

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos

Comité Central de Farmacoterapia



Año 28 Número 81

Junio 2026



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. Félix Eduardo Solís Brizuela
Dr. Gilberth Benavides Gómez
Dr. Osvaldo Montenegro García
Dra. Maureen Villalobos Ugalde
Dra. Monserrat Blanco Ureña
Dr. Alberth Núñez Chavarría
Dra. Mariana Astúa González
Dr. Nestor Azofeifa Delgado

Representante de:

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

Asesores:

Dr. Mauricio Mora Díaz – *Infectología*
Dr. Marvin Sánchez Benavides – *Reumatología*
Dr. Sixto Bogantes Ledezma – *Neurología*
Dra. Maribel Vargas de León y
Dra. Priscilla Mesén Aguilar – *Medicina Paliativa*
Licda. Zeidy Benavides Campos – *Asesora Legal*

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

Artesunato 60 mg. Polvo para inyección. Frasco ampolla.	01-3196	HR	1A
Uso en casos de malaria con alguno de los siguientes escenarios: 1. Presentación grave. 2. Vómitos persistentes que complican el tratamiento con las opciones orales, para luego continuar con la dosis oral cuando sea posible. 3. Mujeres embarazadas: a. en caso de que el estado clínico materno no sea bueno (persistencia de parasitemia en controles seriados y/o anemia severa) b. Malaria por <i>Plasmodium falciparum</i> resistente se encuentra recomendado para mujeres todos los trimestres del embarazo.			
Observaciones: inclusión a la LOM			

<i>APIXABAN 2.5 mg. TABLETA RECUBIERTA</i>	<i>11-0191</i>	<i>RE</i>	<i>1A</i>
Prescripción por médico especialista o médico general que labora en Clínicas de Anticoagulados para ser utilizado en los siguientes escenarios y según el lineamiento GM-CCF-1797-2026:			
Anticoagulación crónica: 1. Prevención de recurrencia de trombosis venosa profunda (TVP)/tromboembolismo pulmonar (TEP). 2. Prevención de accidente cerebro vascular en pacientes con fibrilación atrial no valvular, con: Edad ≥80 años, Peso corporal ≤60 kg, Creatinina >1.5 mg/dL.			
Anticoagulación profiláctica: 1. Profilaxis TVP/TEP en pacientes sometidos a cirugía con reemplazo de cadera o rodilla			
Notas: En caso de las prescripciones de los médicos generales que laboran en las Clínicas de Anticoagulados de los centros hospitalarios, el caso debe ser presentado previamente en una sesión clínica de cardiología o el servicio correspondiente. 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. No se recomienda utilizar en pacientes con TFG < 15 mL/min			
Observaciones: inclusión efectiva, según lo comunicado por el ALDI			

<i>APIXABAN 5 mg. TABLETA RECUBIERTA</i>	<i>11-0192</i>	<i>RE</i>	<i>1A</i>
Prescripción por médico especialista o médico general que labora en Clínicas de Anticoagulados para ser utilizado en los siguientes escenarios y según el lineamiento GM-CCF-1797-2026:			
Anticoagulación aguda: tiempo de tratamiento de 3 a 6 meses, en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP)/ tromboembolismo pulmonar (TEP).			
Anticoagulación crónica: 1. Prevención de recurrencia de trombosis venosa profunda (TVP)/tromboembolismo pulmonar (TEP). 2. Prevención de accidente cerebro vascular en pacientes con fibrilación atrial no valvular.			
Notas: En caso de las prescripciones de los médicos generales que laboran en las Clínicas de Anticoagulados de los centros hospitalarios, el caso debe ser presentado previamente en una sesión clínica de cardiología o el servicio correspondiente. 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. No se recomienda utilizar en pacientes con TFG < 15 mL/min			
Observaciones: inclusión efectiva, según lo comunicado por el ALDI			

Pembrolizumab 25 mg/mL. Concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla con 4mL	41-0125	HRE	2A
Uso exclusivo de médicos especialistas en Oncología Médica y Hematología, según corresponda al escenario clínico y el lineamiento GM-CCF-2318-2026			
Observaciones: Inclusión a la LOM, la cual se hará efectiva con el primer ingreso al ALDI, acorde con la Normativa LOM			

Nirsevimab 50 mg/0,5 mL. Solución inyectable	41-4343	HRE	2B
Prescripción por médicos generales asignados a los servicios de Neonatología y Pediatría, así como especialistas en Pediatría, Neonatología para inmunoprofilaxis del virus respiratorio sincial en:			
• Recién nacidos de madres que no recibieron vacunación contra el virus respiratorio sincial durante el embarazo actual o la recibieron en una gestación previa. • Prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer o de menos 1500 g de peso al nacer y que al inicio del período de alta circulación viral tenga menos de 1 año, independientemente del estado de vacunación de la madre. • Lactantes que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año y alguna de las siguientes condiciones: - enfermedad pulmonar crónica, particularmente displasia broncopulmonar. - cardiopatías congénitas acianógenas hemodinámicamente significativas, o cardiopatías cianógenas. - enfermedades neurológicas, en particular enfermedades neuromusculares. - inmunodeficiencias. - defectos anatómicos de las vías respiratorias (por ejemplo, laringomalacia o fistula traqueoesofágica).			
Las prescripciones por médico general quedan bajo la supervisión y responsabilidad del jefe de servicio de Pediatría o Neonatología según corresponda.			
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: inclusión a la LOM, según la Normativa, se hace efectiva con el primer ingreso al ALDI			

Guselkumab 100 mg/mL. Solución inyectable.	41-4000	HRE	2C
1. Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda: a. Tratamiento de la Enfermedad de Crohn moderada–severa refractaria, para aquellos pacientes que fallaron a las líneas de terapia avanzada previa con contraindicación al uso de inhibidores de la JAK qui nasa, según el lineamiento GM-CCF-1792-2026. b. Tratamiento de Colitis Ulcerativa Inflamatoria Crónica moderada a severa refractaria, para aquellos pacientes que fallaron a las tres líneas de terapia avanzada previa y mantienen actividad moderada a severa o recaen rápidamente según los criterios clínicos (criterios de True love & Witts) y endoscópicos (Mayo Clinic Score) con contraindicaciones al uso de inhibidores de la JAK quinasa, según el lineamiento GM CCF-1791-2026 2. Prescripción por especialistas en Dermatología, como tercera línea de terapia biológica para el tratamiento de enfermedad psoriásica según el lineamiento GM-CCF-1788-2026.			

