

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos

Comité Central de Farmacoterapia



Año 27 Número 79

Diciembre 2025



Actualización

Lista Oficial de Medicamentos – CCSS –

CONFORMACIÓN CCF

Dr. Ricardo Pérez Gómez	– <i>Coordinador</i>
Dra. Olga Paola Vásquez Barquero	– <i>Secretaría Técnica</i>

Miembros permanentes:

Dr. Maria Paz León Bratti
Dra. Faridy Helo Guzmán
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes
Dr. Gilberth Benavides Gómez
Dr. Osvaldo Montenegro García
Dra. Maureen Villalobos Ugalde
Dra. Laura Perlaza Valenciano
Dr. Alberth Núñez Chavarría
Dra. Mariana Astúa González
Dr. Néstor Azofeifa Delgado

Representante de:

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

Asesores:

Dr. Mauricio Mora Díaz	– <i>Infectología</i>
Dr. Marvin Sánchez Benavides	– <i>Reumatología</i>
Dr. Sixto Bogantes Ledezma y Dr. José Lee Chang Segura	– <i>Neurología</i>
Dra. Pilar Chaverri Sáenz	– <i>Hematología</i>
Dra. Maribel Vargas de León y Dra. Priscilla Mesén Aguilar	– <i>Medicina Paliativa</i>
Licda. Zeidy Benavides Campos	– <i>Asesora Legal</i>

INCLUSIONES

Con base en la Normativa LOM, Capítulo IV:

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

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

A continuación, se enlistan los medicamentos que el Comité Central de Farmacoterapia avaló para su inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y lineamientos respectivos:

Medicamentos almacenables

Miltefosina 50 mg.	01-1196	R	1A
Cápsula			
1. Para prescripción desde medicina general – Como primera línea de tratamiento sistémico en leishmaniasis cutánea en niños mayores de 30 kg de peso. – Como segunda línea de tratamiento sistémico de leishmaniasis cutánea, con falla terapéutica a dos ciclos de antimoniales pentavalentes en adultos.			
2. Como tercera línea de tratamiento sistémico de leishmaniasis mucosa o mucocutánea para uso exclusivo de Dermatología.			

No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-17 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-01-1196 correspondiente a miltefosina 50 mg cápsula .

Omalizumab 75 mg	23-4380	HRE	2A
Solución inyectable			
1. Prescripción por especialista en Neumología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, y cumpliendo con el lineamiento GM-CCF-4963-2024, para el tratamiento de asma alérgica severa o asma tipo 2 mixta en el paso 5 de GINA, en niños a partir de los 6 años y adultos. Dosis: 150-375 mg SC cada 2 a 4 semanas, la dosis máxima será de 750 mg cada 4 semanas, la dosis se debe individualizar basado en niveles de IGE y peso corporal. Se requiere de llenado del formulario correspondiente según el lineamiento, el cual debe ser analizado en la sesión clínica y custodiado por el servicio de neumología correspondiente. Para la prescripción solo se requiere anotar el diagnóstico en el EDUS, indicar en la casilla de observaciones de la receta el criterio correspondiente que justifique su uso y número de sesión en el que fue conocido el caso. 2. Para prescripción por especialista en Alergología, Dermatología e Inmunología, para el tratamiento de urticaria, con una dosis de 300 mg cada 4 semanas, según lineamiento.			
Observaciones: Se incluye en la LOM el medicamento código 1-10-23-4380 correspondiente a una nueva presentación que contiene omalizumab 75 mg solución inyectable . Lo anterior con base en acuerdo de la Sesión 2025-33 del Comité Central de Farmacoterapia.			

Rifaximina 550 mg	02-1569	RE	2C
Tableta recubierta			
Para uso exclusivo de especialistas en Gastroenterología, especialistas Médico-Quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar:			
1.Como primera línea terapéutica para la profilaxis secundaria de encefalopatía hepática, en pacientes intolerantes a los disacáridos no absorbibles o después de haberlos utilizado y que no se haya demostrado un beneficio. 2.Como segunda línea terapéutica en pacientes con cirrosis y episodios previos de encefalopatía hepática manifiesta, se autoriza su uso dentro de los 6 meses posteriores al primer episodio No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-23, avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-02-1569 correspondiente a rifaximina 550 mg tableta recubierta .			

Vacuna contra el virus de la fiebre amarilla. Polvo liofilizado para suspensión inyectable	44-4856	R	1A
Bajo esquema especial preventivo para aplicación únicamente para viajeros costarricenses y extranjeros residentes en el país que viajan a países de riesgo según lo establecido en el reglamento sanitario internacional y/o países que emitan alertas de riesgo para esta enfermedad, en concordancia con lo acordado por la comisión nacional de vacunación y epidemiología			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-47 avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-44-4856 correspondiente a la vacuna contra el virus de la fiebre amarilla .			

Medicamentos de la Lista Complementaria-Z

Brimonidina 0,2% (2 mg/ml).	45-6391 Z	RE	2C
Solución oftálmica			
Para uso exclusivo por el Servicio de Oftalmología, bajo las siguientes indicaciones: tratamiento del glaucoma de ángulo abierto como cuarta línea farmacológica, posterior al uso de timolol, dorzolamida y latanoprost, ya sea que estos hayan sido utilizados de forma individual o en combinación, o bien, cuando el paciente presente alguna contraindicación para el uso de dichas opciones previas.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia avaló la inclusión a la LOM del medicamento código 1-10-45-6391 en la Lista Complementaria-Z correspondiente a brimonidina 0.2% solución oftálmica .			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Ácido ascórbico 500 mg. Tableta, tableta masticable o tableta efervescente o Ácido ascórbico 250 mg más ascorbato sódico 281,25 mg o ácido ascórbico 260 mg más ascorbato de sodio 290 mg. Tableta o tableta masticable	42-0070	M	1A
No se autoriza el uso en los servicios de emergencias			
Observaciones: Se <i>actualiza la descripción del código 1-10-42-0070</i> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 7707 publicada en La Gaceta No. 167 del 08-09-2025.			

Alendronato (como sal monosódica trihidratada) equivalente a 70 mg de ácido alendrónico	14-0685	RE	2D
Tabletas			
Prescripción por especialista para el tratamiento de osteoporosis primaria. Tiempo máximo de tratamiento: 5 años.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-38 <i>actualizó el lineamiento</i> para la prescripción del <i>medicamento código 1-10-14-0685 correspondiente a alendronato (como sal monosódica trihidratada) equivalente a 70 mg de ácido alendrónico</i> , para ser utilizado en el <i>tratamiento de la osteoporosis primaria por un máximo de 5 años</i> .			

Amfotericina B liposomal 1 mg/ml. Suspensión inyectable. Frasco ampolla con 50 ml o Amfotericina B 50 mg (intercalada en membrana liposomal). Polvo liofilizado para suspensión inyectable. Frasco ampolla	04-3171	HRE	2A
– Prescripción por Infectología para el tratamiento de meningoencefalitis por <i>Cryptococcus</i> sp, histoplasmosis diseminada progresiva, infecciones mucorales, en pacientes con inmunosupresión profunda por uso de medicamentos inmunosupresores en el contexto de patología autoinmune, trasplante de órgano sólido o célula madre hematopoyéticas, infección por VIH, mielosupresión post quimioterapia. – Para los médicos especialista de las Clínicas de VIH para el tratamiento de meningitis por criptococo en pacientes con infección por VIH. Dosis única de 10 mg/kg IV. Se debe anotar el diagnóstico en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso. Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-51 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-04-3171 correspondiente a amfotericina B liposomal, a los médicos especialistas de las clínicas de VIH para el tratamiento de pacientes con infección VIH y meningitis por criptococo, mediante la administración de una dosis única de 10 mg/kg por vía intravenosa.			

Beclometasona 50 ug/dosis	50-6315	R	1 A
Suspensión para inhalación nasal.			
Uso exclusivo en rinitis alérgica, poliposis nasal y sinusitis.			
Oftalmología para ser utilizado en pacientes sometidos a dacriocistorinostomía (máximo 1 mes).			
Medico general de acuerdo con lineamiento estratégico APER.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-50-6315 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 70206 publicada en La Gaceta No. 197 del 21-10-2025			

Bedaquilina (como fumarato de bedaquilina) 100 mg	02-0200	RE	1 A
Tableta			
Uso exclusivo de Neumología e Infectología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-02-0200 correspondiente a bedaquilina (como fumarato) 100 mg tableta , a los médicos especialistas en Infectología para el manejo de pacientes con tuberculosis resistente según programa DOTS.			

