización de las solicitudes		Periodo												
		Medicamento												
	LOM	NO LOM												
Servicio de Farmacia	> 30 días a ≤ 3 meses	-												
Comité Local de Farmacoterapia	-	> 30 días a ≤												

ANTERIOR	ACTUAL AVALADA SESIÓN 2023-33		
<table border="1" data-bbox="427 275 846 365"> <tr> <td data-bbox="427 275 643 365"></td> <td data-bbox="643 275 846 365">3 meses</td> </tr> </table> <p data-bbox="427 405 870 758">c. La entrega máxima conjunta de medicamentos en forma excepcional se limitará a un periodo máximo de hasta 3 meses no prorrogables; lo anterior, acorde con la territorialidad de la prestación de los servicios de salud, el abastecimiento, el manejo adecuado de los medicamentos y del seguimiento médico correspondiente.</p> <p data-bbox="427 764 870 1220">d. En el caso de medicamentos psicotrópicos, la farmacia instruirá al paciente sobre cómo proceder y la documentación necesaria para solicitar la autorización ante la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes del Ministerio de Salud. Es responsabilidad del paciente realizar las gestiones del caso, así como retirar la autorización emitida por dicha Junta y presentarla a la farmacia para el respectivo despacho y por el tiempo autorizado.</p> <p data-bbox="354 1226 870 1514">III.2.20 La farmacia debe revisar las existencias de previo con el fin de no causar perjuicio a otros pacientes que requieren también esos medicamentos, dado que la Institución asigna los presupuestos de despacho por cuotas mensuales. En casos excepcionales, podrá solicitar un extrapedido para atender necesidad.</p> <p data-bbox="354 1520 870 1682">III.2.21 La farmacia debe revisar las fechas de vencimiento de los productos, con el fin de que las cantidades despachadas sean acordes con la fecha de expiración. La Institución no está comprometida para</p>		3 meses	<p data-bbox="971 275 1412 436">a. Perfil del paciente en SIFA del centro de salud de adscripción. En caso necesario, podría requerirse la solicitud del perfil al centro de mayor complejidad.</p> <p data-bbox="971 443 1412 569">b. Para medicamentos no LOM: la fecha de aprobación y clave (emitida por el CCF o por delegación CLF o AMTC); asimismo, la vigencia.</p> <p data-bbox="971 575 1412 835">c. Existencias de los medicamentos (LOM y no LOM), con el fin de no causar perjuicio a otros pacientes que requieren también de esos medicamentos (en casos excepcionales, se podría solicitar un extrapedido para los medicamentos LOM).</p> <p data-bbox="971 842 1412 1129">d. Fechas de vencimiento de los productos, con el fin de que las cantidades despachadas sean acordes con la fecha de expiración. La Institución no está comprometida para adquirir medicamentos en forma individual para cubrir lapsos de tiempo mayores a los que permite la expiración del producto.</p> <p data-bbox="889 1136 1412 1591">III.2.21 El análisis y resolución de la solicitud le corresponderá a la Jefatura del Servicio de Farmacia o la persona designada para ese efecto: La aprobación/despacho será por un máximo de hasta 3 meses (> 30 días a ≤ 3 meses) <i>no prorrogables</i>. Solicitudes por periodos mayores a los 3 meses, no podrán ser autorizadas a nivel local; tampoco, deberán ser trasladadas al CCF; por cuanto no es posible otorgar la excepcionalidad de despacho por un periodo mayor; de acuerdo con el <i>Reglamento de Seguro de Salud de la CCSS</i>.</p> <p data-bbox="971 1598 1412 1682">a. Para el despacho, según procedimientos establecidos para cada modalidad:</p>
	3 meses		

ANTERIOR	ACTUAL AVALADA SESIÓN 2023-33
<p>adquirir medicamentos en forma individual para cubrir lapsos de tiempo mayores a los que permite la expiración del producto.</p> <p>III.2.22 Tras disponer de la respectiva autorización, en la farmacia y al momento del despacho ampliado de la medicación, el paciente (o su representante legal):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Debe firmar una declaración donde consta las cantidades recibidas, las instrucciones para su uso y la exoneración de responsabilidad de la Institución por cualquier situación que pueda generarse por su manejo. b. Debe ser informado sobre su responsabilidad para el uso de los medicamentos entregados, los posibles efectos adversos y la necesidad del seguimiento clínico, así como cualquier otra recomendación en referencia a la educación del paciente. <p>III.2.23 En caso de solicitudes subsiguientes, las mismas se revalorarán siguiendo este procedimiento para cada solicitud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Recetas impresas: establecerá mecanismos para llevar el control de las autorizaciones. – Recetas electrónicas: mediante la funcionalidad en SIFA (que se encuentra en el perfil JEFAT>ARCHIVO>AUTORIZACIÓN ADELANTO DE RECETAS COPIAS SEGÚN LOM) autorizará las recetas a tramitar e incluirá la justificación en la casilla de observaciones. <p>III.2.22.Tras disponer de la respectiva autorización, en la farmacia y al momento del despacho ampliado de la medicación, el paciente (o su representante legal):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Debe firmar un formulario de aceptación sobre la solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (Anexo 13) [quedará en custodia del servicio de farmacia] donde consta las cantidades recibidas, la exoneración de responsabilidad de la Institución por cualquier situación que pueda generarse por su manejo. b. Debe ser informado sobre su responsabilidad para el uso de los medicamentos entregados, la necesidad del seguimiento clínico, así como cualquier otra recomendación pertinente en referencia a la educación del paciente. <p>III.2.23 En caso de que se deba tramitar otra solicitud excepcional de despacho de recetas por un periodo mayor a un mes, que no sea continua, se deberá realizar desde el inicio, el procedimiento establecido anteriormente. No se autoriza la realización de este trámite de forma consecutiva <i>por lo que debe existir al menos un mes de diferencia entre el último mes de tratamiento despachado y la siguiente solicitud.</i></p>