3. Prescripción por especialista en Reumatología para el tratamiento de artritis psoriásica como tercera línea de terapia biológica, en el paciente que no ha tenido respuesta adecuada a las 24 semanas o después, o que presente pérdida de la respuesta durante la evolución sin un factor claro demostrable para la misma, según el lineamiento GM-CCF-1785-2026.

Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso

Observaciones: Inclusión a la LOM, la cual será efectiva con el primer ingreso al ALDI

Upadacitinib 15 mg.	41-1850	RE	2C
Upadacitinib 30 mg.	41-1851		
Tabletas de liberación prolongada			
1. Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de Gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda: a. Tratamiento de la Enfermedad de Crohn moderada–severa refractaria a las líneas de terapia avanzada previa según los criterios clínicos (Crohn’s Disease Activity Index (CDAI)) y endoscópicos Simple Endoscopic Score for Crohn’s Disease (SES-CD): CDAI ≥ 220 que persiste con diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso; un SES-CD de 7–15 indica actividad moderada y ≥ 16 indica actividad severa, según lineamiento GM-CCF-1792-2026. b. Tratamiento de Colitis Ulcerativa Inflamatoria Crónica moderada–severa, según los criterios clínicos (criterios de Truelove & Witts) y endoscópicos (Mayo Clinic Score), refractaria a las 3 líneas de terapia avanzada previa (infliximab, ustekinumab y tofacitinib) y sin contraindicaciones a inhibidores JAK. según lineamiento GM-CCF-1791-2026. Se requiere adjuntar la notificación de sospecha de reacción adversa o falla terapéutica, contraindicación o efectos adversos mediante NOTIFACEDRA y el número de sesión de Gastroenterología en que se consensua el tratamiento.			
2. Tratamiento de Dermatitis severa como terapia de tercera línea, según lineamiento GM-CCF-0851-2026. Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Observaciones: Inclusión a la LOM, la cual se hará efectiva con el primer ingreso al ALDI			

Rosuvastatina 20 mg. Tableta	13-1570	RE	1A
Prescripción por médico especialistas y médicos de las Clínicas de VIH, para manejo de pacientes con hipercolesterolemia pura o dislipidemia mixta según los siguientes criterios: 1. Prevención primaria: como terapia de alta intensidad en pacientes con riesgo alto o muy alto (según la calculadora OMS HEARTS). 2. Prevención secundaria: a. Enfermedad coronaria establecida: infarto agudo de miocardio (IAM), angina estable o inestable y revascularización coronaria previa (angioplastia o cirugía). b. Accidente cerebrovascular isquémico (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT), c. Enfermedad arterial periférica sintomática: claudicación intermitente o antecedentes de revascularización periférica d. Colesterol LDL persistentemente elevado (>190 mg/dL). 3. Otros: pacientes VIH positivos que reciben tratamiento con terapia antirretrovirales que contienen cobicistat. Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.			
Observaciones: Inclusión a la LOM, acorde con la Normativa LOM, se hará efectiva con el primer ingreso al ALDI			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Levosimendán 2,5 mg/ml. Solución concentrada para infusión	07-4167 Tránsito	HRE	2B
Prescripción por médicos especialistas en Cardiología y médicos especialistas a cargo de las unidades de Cuidados Intensivos:			
• para el manejo de pacientes con shock cardiogénico refractario a ionotrópicos LOM • insuficiencia cardíaca aguda o grave refractaria a ionotrópicos LOM.			
Observaciones: Inclusión a la LOM, la cual se hará efectiva con el primer ingreso a un centro médico			

MODIFICACIONES

Dapagliflozina 10 mg (como dapagliflozina propanodiol monohidrato). Comprimido recubierto con película o Dapagliflozina 10 mg. Tableta recubierta con película.	39-0441	RE	2D
Para prescripción por especialistas en Medicina Interna, Endocrinología, Nefrología, Cardiología, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria:			
En pacientes con aclaramiento de creatinina ≥ 25 ml/min, que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios:			
1. Pacientes con enfermedad renal crónica en riesgo de progresión. 2. Pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. 3. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética y enfermedad cardiovascular establecida. 4. pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adultos o pacientes pediátricos de 10 años o más para control glucémico como complemento a la dieta y al ejercicio			
Observaciones: Se modifican restricciones de uso			

Emulsión de lípidos al 20%. inyectable. Frasco ampolla con 250 ml o emulsión de lípidos al 20%. inyectable. Frasco ampolla con 500 ml	43-3740	HRE	2C
1. Uso del medicamento para soporte nutricional conforme a lo autorizado por las unidades de soporte nutricional o por Neonatología. 2. Uso exclusivo para la prescripción por los especialistas como antídoto para el manejo de intoxicación grave por anestésicos locales			
Observaciones: en uso de soporte nutricional se incluye Neonatología. Se elimina listado de especialidades, indicando uso por especialistas, con cambio de clave de HR a HRE			

Apixaban 2.5 mg. Tableta recubierta	11-0191	RE	1A
Prescripción por médico especialista o médico general que labora en Clínicas de Anticoagulados para ser utilizado en los siguientes escenarios y según el lineamiento GM-CCF-1797-2026:			
Anticoagulación crónica:			
1. Prevención de recurrencia de trombosis venosa profunda (TVP)/tromboembolismo pulmonar (TEP).			
2. Prevención de accidente cerebro vascular en pacientes con fibrilación atrial no valvular, con: Edad ≥80 años, Peso corporal ≤60 kg, Creatinina >1.5 mg/dL.			
Anticoagulación profiláctica:			
2. Profilaxis TVP/TEP en pacientes sometidos a cirugía con reemplazo de cadera o rodilla			
Notas:			
En caso de las prescripciones de los médicos generales que laboran en las Clínicas de Anticoagulados de los centros hospitalarios, el caso debe ser presentado previamente en una sesión clínica de cardiología o el servicio correspondiente.			
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.			
No se recomienda utilizar en pacientes con TFG < 15 mL/min			
Observaciones: Se modifica redacción de las restricciones de uso, se separa en anticoagulación crónica o profiláctica. Se actualiza número de circular relacionada			