Bupivacaína hidrocloreuro 0.5% (5 mg/mL)	19-3240	HE	2C
<i>Sin preservante. Solución inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla con 10 mL a 20 mL</i>			
1. Uso exclusivo Anestesiología y Recuperación, Oftalmología, Medicina Física y Rehabilitación			
2. Uso de Medicina Paliativa para bloqueos regionales anestésicos y analgésicos			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-19-3240 correspondiente a bupivacaína HCl 0.5% solución inyectable , a los especialistas en Medicina Paliativa para ser utilizado en bloqueos regionales anestésicos y analgésico.			

Ceftazidima base 1 g (como ceftazidima pentahidrato)	02-3272	HRE	2B
Polvo para inyección.			
- Todas las especialidades hasta por 72 horas. - Medicina Interna, Hematología, Oncología Médica, Geriátría, Pediatría y Nefrología hasta 7 días. - Cuidado Intensivo hasta 14 días. Para las siguientes indicaciones específicas: a. Tratamiento de infecciones bacterianas en las que se sospecha o confirma participación por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> o <i>Acinetobacter spp.</i>: - Terapia empírica hasta por 72 horas y terapia dirigida hasta por 7 días b. Terapia empírica en episodios de neutropenia y fiebre en pacientes hemato-oncológicos hasta por 7 días. Para la prescripción como terapia empírica el especialista deberá anotar en el espacio de observaciones el factor de riesgo para sospecha de bacilos gram negativos no fermentadores de lactosa (en caso de no hacerlo la farmacia no podrá despachar el producto): - Exposición previa a al menos 72 horas de terapia antimicrobiana de amplio espectro (piperacilina/tazobactama, cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas). - Estancia prolongada en unidad con epidemiología local que incluye a estos gérmenes. - Paciente inmunocomprometido - Colonización previa por estos microorganismos. Infectología valora duraciones mayores a las anteriores. En centros de salud donde no se cuente con los especialistas antes autorizados, deben ser discutidas con infectología de la red. Para inicio de terapia empírica, debe ajustarse a la epidemiología local y a los perfiles de sensibilidad bacterianos y a las estrategias de optimización del uso de antibióticos mientras se cuenta con el antibiograma y otros estudios complementarios (moleculares, serologías, biomarcadores y presepsina). Previo al inicio de la terapia empírica se debe proceder a la toma de cultivos necesarios. Nota: en caso de no contar con especialista para inicio de tratamiento puede ser autorizado por la jefatura de guardia hasta por 72 horas.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-02-3272 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 20109 publicada en La Gaceta No. 212 del 11-11-2025.			

Clofazimina 100 mg. Tableta recubierta o clofazimina 100 mg. Cápsula blanda	02-0325	RE	1 A
- Uso exclusivo de Neumología e Infectología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS - Solamente prescripción por Infectología para el tratamiento de micobacterias ambientales. Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-02-0325 correspondiente a clofazimina 100 mg (tableta o cápsula), a los especialistas en Infectología para el manejo de pacientes con tuberculosis resistente según programa DOTS.			

Clopidogrel 75 mg (como bisulfato de clopidogrel)	11-1775	RE	2C
Tableta recubierta			
1. Uso exclusivo Cardiología, Cirugía de Tórax, Medicina Interna, Neurología, Geriátrica, Terapia Intensiva (Médica), Medicina de Emergencias, Medicina Familiar y Comunitaria, y para Stent no coronarios: Vascular Periférico, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Nefrología según lineamientos institucionales establecidos en protocolo CCF-3746-08-17. 2. Para uso de Hematología, bajo la indicación de profilaxis de eventos trombóticos en pacientes con contraindicación por hipersensibilidad documentada a la aspirina.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-51 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-11-1775 correspondiente a clopidogrel 75 mg (como bisulfato) tableta recubierta , a los especialistas en Hematología para ser utilizado en la profilaxis de eventos trombóticos en pacientes con contraindicación por hipersensibilidad documentada a la aspirina .			

Dexametasona fosfato 4 mg/ mL	34-3420	HM	1A
Solución inyectable			
Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional solamente para: – Pacientes atendidos por Medicina Paliativa y Clínicas del dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas. – Pacientes atendidos por especialistas en Alergología para uso exclusivo en el manejo de emergencia de anafilaxia con reposición por parte de medicina general, siempre y cuando quede documentado en expediente que el paciente y/o persona a cargo: a. Fue capacitado previamente para reconocer los síntomas de anafilaxia. b. Recibió información para la conservación, almacenaje, revisión de fechas de vencimiento de los medicamentos, disposición del producto y jeringa después de utilizado y, sobre la reposición de los medicamentos. c. Cuenta con entrenamiento previo para la correcta administración de los medicamentos. d. Se instruyó para que después de administrarse el medicamento para el manejo de la anafilaxia, debe dirigirse inmediatamente al centro de salud más cercano.			
Vía de administración: intramuscular, intravenosa, intraarticular, intralesional, tejidos blandos.			
Observaciones: Se actualiza al descripción del código 1-10-34-3420 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 37507 publicada en La Gaceta No. 167 del 08-09-2025			

Esponja de gelatina absorbible	12-6860	HE	2B
Uso exclusivo Cirugía			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-12-6860 , con base en la ficha técnica CFT 36505 publicada en La Gaceta No. 176 del 22-09-2025.			

Everolimus 0.5 mg	41-0691	RE	2B
Comprimido			
- Prescripción por especialista en Nefrología para manejo de pacientes en tratamiento con tacrolimus y que requieren uso de inhibidor MTOR como terapia de novo, conversión temprana y tardía y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios: - Toxicidad inducida por calcineurínicos documentada (nefro o neurotoxicidad). - Antecedentes o diagnóstico actual de neoplasia de piel no melanocítica [cáncer de piel no melanocítico incluye principalmente neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos]. - Riesgo de infección por citomegalovirus por donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 1000 copias/ml) en receptor negativo por CMV - Infección por citomegalovirus con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 1000 copias/ml) conversión temprana o tardía. - Unidades de Trasplante Hepático en pacientes trasplantados hepáticos que desarrollen nefrotoxicidad demostrada durante tratamiento con tacrolimus. El diagnóstico y cumplimiento de los requisitos de prescripción debe quedar consignado en el espacio de observaciones cuando se realiza la receta de lo contrario la farmacia no podrá despachar el medicamento. Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia actualizó en sesión 2025-38 los lineamientos de uso del medicamento código 1-10-41-0691 correspondiente a everolimus 0.5 mg comprimido, modificando en el apartado No.1 y puntos c y d, el valor de carga viral por CMV de > 2.000 copias/mL a > 1.000 copias/mL, quedando de la siguiente manera: Apartado 1: - Riesgo de infección por citomegalovirus por donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 1000 copias/ml) en receptor negativo por CMV - Infección por citomegalovirus con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 1000 copias/ml) conversión temprana o tardía.			

Everolimus 0.75 mg	41-0692	RE	2B
Comprimido			
- Prescripción por especialista en Nefrología para manejo de pacientes en tratamiento con tacrolimus y que requieren uso de inhibidor MTOR como terapia de novo, conversión temprana y tardía y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios: - Toxicidad inducida por calcineurínicos documentada (nefro o neurotoxicidad). - Antecedentes o diagnóstico actual de neoplasia de piel no melanocítica [cáncer de piel no melanocítico incluye principalmente neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos]. - Riesgo de infección por citomegalovirus por donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 1000 copias/ml) en receptor negativo por CMV - Infección por citomegalovirus con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 1000 copias/ml) conversión temprana o tardía. - Unidades de Trasplante Hepático en pacientes trasplantados hepáticos que desarrollen nefrotoxicidad demostrada durante tratamiento con tacrolimus.			

El diagnóstico y cumplimiento de los requisitos de prescripción debe quedar consignado en el espacio de observaciones cuando se realiza la receta de lo contrario la farmacia no podrá despachar el medicamento.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia **actualizó** en sesión 2025-38 los **lineamientos de uso del medicamento código 1-10-41-0692 correspondiente a everolimus 0.75 mg comprimido, modificando en el apartado No.1 y puntos c y d, el valor de carga viral por CMV de > 2.000 copias/mL a > 1.000 copias/mL**, quedando de la siguiente manera:

Apartado 1:

- c. Riesgo de infección por citomegalovirus por donante positivo con evidencia replicativa (carga viral por CMV mayor 1000 copias/ml) en receptor negativo por CMV
- d. Infección por citomegalovirus con evidencia de infección replicativa (carga viral mayor 1000 copias/ml) conversión temprana o tardía.

