

CAJA  
COSTARRICENSE  
DE SEGURO  
SOCIAL

GERENCIA  
MÉDICA



Centro Corporativo  
Internacional  
Torre B, Piso 6

Barrio Don Bosco  
Avenida 8  
Calles 26 y 28

Teléfono: 2539-0000

Extensión: 8601, 8602

Fax: 2539-1087

# Acuerdos Comité Central de Farmacoterapia

AÑO : 24

N° 64

MARZO 2022

## ACTUALIZACIÓN Lista Oficial de Medicamentos

### I. INCLUSIONES

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

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

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

- **ALDI:** Área de Almacenamiento y Distribución de Medicamentos en la CCSS.

### I.A. MEDICAMENTOS ALMACENABLES

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

<b>Desmopresina 60 ug (como acetato de desmopresina). Tableta sublingual</b>	<b>38-0465</b>	<b>R</b>	<b>2A</b>
A. Tratamiento de Diabetes Insípida. B. Uso exclusivo de especialistas en Hematología, específicamente en pacientes con deficiencia del factor Von Willebrand.			
<b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2021-47 acordó <b>incluir</b> en la Lista Oficial de Medicamentos la <b>desmopresina 60 ug (como acetato de desmopresina) tableta sublingual</b> (código 1-10-38-0465 [almacenable]), <b>nivel de usuario 2-A</b> y <b>clave R</b> para ser <b>utilizado en el tratamiento de la diabetes insípida y por parte de los especialistas en Hematología para el manejo de pacientes con deficiencia del factor Von Willebrand.</b>			

<b><i>Ganciclovir base 500 mg (como ganciclovir sódico).</i></b>	<b><i>04-4000</i></b>	<b><i>HRE</i></b>	<b><i>2A</i></b>
Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla.			
<p>Uso exclusivo para especialista en Oftalmología, Nefrología, Infectología e Inmunología, en las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de enfermedad activa por Citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos y cuando este contraindica- do el uso de valganciclovir oral.</li> <li>• La enfermedad por CMV debe demostrarse mediante un método diagnóstico objetivo: antigenemia, carga viral, biopsia, examen del fondo de ojo por Oftalmólogo.</li> <li>• Prevención de enfermedad por CMV en pacientes receptores de trasplantes en riesgo de por enfermedad CMV mientras se pasa a vía oral con valganciclovir.</li> </ul>			
<p>El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2021-45 acordó <b><i>in- cluir</i></b> en la Lista Oficial de Medicamentos el <b><i>ganciclovir base 500 mg (como ganciclovir sódico) polvo liofilizado para solución inyecta- ble</i></b> (código 1-10-04-4000 [Almacenable]), <b><i>nivel de usuario 2-A</i></b> y <b><i>cla- ve HRE</i></b> para uso exclusivo por <b><i>especialista en Oftalmología, Nefro- logía, Infectología e Inmunología</i></b>, en las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Tratamiento de enfermedad activa por Citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos y cuando este contraindicado el uso de valganciclovir oral.</i></b></li> <li>• <b><i>La enfermedad por CMV debe demostrarse mediante un mé- todo diagnóstico objetivo: antigenemia, carga viral, biopsia, examen del fondo de ojo por Oftalmólogo.</i></b></li> <li>• <b><i>Prevención de enfermedad por CMV en pacientes recepto- res de trasplantes en riesgo de por enfermedad CMV mien- tras se pasa a vía oral con valganciclovir.</i></b></li> </ul>			