Apixaban 5 mg. Tableta recubierta	11-0192	RE	1A
Prescripción por médico especialista o médico general que labora en Clínicas de Anticoagulados para ser utilizado en los siguientes escenarios y según el lineamiento GM-CCF-1797-2026:			
Anticoagulación aguda: tiempo de tratamiento de 3 a 6 meses, en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP)/ tromboembolismo pulmonar (TEP).			
Anticoagulación crónica:			
1. Prevención de recurrencia de trombosis venosa profunda (TVP)/tromboembolismo pulmonar (TEP).			
2. Prevención de accidente cerebro vascular en pacientes con fibrilación atrial no valvular.			
Notas:			
En caso de las prescripciones de los médicos generales que laboran en las Clínicas de Anticoagulados de los centros hospitalarios, el caso debe ser presentado previamente en una sesión clínica de cardiología o el servicio correspondiente.			
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.			
No se recomienda utilizar en pacientes con TFG < 15 mL/min			
Observaciones: Se modifica redacción de las restricciones de uso, se separa en anticoagulación agudo y crónica. Se actualiza número de circular relacionada			

Hipromelosa 2906 al 2.5% (25 mg/mL). Solución estéril para uso oftálmico con preservante (cloruro de benzalconio al 0.01%). frasco gotero con 15 mL o Hipromelosa 0.3% (3 mg/g). gel estéril para uso oftálmico. tubo con 10 g o Polietilenglicol 400 al 0.4% (4.0 mg/mL) y propilenglicol al 0.3% (3.0 mg/mL). solución oftálmica. frasco gotero con 15 ml o Ácido poliacrílico 0.2% (2 mg/g). gel oftálmico estéril. tubo oftálmico con 10 g.	45-7202	E	2C
Uso exclusivo de especialistas en Oftalmología			
Observaciones: se elimina la restricción para uso cirugía con rayo láser, cambio de clave de HRE a E y nivel de usuario de 3AA 2C			

Micofenolato de mofetilo 250 mg. Cápsula	41-0043	RE	2B
1. Uso exclusivo Reumatología, Nefrología, Inmunología, Hematología, Gastroenterología, Dermatología y Neurología en pacientes que han agotado otras alternativas de terapia inmunosupresora LOM o en pacientes que han presentado reacciones adversas al uso de azatioprina. 2. En equipos de trasplante debidamente constituidos para pacientes trasplantados de riñón, hígado, corazón, pulmón y células madre hematopoyéticas. 3. Para Neumología en el manejo de enfermedad intersticial en la que se considere existe un componente inflamatorio 4. Para la especialidad de Endocrinología en pacientes con el diagnóstico de orbitopatía asociada a la enfermedad de Graves			
Observaciones: se amplía para la especialidad de endocrinología			

Tropisetron 5 mg. Solución inyectable o Granisetron 3 mg. Solución inyectable o Ondasetron 4 mg. solución inyectable o Ondasetron 8 mg. solución inyectable.	25-4355	HRE	2C
• Uso exclusivo en pacientes con quimioterapia activa, con agentes que presentan un riesgo medio alto, moderadamente alto y alto para producir emesis • Prescripción por anestesiología para uso en el tratamiento preventivo y postoperatorio de las náuseas y vómitos en pacientes sometidos a cirugía mayor (incluyendo cirugía ambulatoria mayor) • Prescripción por especialistas para el manejo de vómitos intratables refractarios			
Observaciones: Se modifica redacción, separando el uso de anestesiología del uso para quimioterapia, Se incluye el uso para vómitos intratables refractarios			

Osimertinib 80 mg. Tableta recubierta	41-1276	RE	3A
Uso exclusivo por Oncología médica, 1. En adyuvancia para pacientes con cáncer de pulmón no microcítico con mutación EGFR. 2. Como primera línea de tratamiento para cáncer de pulmón no microcítico metastásico con mutación EGFR según DFE-AMTC-0258-2024			
Observaciones: se amplía uso para adyuvancia			

Adalimumab 40 mg. Solución inyectable	41-3076	RE	2D
	41-3077		
	41-3078		
	41-3079		
	41-3081		
A. Prescripción por especialista en Reumatología luego de que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024, GM-CCF-4843-2024, GM-CCF-1785-2026):			
1. Tratamiento de artritis reumatoide			
a. Primera línea de terapia biológica en pacientes con escleritis, epiescleritis o uveítis, con compromiso articular activo.			
b. Segunda línea de terapia biológica ante fallo de tocilizumab			
c. Tercera línea de terapia biológica en pacientes con uso previo de tocilizumab en primera línea y rituximab en segunda línea			
2. Tratamiento de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica:			
a. Primera línea de terapia biológica.			
b. Segunda línea de terapia biológica por fallo a secukinumab.			
B. Prescripción por especialistas en Gastroenterología, como primera línea de terapia biológica en enfermedad de Crohn luminal que ha fallado a medicamentos LOM correspondientes o como alternativa en pacientes con enfermedad perianal que no pueden recibir infliximab, según lineamiento GM-CCF-1792-2026			
C. Prescripción por especialistas en Reumatología e Inmunología como tercera línea de tratamiento en pacientes con uveitis refractaria			
D. Prescripción por especialistas en Dermatología:			
1. Según el lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026)			
2. Según el lineamiento para el manejo de hidradenitis supurativa (GM-CCF-0848-2026)			
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:			
• Se incluye ítem 2 en punto D: Ampliación de la prescripción por médicos especialistas en dermatología en pacientes con diagnóstico de hidradenitis refractaria según el lineamiento GM-CCF-0848-2026.			
• Se actualiza el número de circular relacionada con artritis psoriásica			
• Se actualiza el número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			
• Se actualiza el número de circular relacionada con la Enfermedad de Chron			