Fenofibrato 250 mg	13-1025	RE	1A
Capsula de liberacion prolongada			
Prescripción por médicos especialistas, y por médicos de la clínica de VIH para manejo de hipertrigliceridemia en las siguientes condiciones:			
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).			
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			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-40 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-13-1025 correspondiente a fenofibrato 250 mg cápsula de liberación prolongada , autorizando su prescripción por parte de los médicos especialistas, conforme a los lineamientos establecidos para su utilización.			

Filgrastim 300 ug	41-3825	RE	2 A
Solución inyectable.			
El filgrastim es un agente hematopoyético biosintético por tecnología ADN recombinante. No contiene preservantes.			
Uso exclusivo de Hematología, Oncología Médica, Reumatología, Medicina Interna, Inmunología e Infectología, según protocolo institucional CCF-5882-12-15.			
Uso por los servicios especializados en la atención de enfermedades raras y huérfanas			
Se autoriza su despacho para uso domiciliar o extrainstitucional solamente para pacientes de Hematología y Oncología Médica, con base en lo establecido a nivel institucional según protocolo CCF-5882-12-15			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-3825 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 15507 publicada en La Gaceta No. 167 del 08-09-2025.			

Fluoxetina (como hidrocloreto) 20 mg Cápsulas	29-0765	M	1A
En población pediátrica (edad mínima 7 años): prescripción por especialista Psiquiatría Pediátrica y Clínica del Adolescente			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-45 actualizó el lineamiento de uso del medicamento código 1-10-29-0765 correspondiente a fluoxetina (como hidrocloreto) 20 mg cápsula , estableciendo como edad mínima de utilización pediátrica los 7 años y precisando que su prescripción puede ser realizada por Psiquiatría Pediátrica .			

Fluticasona propionato 250 ug/dosis. Suspensión para inhalación oral. Envase presurizado con 60 dosis o Fluticasona propionato 250 µg/dosis. Suspensión para inhalación oral. Envase presurizado con 120 dosis	23-7015	RE	2A
1. Uso exclusivo por especialistas en Neumología, Medicina Interna, Geriatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Alergología e Inmunología para pacientes con diagnóstico de asma bronquial que requieren dosis de beclometasona LOM iguales o mayores de 800 ug/día en niños o entre 1200-1500 ug/día en adultos, sin un adecuado control de la enfermedad. 2. Prescripción por especialistas en Gastroenterología, Alergología e Inmunología para el manejo de pacientes con esofagitis eosinofílica que no responden a modificaciones en la dieta e inhibidores de bomba de protones, que no son candidatos a dietoterapia o cuyas manifestaciones clínicas sean muy severas requiere de educación/entrenamiento del paciente/responsable por parte del programa de Atención Farmacéutica/Servicio de Farmacia de la unidad donde se inició el tratamiento). Nota: uso de medicamento fuera de la indicación autorizada (debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado, anexo 11) No se requiere de llenado de formulario para su prescripción.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-45, avaló la actualización del lineamiento de uso del medicamento código 1-10-23-7015, correspondiente a fluticasona propionato 250 µg/dosis, eliminando la especialidad de Gastroenterología del punto 1, relativo al manejo de asma bronquial . El resto del lineamiento permanece sin modificaciones.			

Hierro dextrano: solución coloidal estéril de hidróxido férrico en un complejo con dextrano hidrolizado parcialmente de bajo peso molecular en agua para inyección. Contiene un equivalente a 50 mg de hierro elemental / ml. No contiene preservantes	13-4110	HRE	2D
Frasco ampolla con 2 ml o ampolla con 2 ml			
Prescripción por especialistas para el tratamiento de pacientes con anemia ferropriva que cumplan con los siguientes criterios: • Trastornos de la absorción. • Cuando la suplementación de hierro oral no puede usarse (ej. Debido a intolerancia o pérdida demostrada del efecto). • No presenta contraindicación al uso de hierro dextrano Según GM-CCF-3730-2025			
Observaciones: Con base en acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-42, se incorpora en el lineamiento de uso del medicamento código 1-10-13-4110 correspondiente a hierro dextrano , el documento identificado con el número GM-CCF-3730-2025, el cual contiene las recomendaciones para su administración parenteral .			

<i>Inmunoglobulina I.V. 2,5 g (50 mg/ml) (de proteína) inyectable.</i> <i>Solución estéril para infusión IV. Frasco ampolla con 50 ml o</i> <i>Inmunoglobulina I.V. 5,0 g (50 mg/ml) (de proteína). Inyectable.</i> <i>Solución estéril para infusión IV. Frasco ampolla con 100 ml o</i> <i>Inmunoglobulina IV 2,5 g (de proteína). Inyectable. Polvo liofilizado para inyección para infusión IV. Frasco ampolla. Con diluyente adjunto o</i> <i>Inmunoglobulina IV 3,0 g (de proteína). Inyectable. Polvo liofilizado para inyección para infusión IV. Frasco ampolla. Con diluyente adjunto o</i> <i>Inmunoglobulina IV 6,0 g (de proteína). Inyectable. Polvo liofilizado para inyección para infusión IV. Frasco ampolla. Con diluyente adjunto o</i> <i>Inmunoglobulina IV 2,5 g (de proteína) / 25 ml. inyectable. solución estéril para infusión IV. Frasco ampolla con 25 ml o</i> <i>Inmunoglobulina IV 5,0 g (de proteína) / 50 ml. Inyectable. Solución estéril para infusión IV. Frasco ampolla con 50 ml</i>	44-4035	HRE	2B
Uso de acuerdo con el lineamiento de uso institucional de IgG IV DFE-AMTC-0515-2024: - Prescripción exclusiva por Inmunología: síndrome de inmunodeficiencia primaria, inmunodeficiencias secundarias (incluyendo agammaglobulinemia e hipogammaglobulinemia) y enfermedad de Kawasaki. - Prescripción exclusiva por Infectología: enfermedad de Kawasaki y síndrome de shock tóxico. - Prescripción exclusiva por Neurología: síndrome de Guillain Barré, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y encefalitis autoinmune. - En caso de diagnóstico de síndrome de Guillain Barré en horario extraordinario, quedan autorizados para inicio de terapia el especialista jefe de guardia o médico especialista en medicina interna. Las continuaciones de tratamiento, únicamente por especialista en neurología. - Prescripción exclusiva por Hematología: para tratamiento de púrpura trombocitopénica inmune, trasplante de médula ósea e hipogammaglobulinemia asociada a LLC, MM o LNH y hipogammaglobulinemia secundaria a uso de rituximab. - Prescripción exclusiva por Neonatología y Pediatría General: para enfermedad hemolítica del neonato por incompatibilidad ABO. - Prescripción exclusiva por Nefrología para desensibilización de pacientes candidatos al trasplante renal altamente sensibilizados y rechazo humoral demostrado por biopsia. - Prescripción exclusiva por Reumatología: para miopatía inflamatoria, hipogammaglobulinemia secundaria a uso de rituximab, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, PTI secundario. Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en la Sesión 2025-49 avaló la autorización de uso del medicamento 1-10-44-4035 correspondiente a IgG IV, permitiendo su prescripción por los especialistas en Pediatría General para el manejo de pacientes con enfermedad hemolítica del neonato por incompatibilidad ABO. Adicionalmente, se actualiza el término “incompatibilidad Rh” por “incompatibilidad ABO”.			

<i>Lactulosa 3.3 g/5 ml . Solución oral o Lactulosa 10 g/15 ml.</i> <i>Solución oral o Lactulosa 66.7 g/100 ml (lactulosa 3.335 g/5 ml).</i> <i>Solución oral o Lactulosa 10 g. En polvo para solución oral o</i> <i>Lactulosa 10 g / 15 ml (lactulosa 66.7 g/ 100 ml). Solución oral o</i> <i>Lactulosa 667 mg/ml. Solución oral.</i>	33-7135	R	2D
- Para encefalopatía portosistémica. - 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.
3. Para desimpactación fecal en niños menores de 1 año, solo prescripción por Pediatría, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018.
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.
5. En pacientes pediátricos con impactación fecal que presenten una o más de las siguientes condiciones, deben proceder según lo indicado en GM-CCF-2043-2025 lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional: - 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
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-33-7135, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 82305 publicada en La Gaceta No. 181 del 29-09-2025.