ANEXO 12



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Nombre del centro de salud
Servicio de Farmacia

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE
DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN
PERIODO MAYOR A UN MES**

Quien suscribe, _____
número de documento de identidad _____ en mi calidad de
() Persona paciente () Representante legal del paciente: _____

DECLARO LO SIGUIENTE:**Primero:** Que por motivo de (Marque con una x la opción que corresponda):

() Viaje fuera del país por un tiempo de _____ (máximo 3 meses)
Fecha de salida del país: _____ Fecha de regreso al país _____
(día/mes/año) (día/mes/año)

() Viaje dentro del territorio nacional por un tiempo
de _____ (máximo 3 meses)
Justifique: _____

() Otro. Justifique: _____

Segundo: Que, por lo anterior, requiero que el Servicio de Farmacia de mi centro de adscripción, me autorice el adelanto y despacho excepcional de mis recetas por un periodo de _____ mes(es) (máximo 3 meses).

Tercero: Que la información con la que completo este formulario de solicitud es verdadera y comprobable.

Realizo esta solicitud y firmo al ser las _____ horas del día _____ del mes
de _____ del año _____, en _____
(centro de salud al que se encuentra adscrito).

Nombre de la persona paciente o representante legal	Firma	No. documento de identidad

ANEXO 13



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Nombre del centro de salud
 Servicio de Farmacia

**FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE
 DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN
 PERIODO MAYOR A UN MES**

Quien suscribe, _____,
 número de documento de identidad _____, en mi calidad
 de () Persona paciente () Representante legal del
 paciente: _____, dejo constancia de que, tras mi
 solicitud, el Servicio de Farmacia de mi centro de salud autorizó en forma excepcional el
 despacho adelantado de recetas por un periodo mayor a un mes, por lo que retiré los
 siguientes medicamentos, con las siguientes dosis y cantidades correspondientes a
 _____ mes(es) (*máximo 3 meses*):

Medicamento	Dosis	Cantidad	Fecha de vencimiento

Soy consciente sobre mi responsabilidad con el uso de estos medicamentos y la necesidad del seguimiento y control médico. De esta forma exoneró a la CCSS de cualquier responsabilidad por cualquier situación que pueda generarse por su manejo.

Nombre de la persona paciente o quien retira	Firma	No. documento de identidad
Nombre del funcionario del Servicio de Farmacia que entrega	Firma	Fecha de entrega

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

Coordinador : Dr. Ricardo Pérez Gómez .

Secretaría Técnica : Dra. Olga Paola Vásquez Barquero

Miembros permanentes:

- Dra. María Paz León Bratti. Representante de Medicina Interna
- Dra. Faridy Helo Guzmán. Representante de Geriatria.
- Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes. Representante de Pediatría.
- Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela. Representante de Cardiología.
- Dr. Gilberth Benavides Gómez. Representante de Medicina General.
- Dr. Osvaldo Montenegro García. Representante de Farmacias de Hospitales Nacionales.
- Dra. Maureen Villalobos Ugalde. Representante Colegio de Médicos y Cirujanos.
- Dr. Andrés Vargas Araya. Representante de Farmacias de Áreas de Salud.
- Dr. Alberth Núñez Chavarría. Representante del Colegio de Farmacéuticos.
- Dra. Mariana Astúa González. Representante de SIPROCIMECA.
- Dra. Kimberly María Méndez Porras. Representante Unión Médica Nacional

Asesores

- *Infectología:* Dr. Manuel Ramírez Cardoce
- *Reumatología:* Dr. Marvin Sánchez Benavides
- *Neurología:* Dr. Sixto Bogantes Ledezma
- *Hematología:* Pilar Chaverri Sáenz
- *Medicina Paliativa:* Maribel Vargas de León

Asesora Legal: Licda. Laura Quesada Soto



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**

**OFICINAS CENTRALES
EDIFICIO LAUREANO ECHANDI
PISO No. 7**

**TELÉFONO (CENTRAL): 2539-0000.
EXTENSIONES: 8601. 8602
FAX: 2539-1087**

**ESTE BOLETÍN PUEDE SER CONSULTADO EN
LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL:**

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

Y EN

LA PÁGINA WEB DEL BINASSS:
<https://www.binasss.sa.cr/farmacologia/index.php>

**ÓRGANO EJECUTOR DE LAS DECISIONES DEL
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA:**

Dirección de Farmacoepidemiología¹

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