Secukinumab 150 mg. Polvo para solución inyectable. Frasco ampolla	41-4652	HRE	2C
	41-4654		
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-1785-2026) a. Tratamiento de artritis psoriásica como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con un anti-TNF y no han logrado la respuesta deseada a las 24 semanas o después, descartando falta de adherencia. b. Tratamiento de artritis psoriásica asociada a psoriasis moderada o severa como primera línea de terapia biológica que no se han controlado con el tratamiento AINES y DMARDS (requiere valoración previa interdisciplinaria con dermatología y reumatología), se utiliza dosis correspondiente para psoriasis. c. Tratamiento de espondilitis anquilosante, como segunda línea de terapia biológica en pacientes que se encuentran en tratamiento con anti-TNF y no han logrado respuesta deseada a las 24 semanas o después, o que presente pérdida de la respuesta durante la evolución sin un factor claro demostrable para la misma, descartando falta de adherencia. 2. Prescripción por especialistas en Dermatología: a. según el lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026) b. según el lineamiento para el manejo de hidradenitis supurativa (GM-CCF-0848-2026) 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 - Se incluye punto b en prescripción por especialistas en Dermatología, según Lineamiento para el manejo de hidradenitis supurativa - Se actualiza el número de circular relacionada con artritis psoriásica - Se actualiza el número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Acitretina 25 mg. Cápsulas	46-0089	RE	2D
Uso exclusivo por Dermatología 1. Para el manejo de la enfermedad psoriásica según el lineamiento (GM-CCF-1788-2026) 2. Para el tratamiento de hidradenitis supurativa, como segunda línea de tratamiento según el lineamiento GM-CCF-1857-2026 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 mencionado Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con hidradenitis supurativa Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Betametasona base 0.1% (1 mg/g). Ungüento. Tubo con 15 g	46-2470	E	1A
1. Uso exclusivo Dermatología 2. Uso por médico general según el Lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026), se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso. Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Tofacitinib 5 mg. Tableta recubierta	41-1703	HE	2B
A. Para prescripción por especialistas en Gastroenterología (según GM-CCF-1791-2026): - Como terapia de rescate en brote agudo severo de colitis ulcerativa, en pacientes en tratamiento con anti-TNF o con falla previa a anti-TNF. El medico podrá prescribir la inducción de la terapia farmacológica correspondiente, hasta que se presente el caso en la siguiente sesión clínica gastroenterológica del Hospital Nacional de la red que le corresponde con el fin de que se le brinde al paciente tratamiento crónico si corresponde. - Tratamiento para pacientes con Colitis Ulcerativa y manifestaciones extraintestinales, con manejo interdisciplinario. B. Para prescripción por especialistas en Reumatología, previa presentación en la sesión clínica según lineamientos institucionales. - Tratamiento de artritis reumatoide. - Ante la falla terapéutica a rituximab, en pacientes con antecedente de hepatopatía documentada. - Ante la falla terapéutica a las tres líneas biológicas, según lineamiento institucional GM-CCF-2290-2025. - Tratamiento de artritis psoriásica y espondilitis anquilosante ante la falla a las dos líneas de terapia biológica según lineamiento institucional GM-CCF-1785-2026, GM-CCF-2292-2025, respectivamente) 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: Se actualiza número de circular relacionada con artritis psoriásica Se actualiza número de circular relacionada con Colitis ulcerativa inflamatoria crónica			
Infliximab 100 mg. Polvo liofilizado concentrado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla	41-4025	HRE	2C
- Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda (ver lineamientos GM-CCF-1792-2026 y GM-CCF-1791-2026) - Tratamiento de la Enfermedad de Crohn perianal, como primera línea de terapia biológica, que ha fallado a las otras líneas de tratamiento LOM. - Tratamiento de Colitis Ulcerativa Inflamatoria Crónica como primera línea de terapia biológica, que ha fallado a las otras líneas de tratamiento LOM. - Prescripción por especialistas en Dermatología, según el Lineamiento para el manejo de la Enfermedad Psoriásica GM-CCF-1788-2026 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 el lineamiento correspondiente. Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con Enfermedad de Chron Se actualiza número de circular relacionada con Colitis ulcerativa inflamatoria crónica Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Ustekinumab 90 mg/1 mL. Solución inyectable en jeringa precargada	41-4721	HRE	2C
Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de Gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda:			
1. Tratamiento de Enfermedad de Crohn (ver lineamiento GM-CCF-1792-2026): a. Primera línea de terapia biológica en pacientes con diagnóstico reciente de neoplasia (< 2 años), historia previa de linfomas y melanomas. b. Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab o adalimumab. 2. Tratamiento de colitis ulcerativa crónica inflamatoria (ver lineamiento GM-CCF-1791-2026): a. Primera línea de tratamiento de terapia biológica en pacientes con contraindicación al uso de anti-TNF. b. Segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Observaciones:			
Se actualiza número de circular relacionada con Enfermedad de Chron			
Se actualiza número de circular relacionada con Colitis ulcerativa inflamatoria crónica			

Ustekinumab 130 mg / 26 mL. Concentrado para solución para infusión.	41-4722	HRE	2C
Prescripción por especialista en Gastroenterología, previa aprobación consensuada en sesión de Gastroenterología de enfermedad inflamatoria intestinal en el hospital nacional de la red que le corresponda:			
1. Tratamiento de Enfermedad de Crohn (ver lineamiento GM-CCF-1792-2026): a. primera línea de terapia biológica en pacientes con diagnóstico reciente de neoplasia (< 2 años), historia previa de linfomas y melanomas. b. segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab o adalimumab. 2. Tratamiento de colitis ulcerativa crónica inflamatoria (ver lineamiento GM-CCF-3392-2024): a. primera línea de tratamiento de terapia biológica en pacientes con contraindicación al uso de anti-TNF. b. segunda línea de terapia biológica ante falla terapéutica (descartando falta de adherencia) a infliximab.			
No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso			
Observaciones:			
Se actualiza número de circular relacionada con Enfermedad de Chron			
Se actualiza número de circular relacionada con Colitis ulcerativa inflamatoria crónica			