Linezolid 600 mg.	02-0700	RE	2B
Tableta recubierta			
1. Exclusivo para la prescripción por especialistas en Infectología como traslape de terapia endovenosa a vía oral en infecciones causadas por microorganismos gram positivos: a. Infecciones en las que se encuentra contraindicado en forma absoluta el uso de las otras alternativas LOM orales: • <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina: se debe contar en el expediente con la información y reporte de la contraindicación o falla terapéutica a las alternativas LOM disponibles (doxiciclina o trimetoprima/sulfametoxazol). En caso de alergia a sulfas, debe considerarse terapia de desensibilización antes de considerar linezolid como alternativa. b. Terapia empírica en infecciones de piel y tejido blando • Para el diagnóstico de celulitis (terapia empírica) el máximo de tratamiento empírico será de 7 días, en caso de requerirse mayor duración deberá solicitarse clave aguda a CLF por un máximo de 2 semanas en la que se justifique por qué no es viable utilizar otras alternativas LOM. c. Uso por médicos especialistas Infectología para infecciones por micobacterias (típicas y atípicas) según patrón de resistencia. 2. Uso por médicos especialistas de Neumología e Infectología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS Es una alternativa para el tratamiento dirigido de infecciones por enterococos resistentes a ampicilina cuando sea viable utilizar doxiciclina o cuando se cuente con contraindicación para el uso de betalactámico y tetraciclina (cuyo motivo deberá estar anotado en el espacio de observaciones de la receta).			

Solicitudes en las que el periodo de prescripción total (vía parenteral y oral) sea entre 14 días y 6 semanas serán resueltas por el CLF (requiere llenar solicitud de clave aguda), y periodo entre 6-12 semanas deberán elevarse al AMTC y periodos mayores a 12 semanas serán valoradas por el CCF

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 avaló la **ampliación de uso del medicamento código 1-10-02-0700 correspondiente a linezolid 600 mg tableta recubierta**, autorizando su prescripción a los **especialistas en Infectología para manejo de infecciones por micobacterias (típicas y atípicas) según patrón de resistencia**; asimismo, **se aprobó la prescripción por especialistas en Neumología e Infectología para el tratamiento de pacientes con tuberculosis resistente, en el marco del programa DOTS**.

Nitrofurantoina 5 mg / mL	05-7280	M	1A
<i>Suspensión oral</i>			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-05-7280 , con base en la Ficha Técnica vigente versión CFT 02603 publicada en La Gaceta No. 167 del 08-09-2025.			

Omalizumab 150 mg	23-4386	HRE	2A
<i>Polvo para solución inyectable o solución inyectable</i>			
1. Prescripción por especialista en Neumología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, y cumpliendo con el lineamiento GM-CCF-4963-2024, para el tratamiento de asma alérgica severa o asma tipo 2 mixta en el paso 5 de GINA, en niños a partir de los 6 años y adultos. Dosis: 150-375 mg SC cada 2 a 4 semanas, la dosis máxima será de 750 mg cada 4 semanas, la dosis se debe individualizar basado en niveles de IGE y peso corporal. Se requiere de llenado del formulario correspondiente según el lineamiento, el cual debe ser analizado en la sesión clínica y custodiado por el Servicio de Neumología correspondiente. Para la prescripción solo se requiere anotar el diagnóstico En el EDUS, indicar en la casilla de observaciones de la receta el criterio correspondiente que justifique su uso y número de sesión en el que fue conocido el caso. 2. Para prescripción por especialista en Alergología, Dermatología e Inmunología, para el tratamiento de urticaria, con una dosis de 300 mg cada 4 semanas, según lineamiento.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-33 avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-23-4386 correspondiente a omalizumab 150 mg polvo para solución inyectable o solución inyectable a los especialistas en Alergología, Dermatología e Inmunología para el tratamiento de pacientes con urticaria . También se actualiza la descripción de este código con base en la ficha técnica vigente versión CFT 88003 publicada en La Gaceta No. 176 del 22-09-2025.			

Omeprazol 40 mg. Polvo liofilizado para inyección o esomeprazol 40 mg. Polvo liofilizado para inyección	32-4352	HRE	2C
Prescripción por médicos especialistas para uso por 72 horas en el caso de:			
A. Adultos 1. Pacientes con sangrado digestivo alto (SDA) o sospecha de sangrado digestivo alto.. 2. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica, tras medidas aplicadas para hemostasia local o como complemento de intervención endoscópica o con contraindicación para gastroscopía. 3. Profilaxis de úlceras por estrés en pacientes críticamente enfermos sin vía oral disponible. Pacientes con contraindicación al uso de la vía oral luego del ciclo inicial de 72 horas (ej. Cáncer de esófago obstructivo se autoriza el uso hasta por un máximo de 7 días y revalorando si la condición e indicación se mantiene posteriormente (anotar en la casilla de observaciones de la receta para su despacho en la farmacia)			
B. Pediatría 1. Esofagitis erosiva asociada con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Según circular: DFE-AMTC-0317-2024			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-32-4352 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 61510 publicada en La Gaceta No. 162 del 01-09-2025.			

Oximetolona 50 mg	35-1280	RE	2 A
Tabletas			
Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica, Inmunología y Medicina Paliativa en pacientes con anemia hipoplásica, caquexia y pérdida de peso secundaria a su enfermedad. Se recomienda vigilancia de la función hepática			
Observaciones: En la Sesión 2025-38, el Comité Central de Farmacoterapia avaló la autorización de uso del medicamento con código 1-10-35-1280, correspondiente a oximetolona 50 mg tableta a especialistas en Medicina Paliativa . Adicionalmente, se amplía su uso para el manejo de caquexia y pérdida de peso secundaria a la enfermedad . Complementariamente, se establece la precaución de vigilancia de la función hepática .			

Pazopanib 200 mg	41-1291	RE	2 A
Tableta recubierta			
Uso exclusivo de Oncología Médica para continuaciones de tratamiento en pacientes con cáncer renal de células claras aprobados previamente			
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-41-1291 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 83303 publicada en La Gaceta No. 181 del 29-09-2025.			

Pretomanid 200 mg	02-1300	RE	1 A
Tableta			
Uso exclusivo de Neumología e Infectología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS			
Observaciones: En Sesión 2025-42, el Comité Central de Farmacoterapia avaló la autorización de uso del medicamento código 1-10-02-1300 correspondiente a pretomanid 200 mg tableta , para su prescripción por especialistas en Infectología en el manejo de pacientes con tuberculosis resistente, dentro del marco del programa DOTS			

Rituximab 100 mg (10 mg/ml). Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 10 ml.	Opción 1	41-3235	HRE	2B
	Opción 2	41-9001	HRE	2B
	Opción 3	41-9003	HRE	2B
- Prescripción por especialista en Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica CD 20 positivo. corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico CD 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. - Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). - Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología: - En adultos como segunda línea de tratamiento para púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado] (ver lineamiento GM-CCF-1524-2022) para pacientes con alguno de los siguientes criterios: - Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes. - Sin respuesta al menos un inmunomodulador LOM utilizado por el tiempo recomendado para obtener respuesta y con adecuada adherencia al tratamiento con presencia de sangrado (WHO III o IV) durante el tratamiento. - En pacientes menores de 18 años como tercera línea de tratamiento en el manejo de la púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) persistente, crónica o con hipersensibilidad y/o reacciones adversas severa a terapias anteriores [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado], [ver lineamiento GM-CCF-4256-2022], debe cumplir con las siguientes dos condiciones: - Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la enfermedad, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado. - Sin respuesta a tratamiento con eltrombopag (luego de 4 semanas a dosis máxima [75 mg/día]) o se supera en 3 veces el límite superior normal para transaminasas. - Prescripción por especialista en Reumatología tras falla a ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo: - Para el tratamiento de esclerosos sistémica: pacientes con esclerosis sistémica difusa con afectación pulmonar intersticial o fibrosis cutánea significativa, se recomienda el uso de rituximab en esquema de inducción de 500 mg a 1000 mg IV, dos dosis separadas por 2 semanas. Para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. En casos de reactivación clínica significativa, podrá considerarse una reinducción anticipada con 1000 mg IV, no antes de la semana 16. La necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses. por no ser un uso etiquetado se debe recoger un consentimiento informado previo a su administración por parte del médico tratante. - Luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, para tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024): - Primera línea de terapia biológica en pacientes con condiciones específicas como enfermedad pulmonar intersticial, hepatopatía crónica, neoplasia previa o linfoma. - Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica o recaída (descartando falta de adherencia) a anticuerpo monoclonal anti-TNF. - Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. En esquema de inducción				

de 1000 mg IV dos dosis separadas por 2 semanas. En caso de recaída o persistencia de actividad, podrá considerarse una reinducción con 500 mg a 1000 mg IV no antes de la semana 16. para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. la necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses.

6. Prescripción por Dermatología e Inmunología para el manejo de pacientes con pénfigo vulgar en esquema de inducción de 1000 mg IV, dos dosis separadas por 2 semanas, en combinación con glucocorticoides. en caso de recaída o persistencia de actividad, podrá considerarse una reinducción con 1000 mg IV no antes de la semana 16. Para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. la necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses.
7. Prescripción por especialista en Neurología e Inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):
 - En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA O MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.
 - Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).
8. Uso exclusivo de Neurología e Inmunología, para el manejo de encefalitis autoinmune, según lineamiento GM-CCF-1365-2025
9. Prescripción por Nefrología: glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo, a la dosis de 500mg-1000mg, dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas. se puede considerar repetir una dosis de 500 mg a los 4-6 meses según la condición clínica del paciente, según lineamiento GM-CCF-2048-2025

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.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en sus Sesiones 2025-37 y 2025-47, avaló la **actualización de lineamiento** de uso del medicamento **rituximab 100 mg**, incorporando las siguientes disposiciones:

- Punto 4, se autoriza su utilización por especialista en Reumatología en casos de esclerosis sistémica, tras falla a ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo.
- Punto 5, se actualiza lo referente a la dosis de reinducción.

Rituximab 500 mg (10 mg/ml). Solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla con 50 ml	Opción 1	41-3236	HRE	2B
	Opción 2	41-9002	HRE	2B
	Opción 3	41-9004	HRE	2B
- Prescripción por especialista en Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica CD 20 positivo. corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico CD 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. - Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica (ver lineamiento GM-CCF-5564-2023). - Prescripción por especialista en Hematología, Reumatología e Inmunología: - En adultos como segunda línea de tratamiento para púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado] (ver lineamiento GM-CCF-1524-2022) para pacientes con alguno de los siguientes criterios: - Sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes. - Sin respuesta al menos un inmunomodulador LOM utilizado por el tiempo recomendado para obtener respuesta y con adecuada adherencia al tratamiento con presencia de sangrado (WHO III o IV) durante el tratamiento. - En pacientes menores de 18 años como tercera línea de tratamiento en el manejo de la púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) persistente, crónica o con hipersensibilidad y/o reacciones adversas severa a terapias anteriores [uso fuera de etiquetado, requiere de consentimiento informado], [ver lineamiento GM-CCF-4256-2022], debe cumplir con las siguientes dos condiciones: - Sangrado menor de la mucosa que no pone en peligro la vida y/o disminución de la calidad de vida relacionada con la enfermedad, pero cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumenta el riesgo de sangrado. - Sin respuesta a tratamiento con eltrombopag (luego de 4 semanas a dosis máxima [75 mg/día]) o se supera en 3 veces el límite superior normal para transaminasas. - Prescripción por especialista en Reumatología tras falla a ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo - Para el tratamiento de esclerosos sistémica: pacientes con esclerosis sistémica difusa con afectación pulmonar intersticial o fibrosis cutánea significativa, se recomienda el uso de rituximab en esquema de inducción de 500 mg a 1000 mg IV, dos dosis separadas por 2 semanas. Para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. En casos de reactivación clínica significativa, podrá considerarse una reinducción anticipada con 500 mg a 1000 mg IV, no antes de la semana 16. La necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses. por no ser un uso etiquetado se debe recoger un consentimiento informado previo a su administración por parte del médico tratante. - Luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, para tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024): - Primera línea de terapia biológica en pacientes con condiciones específicas como enfermedad pulmonar intersticial, hepatopatía crónica, neoplasia previa o linfoma. - Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica o recaída (descartando falta de adherencia) a anticuerpo monoclonal anti-TNF.				

5. Prescripción por especialista de Inmunología y Reumatología para el tratamiento de granulomatosis con poliangitis y poliangitis microscópica. En esquema de inducción de 1000 mg IV dos dosis separadas por 2 semanas. En caso de recaída o persistencia de actividad, podrá considerarse una reinducción con 500 mg a 1000 mg IV no antes de la semana 16. para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. la necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses
 6. Prescripción por Dermatología e Inmunología para el manejo de pacientes con pénfigo vulgar en esquema de inducción de 1000 mg IV, dos dosis separadas por 2 semanas, en combinación con glucocorticoides. en caso de recaída o persistencia de actividad, podrá considerarse una reinducción con 1000 mg IV no antes de la semana 16. Para mantenimiento, de acuerdo con la respuesta clínica y seguridad, se puede administrar 500 mg IV al mes 6 y 12 posterior a la inducción y luego cada 6 meses, condicionado a la evolución clínica del paciente. Antes de toda re-infusión o dosis de mantenimiento se debe hacer una evaluación clínica del caso y de los parámetros de seguridad: niveles de inmunoglobulinas y ausencia de infecciones activas. la necesidad de continuar el tratamiento debe reevaluarse cada 6 meses.
 7. Prescripción por especialista en Neurología e Inmunología para el tratamiento de los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) como segunda línea de tratamiento según las siguientes restricciones (ver lineamiento GM-CCF-1279-2025):
 - En caso de falla terapéutica del tratamiento de primera línea (brote o recaída de la enfermedad luego de 6 meses de haber iniciado AZA O MFM) o si hay dependencia de esteroides para mantener la remisión en aquellos pacientes que se demuestre adherencia a los tratamientos de primera línea.
 - Rituximab: dosis de inducción en adultos 1g o 500 mg IV día 1 y día 15; luego mantenimiento 500 mg (o 1 g en casos especiales) cada 6 meses (e inclusive antes si los CD19+ son detectables antes del mes 6).
 8. Uso exclusivo de Neurología e Inmunología, para el manejo de encefalitis autoinmune, según lineamiento GM-CCF-1365-2025
 9. Prescripción por Nefrología: glomerulopatía membranosa primaria/idiopática, refractaria a las opciones LOM con anticuerpos PLA2R positivo, a la dosis de 500mg-1000mg, dos dosis separadas por un intervalo de 2 semanas. se puede considerar repetir una dosis de 500 mg a los 4-6 meses según la condición clínica del paciente, según lineamiento GM-CCF-2048-2025
- 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.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en sus Sesiones 2025-37 y 2025-47, avaló la **actualización de lineamiento** de uso del medicamento **rituximab 500 mg**, incorporando las siguientes disposiciones:

- Punto 4, se autoriza su utilización por especialista en Reumatología en casos de esclerosis sistémica, tras falla a ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo.
- Punto 5, se actualiza lo referente a la dosis de reinducción

Sacubitrilo y valsartán 50 mg	08-1576	RE	2B
Tableta recubierta			
Prescripción por médicos generales y especialistas que trabajan en clínicas de insuficiencia cardíaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardíaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:			
1. Pacientes con síntomas actuales (estadio c de la clasificación de la asociación americana del corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, O IV. 2. Fracción de eyección de 40% o menos 3. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 ml/min. 4. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, betabloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 5. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Si la prescripción es por médicos generales y especialistas no cardiólogos que laboran en la clínica de insuficiencia cardíaca congestiva, el prescriptor debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión donde fue aprobado el caso.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-47, avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-08-1576, correspondiente a sacubitrilo/valsartán 50 mg tableta recubierta , para los especialistas que laboran en las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca ; se incluye la aclaración de que en los casos en que la prescripción sea realizada por un médico general o por un especialista no cardiólogo que labore en dichas clínicas, deberá consignarse en la casilla de observaciones el número de sesión en la cual fue aprobado el caso.			

Sacubitrilo y valsartán 100 mg	08-1577	RE	2B
Tableta recubierta			
Prescripción por médicos generales y especialistas que trabajan en clínicas de insuficiencia cardíaca congestiva y especialistas en cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardíaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:			
1. Pacientes con síntomas actuales (estadio c de la clasificación de la asociación americana del corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, o IV. 2. Fracción de eyección de 40% o menos 3. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 ml/min. 4. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, betabloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 5. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento.			