Hidrocortisona 0.5% (0.5 g/100 ml). Loción tópica. Frasco 15 ml	46-7050	E	1A
1. Uso exclusivo Dermatología, Medicina interna, Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria 2. Uso por médico general según el Lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026), se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.			
Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Calcipotriol 5 mg y betametasona 50 m. Ungüento.	46-2480	RE	2D
Prescripción por Dermatología.			
1. Manejo de psoriasis vulgar con área de superficie corporal afectada menor al 30% y que no han respondido a las alternativas terapéuticas LOM (glucocorticoides, emolientes y queratolíticos). consultar lineamiento GM-CCF-6511-2023 2. Según el lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026)			
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 correspondiente			
Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Calcipotriol 0.05 mg/gramo y betametasona 0.5 mg/gramo. Gel	46-2485	RE	2D
Prescripción por Dermatología.			
1. Manejo de psoriasis vulgar con área de superficie corporal afectada menor al 30% y que no han respondido a las alternativas terapéuticas LOM (glucocorticoides, emolientes y queratolíticos). consultar lineamiento GM-CCF-6511-2023 2. Según el lineamiento para el manejo de la enfermedad psoriásica (GM-CCF-1788-2026)			
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 correspondiente			
Observaciones: Se actualiza número de circular relacionada con enfermedad psoriásica			

Enoxaparina sódica 40 mg (4000 u.i.)/0.4 mL. Solución estéril inyectable. Jeringa prellenada con 0.4 mL	11-4085	R	2D
Según protocolo de uso institucional de enoxaparina a dosis baja o profiláctica CCF-0126-01-16.			
Se autoriza su despacho para uso domiciliario o extrahospitalario en las indicaciones avaladas en la circular CCF-0126-01-16, en caso de egreso hospitalario antes de completar el tiempo máximo autorizado.			
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: Cambio de nivel de usuario de 2B a 2D			

Enoxaparina sódica 80 mg (8.000 ui)/0.8 mL). Solución estéril inyectable. Jeringa prellenada con 0.8 mL	11-4095	R	2D
Según protocolo de uso institucional enoxaparina para anticoagulación plena CCF-4677-10-17. Se autoriza su despacho para uso domiciliario o extrahospitalario para anticoagulación plena en los casos previstos en la circular CCF-4677-10-17 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: Cambio de nivel de usuario de 2B a 2D			

Sistema anticonceptivo de liberación intrauterina (contiene levonorgestrel 52 mg)	36-6750	HRE	2D
Uso exclusivo por especialistas en Ginecología en las siguientes indicaciones: 1. Pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal: en ausencia de lesión estructural o histológica significativa, con fallo documentado tras al menos seis meses de tratamiento con anticonceptivos orales combinados, progesterona oral o intramuscular (según aplique) Pacientes con deseo y requerimiento de anticoncepción y las siguientes condiciones: 2. Elegidas para cirugía bariátrica: colocación preferentemente antes de la cirugía o en el periodo postoperatorio temprano, una vez garantizada la estabilidad clínica. 3. Portadoras de neoplasias hematológicas y trastornos trombofílicos: colocación idealmente antes del inicio de quimioterapia, inmunosupresión o anticoagulación, o bien una vez estabilizada la condición hematológica en pacientes con riesgo trombótico elevado o contraindicación para estrógenos. 4. Cardiopatías severas, insuficiencia cardíaca NYHA III–IV, hipertensión pulmonar: colocación: tras valoración conjunta con cardiología o neumología, en fase de estabilidad clínica. 5. Anticoaguladas: colocación preferiblemente antes de la anticoagulación crónica o bajo condiciones controladas para minimizar riesgo hemorrágico. 6. Receptoras de trasplante de órganos sólidos: colocación una vez alcanzada la estabilidad postrasplante y del esquema inmunosupresor. 7. Enfermedades reumatológicas: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, o uso de fármacos con interacción farmacológica con anticonceptivos hormonales: colocación en fase de actividad controlada de la enfermedad 8. Porfiria aguda intermitente: colocación en periodos intercríticos, tras valoración especializada. Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según las indicaciones aprobadas.			
Observaciones: se deja sin efecto lo indicado en el protocolo CCF-3522-08-14, se incluyen las restricciones de uso indicadas en GM-CCF-2315-2026			

Omeprazol 20 mg , cápsula de liberación retardada o Lansoprazol 30 mg , cápsula de liberación retardada o Pantoprazol 40 mg tableta de liberación retardada o Lansoprazol 30 mg , cápsula con micro gránulos gastro resistentes.	32-1275	2D	RE
1. Uso exclusivo de Gastroenterología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Oncología Médica, Medicina Paliativa, Cardiología, Neurología, Nefrología y Endocrinología, para el tratamiento de: <u>Úlcera gástrica:</u> • En terapia a corto plazo y alivio sintomático de úlcera gástrica benigna (4-8 semanas). • En cierre de úlcera gástrica o erosión gastroduodenal inducida por AINES (4-8 semanas). • Profilaxis de recurrencia ulcerosa y del agravamiento sintomático en pacientes que requieren tratamiento a largo plazo con AINES (excluye uso crónico de ácido acetil salicílico 100mg). • Erradicación de H.pylori, en caso de linfoma MALT de bajo grado como parte del esquema triple por 30 días. • Enfermedad por RGE, con úlcera esofágica, erosión esofágica o con síntomas o erosión recurrente (hasta 12 semanas). • Casos excepcionales de patología hipersecretora que no responden al uso de anti H₂. (Prescripción exclusiva por Gastroenterología). <u>Úlcera duodenal</u> • En terapia a corto plazo de úlcera duodenal activa (4-8 semanas). <u>Reflujo Gastro Esofágico (RGE)</u> • RGE recurrente (síntomas o erosión esofágica) y grave. • RGE recurrente con estenosis, ulceración o hemorrágica esofágica. • Terapia a corto plazo de los síntomas secundarios a enfermedad por RGE (4 a 8 semanas) • Terapia a corto plazo de esofagitis erosiva secundaria a enfermedad por RGE. • Terapia de mantenimiento y prevención de la recurrencia de la esofagitis erosiva (hasta 1 año). • Esofagitis grado C o D según la clasificación de Los Ángeles o grado 3, 4, 5 quedará a criterio del gastroenterólogo. 2. Especialista en Emergencias para pacientes críticamente enfermos, en profilaxis de úlceras por estrés y posterior a sangrado digestivo alto al reiniciar vía oral (máximo 30 días) 3. Otorrinolaringología y foniatría, según los lineamientos institucionales CCF-0320-01-2014. 4. Neumología en paciente con RGE demostrado por un periodo de 4 a 8 semanas y hasta un máximo de 12 semanas. 5. Tratamiento de la infección por H. Pylori según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022: - a.Tratamiento de primera línea, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por médico general o especialista. - b.Tratamiento de segunda línea, prescripción por gastroenterología, medicina familiar y comunitaria, medicina interna, infectología y geriatría. c. Tratamiento de tercera línea, prescripción por gastroenterología. Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según lineamiento establecido. Observaciones: en el punto 1: se incluye Endocrinología, se amplía la descripción de las indicaciones de uso y se elimina la cita del protocolo CCF-5645-11-13.			