No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso

Si la prescripción es por médicos generales y especialistas no cardiólogos que laboran en la clínica de insuficiencia cardíaca congestiva, el prescriptor debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión donde fue aprobado el caso.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-47, avaló la **ampliación de uso del medicamento código 1-10-08-1577, correspondiente a sacubitrilo/valsartán 100 mg tableta recubierta**, para los **especialistas que laboran en las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca**; se **incluye la aclaración** de que **en los casos en que la prescripción sea realizada por un médico general o por un especialista no cardiólogo que labore en dichas clínicas, deberá consignarse en la casilla de observaciones el número de sesión en la cual fue aprobado el caso.**

Sacubitrilo y valsartán 200 mg	08-1578	RE	2B
Tableta recubierta			
Prescripción por médicos generales y especialistas que trabajan en clínicas de insuficiencia cardíaca congestiva y especialistas en cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia cardíaca congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:			
1. Pacientes con síntomas actuales (estadio c de la clasificación de la asociación americana del corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III, O IV. 2. Fracción de eyección de 40% o menos 3. Aclaramiento endógeno de creatinina >30 ml/min. 4. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, betabloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente. 5. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento del tratamiento.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Si la prescripción es por médicos generales y especialistas no cardiólogos que laboran en la clínica de insuficiencia cardíaca congestiva, el prescriptor debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión donde fue aprobado el caso.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-47, avaló la ampliación de uso del medicamento código 1-10-08-1578, correspondiente a sacubitrilo/valsartán 200 mg tableta recubierta , para los especialistas que laboran en las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca ; se incluye la aclaración de que en los casos en que la prescripción sea realizada por un médico general o por un especialista no cardiólogo que labore en dichas clínicas, deberá consignarse en la casilla de observaciones el número de sesión en la cual fue aprobado el caso.			

Salbutamol base al 0.5%	23-7520	HM	1A
Solución concentrada para inhalación por nebulización			
<u>Restricción para uso ambulatorio (despacho al hogar) para manejo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma que tengan sus propios aparatos de nebulización:</u> prescripción exclusiva por especialistas en Neumología, Medicina Interna, Geriátrica, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias, Pediatría, el médico a cargo de la clínicas de cuidados paliativos, medicina familiar y comunitaria y como parte de los programas de atención domiciliar de pacientes. Medicina general para el APER.			
Observaciones: Se <i>actualiza la descripción del medicamento código 1-10-23-7520</i> , con base en la Ficha Técnica vigente versión CFT 31505 publicada en La Gaceta No. 212 del 11-11-2025.			

Secukinumab 150 mg/ml	41-4654	RE	2C
Solución inyectable en pluma precargada			
Opción 2			
1. Prescripción por especialista en reumatología luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada (ver lineamiento GM-CCF-4843-2024 y GM-CCF-4844-2024) - Tratamiento de artritis psoriásica como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con un anti-TNF y no han logrado la respuesta deseada a las 24 semanas o después, descartando falta de adherencia. - Tratamiento de artritis psoriásica asociada a psoriasis moderada o severa como primera línea de terapia biológica que no se han controlado con el tratamiento aines y DMARDS (requiere valoración previa interdisciplinaria con dermatología y reumatología) [se utiliza dosis correspondiente para psoriasis]. - Tratamiento de espondilitis anquilosante, como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con anti TNF y no han logrado respuesta deseada a las 24 semanas o después, o que presente pérdida de la respuesta durante la evolución sin un factor claro demostrable para la misma, descartando falta de adherencia.			
2. Prescripción por especialistas en Dermatología, según lineamiento GM-CCF-2806-2025			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según lineamiento relacionado			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 avaló la modificación de la clave del medicamento código 1-10-41-4654, correspondiente a secukinumab 150 mg/ml solución inyectable en pluma precargada, de HRE a RE.			

Tacrolimus 0.5 mg (como monohidratado)	41-1617	R	3A
Cápsula			
1. Uso en pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, según el respectivo protocolo. 2. Uso fuera de la indicación autorizada (debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado (anexo 11) en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, según protocolo. 3. Prescripción por especialistas en Reumatología e Inmunología para el tratamiento de lupus eritematoso sistémico con nefritis lúpica			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-41, acordó actualizar el lineamiento de uso del medicamento código 1-10-41-1617, correspondiente a tacrolimus 0.5 mg (como monohidrato) cápsula, sustituyendo el término “uso compasional” por el correcto “uso fuera de indicación oficial”. Asimismo, se enfatiza la obligatoriedad de completar el consentimiento informado correspondiente para dicho fin			

Tacrolimus 1 mg (como monohidratado)	41-1618	R	3A
Cápsula			
1. Uso en pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, según el respectivo protocolo. 2. Uso fuera de la indicación autorizada (debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado (anexo 11) en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, según protocolo. 3. Prescripción por especialistas en reumatología e inmunología para el tratamiento de lupus eritematoso sistémico con nefritis lúpica			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-41, acordó actualizar el lineamiento de uso del medicamento código 1-10-41-1618, correspondiente a tacrolimus 1 mg (como monohidrato) cápsula, sustituyendo el término “uso compasional” por el correcto “uso fuera de indicación oficial”. Asimismo, se enfatiza la obligatoriedad de completar el consentimiento informado correspondiente para dicho fin.			

Tropicamida 0,5% a 0,8% con fenilefrina clorhidrato 5%.	45-7723	HE	2C
Solución oftálmica			
Uso exclusivo del servicio de Oftalmología			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-45-7723, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 60902 publicada en La Gaceta No.197 del 21-10-2025.			

Vancomicina 500 mg	02-4810	HRE	2B
Polvo liofilizado para solución inyectable inyección.			
• Especialistas y subespecialistas hasta por 72 horas para: ○ Terapia empírica de infecciones en las que se sospecha participación de cocos gram positivos resistentes a betalactámicos. ○ Terapia empírica en paciente con neutropenia y fiebre con inestabilidad clínica o con sospecha de infección de dispositivo intravascular ○ Para extender estos tratamientos hasta por 7 días debe ser prescrito Por Medicina Interna, Geriátría, Pediatría, Nefrología o Infectología. ○ Para extender estos tratamientos hasta 14 días debe ser prescrito por especialista en cuidado intensivo o infectología • Especialistas y subespecialistas hasta por 5 días para: ○ Terapia empírica en meningitis bacteriana adquirida en la comunidad en la que se sospecha s. <i>Pneumoniae</i> con resistencia a betalactámicos. ○ Terapia empírica para celulitis. ○ Para extender estos tratamientos hasta por 7 días debe ser prescrito por medicina interna, geriatría, pediatría, nefrología o infectología. • Especialistas y subespecialistas para el tratamiento definitivo de infecciones bacterianas por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilicina: ○ Bacteriemia hasta por 18 días. ○ Infecciones en el SNC hasta por 21 días. ○ Otras indicaciones hasta por 7 días. ○ Endocarditis infecciosa hasta por 28 días. • Especialistas y subespecialistas por 7 días para tratamiento definitivo por: ○ <i>Enterococcus spp.</i> Resistente a ampicilina • Paciente que requiere antimicrobianos y en quien se encuentra adecuadamente documentado en el expediente alergia a otros grupos de antimicrobianos que justifique el uso de terapia de segunda línea para cocos gram positivos. Este apartado incluye eventos de profilaxis antimicrobiana. • Profilaxis antimicrobiana prequirúrgica en pacientes con tamizaje positivo por SARM o en aquellos que ya tuvieron una infección osteoarticular por el mismo. • La vía de administración oral (hospitalizado o ambulatorio) en el manejo de pacientes con infección por <i>Clostridioides difficile</i> hasta por 14 días. • Infectología: ○ Tratamientos mayores a 14 días (salvo las consideraciones puntuales aquí descritas). ○ Infecciones crónicas en salones UCI o no UCI. ○ En aquellos centros en los que no se cuenta con la especialidad, deberá ser comentado con infectología de su red. Cualquiera de las restricciones anteriores deberá ser anotada en la casilla de observaciones de la receta de lo contrario la farmacia no podrá proceder con el despacho. Además, debe constar la valoración médica del especialista o subespecialista en el edus.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-02-4810, con base en la ficha técnica vigente versión CFT 28506 publicada en La Gaceta No. 167 del 08-09-2025.			

Vitamina A 50.000 U.I. /ml (15.000 RE/ml) (como retinol o como palmitato de retinol).	42-7730	E	2C
<i>Solución oral</i>			
<i>Frasco gotero con 30 ml</i>			
1. Para prescripción por Oftalmología, Pediatría 2. Para la prescripción por especialistas en Otorrinolaringología para el manejo de leucoplasias de las cuerdas vocales 3. Uso exclusivo de Medicina Interna, Geriatria, Gastroenterología, especialistas médico-quirúrgicos de las unidades de trasplante de hígado y cirugía hepatobiliar.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia, en la Sesión 2025-52, acordó ampliar el uso del medicamento código 1-10-42-7730, correspondiente a Vitamina A 50.000 UI/mL (como retinol o palmitato de retinol) solución oral , para los especialistas de Medicina Interna, Geriatria, Gastroenterología, especialistas médico-quirúrgicos de las unidades de trasplante de hígado y cirugía hepatobiliar.			

Medicamentos de la Lista Complementaria-Z

Carmustina 100 mg	41-3251 Z	RE	3A
<i>Polvo liofilizado para solución inyectable.</i>			
Prescripción por especialista en Hematología y para uso en pacientes que serán sometidos a trasplantes de médula ósea.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-41-3251 de la Lista Complementaria-Z , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 100101 publicada en La Gaceta No. 162 del 01-09-2025.			

Citrato de galio (67 Ga), 1 A 3 mCi (37 a 111 megabecquerels) de ⁶⁷galio/mL	52-4970 Z	HE	3A
<i>Solución acuosa estéril isotónica. Inyectable</i>			
<i>Frasco ampolla con 2 a 15 ml</i>			
Uso exclusivo Medicina Nuclear			
Observaciones: Se actualiza la descripción del radiofármaco código 1-10-52-4970 de la Lista Complementaria-Z , con base en la ficha técnica vigente versión CFTR-0016 publicada en La Gaceta No. 176 del 22-09-2025			

SECCIÓN 0

MEDICAMENTOS PARA USO EN ODONTOLOGÍA

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

Dexametasona fosfato 4 mg/mL	34-3420	HM	1A
Solución inyectable			
<i>Uso exclusivo para Cirugía Maxilofacial</i>			
Vía de administración: intramuscular, intravenosa, intraarticular, intralesional, tejidos blandos.			
Observaciones: Se actualiza la descripción del medicamento código 1-10-34-3420 , con base en la Ficha Técnica vigente versión CFT 37507 publicada en La Gaceta No.167 del 08-09-2025.			

Esponja de gelatina absorbible	12-6860	HE	2B
Observaciones: Se actualiza la descripción del código 1-10-12-6860 , con base en la ficha técnica vigente versión CFT 36505 publicada en La Gaceta No. 176 del 22-09-2025.			

GRUPO TERAPÉUTICO

1. MODIFICACIÓN

Localización	– Grupo terapéutico 17
Sesión CCF	– 2025-42
Observaciones	– Modificación de la descripción.
Detalle	– Se amplía la categoría a psicoestimulantes
Actual	– Grupo Terapéutico 17. Analgésicos narcóticos, antagonistas y psicoestimulantes

2. MODIFICACIÓN

Localización	– Grupo terapéutico 29
Sesión CCF	– 2025-42
Observaciones	– Modificación de la descripción.
Detalle	– Se traslada la categoría “psicoestimulantes” al grupo 17, quedando únicamente “Antidepresivos”.
Actual	– Grupo Terapéutico 29. Antidepresivos

NORMATIVA

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

1. MODIFICACIÓN

Localización – Capítulo III. Apartado III.3. Administración. Inciso III.3.14.

Sesión CCF – 2025-41

Observaciones Se elimina del párrafo el término “uso compasional”. Resto de la información se conserva íntegra.

Actual III.3.14 Prescripciones de medicamentos parenterales emitidas por los profesionales especialistas en Cuidados Paliativos y Clínicas del Dolor, como excepción, las vías de administración permitidas, se regirán por lo establecido en el Anexo I del *Decreto Ejecutivo 29561-S*, correspondiente al “*Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II nivel de Atención y Protocolos de Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y /o Terminal*”.

2. MODIFICACIÓN

Localización – Capítulo III. Apartado III.5.
– Ajuste de numeración en referencias internas.

Sesión CCF – 2025-42

Observaciones – Se ajusta la redacción y se incorpora información complementaria que facilita la comprensión de aspectos relevantes en el proceso de referencia de pacientes hacia un mismo o menor nivel de atención, con el fin de garantizar la continuidad del control médico y del tratamiento especializado.

- Ajuste de numeración derivado de la actualización de esta normativa, con la correspondiente modificación en los puntos subsiguientes y en las referencias internas.
- La modificación a esta normativa fue comunicada a través de la circular DFE-AMTC-1052-2025 y posteriormente complementada y aclarada a través de la circular DFE-AMTC-1137-2025.

Actual

III.5. Pacientes referidos para continuar el control médico con tratamiento especializado.

III.5.1. El médico especialista de un establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención podrá referir al asegurado para continuar el control y tratamiento con medicamentos LOM y NO LOM de su enfermedad crónica.

Es esencial y requisito obligatorio que, para remitir a un paciente a un nivel de menor complejidad, ese centro de salud disponga de la especialidad afín* o bien un médico especialista o general capacitado para el seguimiento y autorizado para la prescripción de los medicamentos que el paciente está utilizando. Adicionalmente, el paciente debe presentar una condición estable, mejoría clínica significativa y beneficios terapéuticos claros como resultado de ese tratamiento.

Estos pacientes podrán ser referidos hacia las siguientes instancias de otros centros de salud bajo las siguientes condiciones:

- En el caso de Medicamentos LOM, referencia a otro centro (igual o menor nivel de atención)
 - Al Servicio Médico de Atención Integral del Trabajador, cuando el asegurado es trabajador Institucional. Solo aplica en el establecimiento de salud donde el trabajador está registrado/contratado.
 - Al médico que labora adscrito a los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta o Medicina de Empresa en cumplimiento de III.9.1.e y III.9.2.e, respectivamente.
 - A la consulta médica de un nivel institucional de menor complejidad.
- Medicamentos NO LOM, referencia a otro centro **por ser dado de alta** (igual o menor nivel de atención) (:):
 - La consulta médica institucional, misma especialidad o especialidad afín (autorizada a la prescripción del fármaco/fármacos que el paciente está utilizando).
- Medicamentos LOM y NO LOM, referencia de **paciente que ha sido atendido en un hospital desde su infancia y es trasladado** a otro hospital (mismo o menor nivel) o hasta área de salud del segundo nivel de atención de la red:

A la consulta médica institucional, misma especialidad, especialidad afín o médico capacitado, autorizado a la prescripción del fármaco/fármacos que el paciente está utilizando. Considerando criterios como, por ejemplo, edad, capacidad instalada, tipo y estabilidad de la enfermedad. Para asegurar la continuidad del tratamiento en el centro de adscripción o donde fue referido el paciente, el médico especialista le corresponde:

- i. Completar el formulario de referencia institucional (**requisito obligatorio**) e instruir al paciente como proceder.
- ii. Con respecto a los medicamentos, indicar dosis, fuerza o potencia, vía de administración, duración prevista de uso para cada uno.
- iii. Para medicamentos NO LOM, debe aportar información complementaria sobre los acuerdos de autorización previa (CCF o por delegación AMTC o CLF), insumo requerido para que la unidad pueda asumir y dar continuidad al caso.
- iv. Emitir la prescripción por al menos 6 meses (tiempo prudencial para que el centro al cual el paciente fue referido, inicie las gestiones que permitan adquirir los medicamentos y asumir la continuidad del tratamiento del paciente).

Es responsabilidad del médico especialista o médico capacitado, autorizado a la prescripción del fármaco del centro al cual el paciente fue referido iniciar oportunamente las gestiones administrativas en la primera cita para la solicitud de continuación de medicamentos NO LOM ante el CLF mediante un documento formal (no se requiere de formulario NO LOM) que contenga la información del punto d anterior. El CLF del centro al cual el paciente fue referido, si lo considera oportuno, podrá coordinar con el CLF de la unidad de donde el paciente fue referido, la solicitud de información adicional sobre el tratamiento NO LOM que recibe el paciente. El CLF quedará facultado para emitir la clave de continuación y comunicar al médico especialista (para que emita la prescripción) y a la farmacia.