Poliestirensulfonato sódico. Polvo para suspensión. Envase con 400 g a 454 g	50-7420	R	2B
Uso exclusivo en hipercalemia documentada.			
Se debe consignar en el apartado de observaciones la justificación clínica de hipercalemia			
Observaciones: se elimina restricción por lista cerrada de especialidades médicas y estableciendo su prescripción por indicación clínica, para el manejo de hipercalemia documentada.			
Cambio de clave E a R.			

Ivabradina 5 mg. Comprimidos recubiertos	07-0932	RE	2B
Prescripción por médicos especialistas en cardiología para pacientes adultos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva con las siguientes condiciones:			
• con fracción de eyección menor al 35% • persistencia de sintomatología a pesar de tratamiento óptimo, tolerado, con adecuada adherencia y una frecuencia cardíaca > 70 latidos/min. • intolerancia o contraindicación a betabloqueadores.			
Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente, la FE y la frecuencia cardíaca que justifique su uso.			
Observaciones: Se elimina la prescripción por médicos especialistas de clínicas de insuficiencia cardíaca, siendo de uso exclusivo para Cardiología,			
Se incluye como requisito una frecuencia cardíaca > 70 latidos/min.			

Dexametasona fosfato 4 mg/mL. Solución inyectable	34-3420	HM	1A
1. Uso exclusivo para cirugía maxilofacial			
Vía de administración: intramuscular, intravenosa, intraarticular, intralesional, tejidos blandos.			
2. Uso en Odontología exclusivamente como medicamento de emergencia para el manejo de reacciones alérgicas y anafilácticas. Como stock de emergencia (maletín o carro), para administración inmediata y en dosis única, durante la atención inicial del evento, debiendo el paciente ser referido posteriormente a un servicio de emergencias para su manejo definitivo. No incluye ni avala el uso para procesos inflamatorios, ni su utilización repetida, ambulatoria o con fines terapéuticos distintos a los eventos alérgicos o anafilácticos.			
Observaciones: se incluye punto 2			

Naloxona hidrocloreuro 0.4 mg/ mL. Solución isotónica inyectable Frasco ampolla o ampolla con 1 mL ó 2 mL	48-4330	HE	2B
Uso exclusivo en pacientes con sobredosis o toxicidad por opioides a nivel hospitalario.			
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			
Observaciones: se elimina la restricción por especialidades médicas específicas y se incluye su prescripción y uso exclusivo en pacientes con sobredosis o toxicidad por opioides			

Zidovudina 10 mg /ml. Solución inyectable	04-4955	HR	2C
Uso exclusivo para Infectología, Inmunología, médicos de las clínicas de atención integral de VIH y Ginecoobstetricia			
Observaciones: Cambio de clave de 3A a 2C			

Rivastigmina 4.6 mg/24 horas.	50-7491	RE	2D
Rivastigmina 9.5 mg/24 horas.	50-7492		
Parche transdérmico. Sistema de liberación transdérmico			
Prescripción por especialistas en el contexto de una unidad o clínica de memoria acreditada según la normativa Institucional, para tratamiento de pacientes con demencia tipo Alzheimer (DA) grado leve, que cumpla con todos los siguientes criterios (ver lineamiento GM-CCF-1010-2024): - Evaluación cognitiva integral exhaustiva. - Resultado de mini evaluación del estado mental (MMSE) basal= mínimo 20 puntos. - Escala de deterioro global (EDG o GDS) en grado 4 o 5. - Ausencia de comorbilidades o con morbilidad que no contraindica el uso ni afecta la evaluación del efecto de la rivastigmina Se requiere consentimiento informado para inicio de tratamiento. Se autoriza la continuación del tratamiento por especialistas en Geriatría, siempre que la valoración del paciente sea en lapsos no mayores de 6 meses, en el tanto se evidencie la efectividad del tratamiento, según el grado de deterioro funcional, EDG (o GDS) en grado 4 o 5, y puntaje MMSE igual o superior a 20 puntos. Notas: Para inicio de tratamiento se debe anotar en la casilla de observaciones el número de sesión formal del equipo multidisciplinario de la unidad especializada en memoria. La dirección médica debe certificar que la unidad o clínica de memoria se encuentra acreditada. Observaciones: Se elimina listado de especialidades, el requisito de pasantía y redacción de criterios. Se cambia el nivel de usuario de 2C a 2D			