* **especialidad afín**" se ilustra con los siguientes ejemplos (sin que sean exhaustivos):

a. Paciente pediátrico:

Cualquier subespecialidad pediátrica (por ejemplo, Adolescencia y Medicina del Desarrollo, Cardiología, Gastroenterología, Nefrología, Neonatología, Neurología) puede referir a Pediatría. Asimismo, también, podría remitirse a Medicina Familiar y Comunitaria.

b. Paciente adulto:

Subespecialidades como Cardiología, Endocrinología o Nefrología, pueden remitir a Medicina Interna o, en su caso, a Medicina Familiar y Comunitaria

III.5.2. Sobre el suministro de medicamentos LOM y NO LOM por el Servicio de Farmacia:

- a. **LOM almacenables:** La farmacia tramitará a través del ALDI.
- b. **LOM de la Lista Complementaria-Z (tránsito):** En caso de contar con existencia suficiente del medicamento que permita cubrir el tratamiento solicitado sin afectar la disponibilidad del mismo a aquellos pacientes que ya han iniciado la terapia, se

procederá al despacho inmediato; caso contrario se procederá como en los medicamentos NO LOM (ver punto c siguiente).

c. NO LOM:

- i. El Servicio de Farmacia del centro donde se inició el tratamiento NO LOM asume provisionalmente el suministro de los medicamentos NO LOM por un periodo de 6 meses, tiempo estimado razonable para que el Servicio de Farmacia donde el paciente fue referido inicie las gestiones administrativas necesarias para la adquisición y suministro de los medicamentos NO LOM al paciente.
- ii. Casos excepcionales se considerarán cuando el Servicio de Farmacia del centro al cual el paciente fue referido, solicita al Servicio de Farmacia de la unidad donde se inició el tratamiento NO LOM, la extensión del plazo de despacho de los medicamentos NO LOM, previo acuerdo y por razones justificadas, para finiquitar la adquisición de estos (máximo por un periodo adicional de 6 meses).

III.5.3. En caso de alguna excepcionalidad al lineamiento anterior, el CCF lo hará explícito para cada fármaco.

3. MODIFICACIÓN

Localización – Capítulo III. Inciso III.1.8

Sesión CCF – 2025-47

Observaciones – Se incorpora el nuevo punto III.1.8, el cual aporta mayor precisión respecto a la situación de los pacientes que, por su condición clínica, se encuentran en los servicios de emergencia o en espera de internamiento en hospitales de segundo o tercer nivel.

– En estos casos, resulta indispensable garantizar la continuidad del tratamiento LOM —ya sea especializado o restringido— previamente indicado por el médico especialista, conforme a lo establecido en el apartado III.14 de la normativa LOM vigente.

– Esta modificación fue comunicada mediante circular DFE-AMTC-1052-2025

Actual III.1.8 En el caso de pacientes que, debido a su condición clínica, se encuentren en observación dentro de los Servicios de Emergencias o en espera de hospitalización o recién traslado al salón de hospitalización fuera del horario convencional (durante guardias, fines de semana o feriados), en hospitales del segundo y tercer nivel, y que requieran continuar con la prescripción de medicamentos especializados/restringidos LOM previamente iniciados por el médico especialista deben atender apartado III.14.

4. MODIFICACIÓN

Localización – Capítulo III. Apartado III.14

Sesión CCF – 2025-42 Y 2025-47

Observaciones – Se incluye nuevo apartado III.14 , relativo a la continuación de tratamiento LOM especializados/restringidos - ya sean agudos o crónicos previamente iniciado por el médico especialista – que deberán garantizarse fuera del horario convencional, durante turnos de guardia, fines de semana o feriado, en hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

– Asimismo, se realiza el ajuste de numeración en referencias internas derivado de la modificación del apartado III.5.

– Dicha información fue comunicada mediante circular DFE-AMTC-1052-2025

Actual **III.14. Continuación de tratamiento LOM especializados/restringidos (agudo o crónico previamente iniciado por el médico especialista) fuera del horario convencional (durante turnos de guardia, fines de semana o feriados) en hospitales del segundo o tercer nivel de atención.**

III.14.1. Se autoriza a los médicos de los Servicios de Emergencias u hospitalización de hospitales de segundo o tercer nivel a continuar la administración de tratamientos LOM (agudos o crónicos) especializados o restringidos, fuera del horario convencional, siempre que estos hayan sido previamente iniciados y prescritos por el especialista correspondiente. Esta medida aplica a pacientes que, debido a su condición de salud, se encuentran en observación o en espera de hospitalización, permaneciendo bajo la atención de dicho servicio.

III.14.2. En hospitales del segundo o tercer nivel de atención, cuando el paciente es ingresado al salón de internamiento fuera del horario convencional, la continuidad del tratamiento con medicamentos LOM especializados o restringidos podrá ser asumida por los médicos residentes o médicos generales; siempre que estos hayan sido previamente iniciados y prescritos por el especialista correspondiente.

III.14.3. Se reitera que lo enunciado en los puntos anteriores:

i. El tratamiento agudo (menos de 30 días) con medicamento LOM especializado o restringido, solamente dentro de periodo de tiempo que fue prescrito por el especialista. En caso de requerirse la utilización del fármaco por un tiempo mayor al establecido inicialmente; solamente por prescripción

del médico especialista autorizado según lineamiento LOM, previa valoración del paciente.

- ii. No aplica para las siguientes situaciones:
 - a. Tratamiento de la brucelosis humana con los medicamentos enlistados en III.5.5. Estas prescripciones podrán ser realizadas únicamente por los especialistas en Infectología o Medicina Interna.
 - b. Metilfenidato que debe ser realizada por el especialista autorizado o el prescriptor requiere cumplir con lo establecido en el protocolo vigente y haber recibido la capacitación.

EXCLUSIONES

Con base en la Normativa LOM, Capítulo IV:

“IV.6. La exclusión de un medicamento de la LOM será efectiva cuando se agota su existencia en el ALDI y en las Farmacias, salvo que medie orden expresa del CCF para proceder con la inmediata suspensión del uso institucional. Corresponde a la farmacia local el traslado al ALDI para su respectiva disposición final.”

Exclusiones efectivas:

Código	Medicamento	Acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia
1-10-53-4710	Protirelina 200 ug (0.2 mg/mL). Solución inyectable. Ampolla con 1 mL.	2025-49
1-10-42-1740	Vitamina A (como retinol o como retinil palmitato o como retinil acetato) 25.000 UI (7.500 RE). Cápsula o perla	2025-52

Nota: La información presentada en este boletín corresponde al corte realizado al 17 de diciembre de 2025

NOMENCLATURA

EN LA INSTITUCIÓN

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

SIGNIFICADO

1

DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO

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

2

CÓDIGO

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

3

CATEGORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS LOM SEGÚN SU EXISTENCIA.

Los medicamentos de la LOM, por una característica administrativa fundamental se dividen en almacenables (A) y no almacenables (Z), también conocido como lista complementaria (anteriormente denominados "Tránsito")

a. **Medicamentos Almacenables (A):** Se refiere a los medicamentos adquiridos a nivel central por la Gerencia de Logística, por tanto, son almacenados y distribuidos a las farmacias de las unidades por el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI). Estos son los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la gran mayoría de población.

b. **Medicamentos no almacenables (Z, lista complementaria):** Incluye los medicamentos requeridos para la atención médica especializada, según la infraestructura y tecnología adecuada

SIGNIFICADO

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

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

CLAVE

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

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

4

NIVEL DE USUARIO

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

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

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

5

LINEAMIENTO

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

6



Acceso a la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y otra información de interés



Página Web de la CCSS

Enlace: www.ccss.sa.cr/lom

Sitio colaborativo BINASSS

Enlace general: www.binasss.sa.cr (ingreso mediante la opción “uso de medicamentos en la CCSS”)



Opciones de búsqueda de medicamentos LOM:

- Por **grupo terapéutico**
- Por **usuario**
- Por **clave** (sección O y E)
- **Buscador general** (nombre, código, y más)



Acceso directo:

www.binasss.sa.cr/farmacologia/inddex.php



Documentos disponibles para descarga:

- Normativa de la LOM
- Boletines del Comité Central de Farmacoterapia
- Medicamentos autorizados a Sistemas Alternativos
- Memorias DFE (2023, 2024)
- Otra información relevante



Contenido disponible

- **Evaluación de tecnología sanitaria de medicamentos**
- **Acceso a la LOM institucional y Normativa**
- **Memoria 2024**
- **Boletines** Acuerdos del Comité Central de Farmacoterapia (actualizaciones)
- **Circulares, lineamientos y protocolos** de medicamentos en la CCSS
- Enlace para acceso al sitio Web: **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.**

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia

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

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

Dirección de Farmacoepidemiología¹

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

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

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

correo electrónico | gm_df_amt@ccss.sa.cr