Fluoxetina (como hidrocloreuro) 20 mg. Cápsulas	29-0765	M	1A
Restricciones de uso en población pediátrica: Edad mínima 7 años De uso exclusivo por especialista Psiquiatría Pediátrica, Pediatría, Psiquiatría, Medicina Familiar, Medicina Interna y Clínica del Adolescente. El inicio de tratamiento debe garantizar continuidad y seguimiento, evitando esquemas sin control clínico. Se avala continuaciones de tratamiento por Medicina General en pacientes pediátricos con los siguientes diagnósticos: trastornos de ansiedad (incluyendo ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad de separación), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y mutismo selectivo Advertencias: Uso en población pediátrica requiere valoración clínica rigurosa Necesidad de seguimiento estrecho, por riesgo de ideación suicida Priorizar intervenciones no farmacológicas cuando corresponda Evitar uso prolongado más allá de 18–24 meses sin reevaluación especializada Observaciones: Se amplio uso para población pediátrica: • Inicio de tratamiento en Pediatría, Medicina Familiar y Medicina Interna en población pediátrica, para prescripción en niños mayores de 7 años • Continuación de tratamiento por Medicina General en pacientes pediátricos con los siguientes diagnósticos: trastornos de ansiedad (incluyendo ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad de separación), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y mutismo selectivo. Se incluyen advertencias de uso			

Rosuvastatina 10 mg. Tabletas recubiertas	13-0003	RE	1A
Prescripción por médico especialistas y médicos de las Clínicas de VIH, para manejo de pacientes con hipercolesterolemia pura o dislipidemia mixta según los siguientes criterios:			
1. Prevención primaria: - Terapia de moderada intensidad: pacientes con intolerancia o reacciones adversas documentadas a lovastatina LOM (requiere reporte sospecha de reacción adversa o falla terapéutica enviada al Centro Nacional de Farmacovigilancia (Ministerio de Salud). - Terapia de alta intensidad: pacientes con alto riesgo o riesgo muy alto (según calculadora OMS HEARTS).			
2. Prevención secundaria: - Enfermedad coronaria establecida: infarto agudo de miocardio (IAM), angina estable o inestable y revascularización coronaria previa (angioplastia o cirugía). - Accidente cerebrovascular isquémico (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT), - Enfermedad arterial periférica sintomática: claudicación intermitente o antecedentes de revascularización periférica - Colesterol LDL persistentemente elevado (>190 mg/dL).			
3. Otros: pacientes VIH positivos que reciben tratamiento con terapia antirretrovirales que contienen cobicistat.			
Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.			
Observaciones: se modifica punto 1a, se elimina "de baja" intensidad en prevención primaria			

Ésteres etílicos de los ácidos grasos yodados al 38% p/p del aceite de adormidera (amapola). solución aceitosa inyectable	50-3765	HRE	3A
1. Prescripción por Oncología Médica en pacientes sometidos a procedimientos de quimioembolización hepática, según protocolo.			
2. Prescripción por la especialidad de Radiología en la utilización en linfangiografías y embolización de fugas linfáticas			
Observaciones: se amplía para la prescripción por la especialidad de radiología			

Flumazenil 0.1 mg/ ml. Solución inyectable	48-3895	HR	2B
1. Uso en intoxicación con benzodiazepinas, con compromiso neurológico (menos 11 puntos con escala de glasgow)			
2. reversión total o parcial de sedación inducida por benzodiazepinas en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos breves, cuando exista sedación excesiva, recuperación prolongada o riesgo clínico atribuible al efecto benzodiazepínicos			
Observaciones: se amplía con punto 2			

Ifosfamida 1 g o 2 g. Polvo liofilizado para inyección	41-4123	HE	2A
1. Uso exclusivo por Oncología y Hematología			
2. Uso exclusivo por especialistas en Oncología Médica, según el Lineamiento institucional de uso domiciliar de ifosfamida en sarcomas, GM-CCF-2813-2026			
Observaciones: Se amplía su uso según el Lineamiento institucional de uso domiciliar de ifosfamida en sarcomas, para uso exclusivo por especialistas en Oncología Médica			

Ceftriaxona base 1 g. Polvo para solución inyectable	02-3278	HR	1A
- Tratamiento de blenorragias. - Tratamiento alternativo en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria Meningitidis</i> en pacientes con contraindicación a rifampicina, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia según el siguiente esquema: ≥ 28 días a < 15 años: 125 mg im (dosis única) ≥ 15 años: 250 mg (dosis única) - Especialistas a cargo de programas TAPA y hospitales de día con la anotación del diagnóstico avalado para la indicación de TAPA y número de cultivo (nivel 2B). - Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento NO. . L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 "Lineamiento para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis humana en los establecimientos de salud de la CCSS". Prescripción por especialista en infectología para inicios de tratamiento y las continuaciones de tratamiento <u>únicamente</u> por especialistas en infectología o medicina interna. - Profilaxis de peritonitis bacteriana, posterior a sangrado variceal en el paciente cirrótico - Tratamiento empírico, sin factores de riesgo para bacilos gramnegativos BLEE o dirigido por cultivo con PSA de peritonitis bacteriana espontánea de pacientes con criterio de alta y egreso para administración en hospital de día o en un programa de visita domiciliar. - Terapia profiláctica para infecciones de transmisión sexual (no VIH) en adultos (ver Protocolo víctimas de violación sexual. Versión 2. Tercera edición 2022) - Prescripción de infectología para meningitis meningocócica resistente a cefotaxime, a la dosis de 2 gramos IV cada 12 horas por 7 días - Prescripción por Gastroenterología y Cirugía General como profilaxis en pacientes sometidos a procedimientos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que presenten alto riesgo de infección, colangitis, sospecha o drenaje incompleto de la vía biliar, obstrucción biliar, colangitis previa o estenosis malignas o complejas. Dosis única 1g IV.			
Observaciones: Se incluye punto 9 para prescripción por Gastroenterología y Cirugía General			

Sofosbuvir 400 mg y Velpatasvir 100 mg. Tableta recubierta	04-1210	RE	3A
Uso exclusivo gastroenterología, para el tratamiento de la Hepatitis C según el siguiente lineamiento, tomando como base condición clínica y genotipo: Tratamiento por 12 semanas: - sin cirrosis (genotipo: 1-6 o 1-4 +HIV). - con cirrosis compensada (genotipo: 1,2,4,5,6 o 3 sin y93h o 1-4 + HIV) - con cirrosis descompensada + ribavirina (genotipo 1 – 6). Tratamiento por 24 semanas: - con cirrosis descompensada (genotipo: 1 – 6). - con cirrosis descompensada pretratados con sofosbuvir + ledipasvir (genotipo 1 – 6)			
Observaciones: se modifica código, antes 04-1200			

Nirsevimab 50 mg/0,5 mL. Solución inyectable	41-4343	HR	2B
Prescripción por médicos generales asignados a los servicios de Neonatología y Pediatría, así como especialistas en Pediatría, Neonatología para inmunoprofilaxis del virus respiratorio sincicial en: • Recién nacidos de madres que no recibieron vacunación contra el virus respiratorio sincicial durante el embarazo actual o la recibieron en una gestación previa. • Prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer o de menos 1500 g de peso al nacer y que al inicio del período de alta circulación viral tenga menos de 1 año, independientemente del estado de vacunación de la madre. • Lactantes que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año y alguna de las siguientes condiciones: - enfermedad pulmonar crónica, particularmente displasia broncopulmonar. - cardiopatías congénitas acianógenas hemodinámicamente significativas, o cardiopatías cianógenas. - enfermedades neurológicas, en particular enfermedades neuromusculares. - inmunodeficiencias. - defectos anatómicos de las vías respiratorias (por ejemplo, laringomalacia o fistula traqueoesofágica). Las prescripciones por médico general quedan bajo la supervisión y responsabilidad del jefe de servicio de Pediatría o Neonatología según corresponda. 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: Se amplía para medicina general de los servicios de Pediatría y Neumología, se cambia clave de HRE a HR			

Desmopresina 60 ug Tableta sublingual	38-0465	R	2A
A. Tratamiento de Diabetes Insípida. Dosis: Inicial, 60 microgramos tres veces al día, administradas por vía sublingual. Mantenimiento: desde 60 hasta 720 microgramos presentación para uso sublingual tres veces al día. B. Uso de especialistas en Pediatría y Urología Pediátrica en el tratamiento de niños mayores de 5 años, con enuresis monosintomática, sin respuesta al tratamiento. Dosis Inicial: 120 µg sublingual a la hora de acostarse, durante 1 mes. Si responde al mes, mantener 120 µg hasta completar 3 meses. Si no responde al mes, aumentar a 240 µg/día por 1 mes; si responde, mantener 2 meses más a 240 µg; si no responde luego de 3 meses de tratamiento, suspender la medicación, continuar con medidas no farmacológicas y referir a Urología Pediátrica. Observaciones: Se elimina Uso exclusivo de especialistas en Hematología, específicamente en pacientes con deficiencia del factor Von Willebrand. Se incluye uso en enuresis monosintomática, sin respuesta al tratamiento.			

Tocilizumab 162 mg/ 0,9 ml. Solución para inyección subcutánea	41-4686	E	2B
1. Prescripción por especialista como primera línea de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide activa que cumplan con todas las siguientes condiciones (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024): – das 28 mayor o igual a 5.1. – haber utilizado esquemas terapéuticos con metotrexato (oral y parenteral), sulfasalazina hidroxiquina y leflunomida. estos esquemas deben haber sido utilizados durante al menos 3 meses a las dosis máximas recomendadas, a menos que exista una contraindicación debidamente justificada. No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso Observaciones: se elimina punto 2. (Prescripción por especialista para el tratamiento síndrome de liberación de citocinas)			

Tocilizumab 20 mg/ mL	41-4687	HE	2B
Tocilizumab 80 mg (20 mg/ mL)	41-4688		
Concentrado para solución para infusión intravenosa			
1. Prescripción por especialista como primera línea de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide activa que cumplan con todas las siguientes condiciones (ver lineamiento GM-CCF-4842-2024): – peso mayor o igual a 100 kg. – das 28 mayor o igual a 5.1. – haber utilizado esquemas terapéuticos con metotrexato (oral y parenteral), sulfasalazina, hidroxiquina y leflunomida. estos esquemas deben haber sido utilizados durante al menos 3 meses a las dosis máximas recomendadas, a menos que exista una contraindicación debidamente justificada. 2. Prescripción por especialista en Hematología para el tratamiento síndrome de liberación de citocinas 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: se restringe a la especialidad de hematología para el tratamiento del síndrome de liberación de citocinas			

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. Punto III.4. Despacho de medicamentos inyectables o clave H para administración extrainstitucional
---------------------	--

Sesión CCF	– 2026-26
-------------------	-----------

Observaciones	– Se incluye punto III.4.4, se modifica numeración de los que antes eran puntos III.4.4 y III.4.5
----------------------	---

Detalle	– Se incluye Ifosfamida, acorde con el Lineamiento institucional de uso domiciliar de ifosfamida en sarcomas, según GM-CCF-2813-2026, modificación comunicada mediante circular DFE-AMTC-0542-2026
----------------	--

Actual	III.4.1 En el caso de los medicamentos oncológicos 5-fluoruracilo e ifosfamida a dosis altas, como parte de los esquemas de tratamiento avalados por el CCF para su despacho domiciliar por medio de bomba portátil de infusión, se establece que la infusión debe ser preparada por la Farmacia Oncológica respectiva, y la bomba de infusión portátil debe ser colocada, programada y retirada por profesionales en enfermería según instrucción de la unidad de quimioterapia del hospital correspondiente donde el usuario tiene control especializado. Para el caso de la ifosfamida a dosis altas debe cumplirse el lineamiento GM-CCF-2813-2026.
---------------	--

NOMENCLATURA

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

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

SIGNIFICADO

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

- 2 CÓDIGO**
El código es un número que identifica cada medicamento y para efectos Institucionales corresponde a un ordenamiento administrativo. Los primeros dos dígitos corresponden al grupo terapéutico del medicamento y van del número 01 al 54; luego, separados por un guion aparecen 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 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.

SIGNIFICADO

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

CLAVE

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

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

4

NIVEL DE USUARIO

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

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

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

5

LINEAMIENTO

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

6

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia

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

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

Dirección de Farmacoepidemiología¹

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

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

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

correo electrónico | gm_df_amt@ccss.sa.cr