<b>Linezolid 600 mg / 300 mL (2 mg / mL).</b>	<b>02-4200</b>	<b>HRE</b>	<b>2B</b>
Solución inyectable para infusión intravenosa.			
Bolsa de poliolefina con 300 mL.			
Exclusivo para la prescripción por especialistas en Infectología en:			
<p>1. Infecciones en las que se encuentra contraindicado en forma absoluta el uso de vancomicina.</p> <p>Terapia empírica por un máximo de 96 horas y terapia definitiva por un máximo de 14 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de lesión renal: en observaciones de la receta debe anotarse el valor de la TFG<sub>e</sub> del paciente, esta debe ser menor a 50 mL/min/1,73m<sup>2</sup> para justificar el uso de este antimicrobiano. No se aceptará riesgo de nefrotoxicidad para terapia empírica.</li> <li>• En caso de hiperfiltración renal (TFG &gt; 120 mL/min/1.72m<sup>2</sup>) que dificulte alcanzar parámetros pKpD, debe anotarse en el espacio de observaciones de la receta el valor y la petición del sistema de laboratorio que documenta esta TFG<sub>e</sub> elevada. Además, en caso de terapia empírica debe justificarse el motivo para sospechar de SARM para una terapia máxima de 5 días, y en caso de terapia definitiva se autorizará por un máximo de 14 días.</li> <li>• En caso de reacción de hipersensibilidad conocida o de descarga histaminérgica por glucopéptido, debe de contarse con el reporte en NOTIFACEDRA y una justificación anotada en el expediente y espacio de observaciones de la receta.</li> <li>• En caso de falla terapéutica o dificultad para alcanzar niveles de vancomicina debe justificarse con evidencia microbiológica, niveles de vancomicina con relación a parámetros pKpD que no es posible alcanzar los niveles terapéuticos deseados. El especialista en Infectología debe describir en el espacio de observaciones las fechas de persistencia documentada del proceso infeccioso.</li> <li>• Además, en caso de terapia empírica debe justificarse el motivo para sospechar SARM para una terapia máxima de 5 días en espera de los cultivos o evidencia molecular de presencia de SARM, y en caso de terapia definitiva se autorizará por un máximo de 14 días.</li> <li>• Para el diagnóstico de celulitis 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.</li> </ul> <p><i>(Lineamiento continúa en la siguiente página)...</i></p>			

<b>Linezolid 600 mg / 300 mL (2 mg / mL).</b>	<b>02-4200</b>	<b>HRE</b>	<b>2B</b>
Solución inyectable para infusión intravenosa.			
Bolsa de poliolefina con 300 mL.			
<p>...(Continuación de lineamiento, página anterior).</p> <p>2. BN necrotizante o paciente con enfermedad invasora que amerite terapia doble.</p> <p>Vancomicina es el tratamiento avalado a nivel institucional como primera línea para infecciones por cocos Gram positivos resistentes a penicilinas por lo que dentro de las indicaciones LOM la justificación de mejor pK en tejido pulmonar, osteoarticular o blando no podrá ser una justificación para el uso LOM antes del uso de vancomicina.</p> <p>Es una alternativa para el tratamiento dirigido de infecciones por enterococos resistentes a vancomicina y ampicilina o cuando se cuente con contraindicación para el uso de betalactámico (cuyo motivo deberá estar anotado en el espacio de observaciones de la receta).</p> <p><b>Solicitudes por un periodo de entre 14 días y 6 semanas serán resueltas por el CLF (requiere completar 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.</b></p> <p><b>No está indicado su uso en pacientes con bacteriemia por SARM originadas en catéter venoso central o endocarditis que no han respondido o tienen contraindicación a vancomicina por lo que debe considerarse el uso de otra alternativa terapéutica.</b></p>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-02 acordó incluir en la Lista Oficial de Medicamentos el <b>Linezolid 600 mg / 300 mL (2 mg / mL). Solución inyectable para infusión intravenosa</b> (código 1-10-02-4200 [almacenable], <b>nivel de usuario 2B</b> y <b>clave HRE</b>, para ser utilizado en cumplimiento de los lineamientos anteriormente mencionados.</p>			

<b>Linezolid 600 mg. Tableta recubierta</b>	<b>02-0700</b>	<b>HRE</b>	<b>2B</b>
<p>Exclusivo para la prescripción por especialistas en Infectología como traslape de terapia endovenosa a vía oral en infecciones causadas por microorganismos Gram positivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Infecciones en las que se encuentra contraindicado en forma absoluta el uso de las otras alternativas LOM orales: <ul style="list-style-type: none"> <li><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.</li> </ul> </li> <li>Terapia empírica en infecciones de piel y tejido blando <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> </li> <li>Indicaciones para infecciones por micobacterias requieren autorización por AMTC o CCF según corresponda.</li> </ol> <p>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).</p> <p>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 ATMC y periodos mayores a 12 semanas serán valoradas por el CCF</p>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-02 acordó <b>incluir</b> en la Lista Oficial de Medicamentos el <b>Linezolid 600 mg. Tableta recubierta</b> (código 1-10-02-0700 [Almacenable]), <b>nivel de usuario 2B y clave HRE</b>, para ser utilizado en cumplimiento de los lineamientos anteriormente mencionados.</p>			

<b>Valganciclovir 450 mg (como hidrocloreuro de valganciclovir). Tableta recubierta.</b>	<b>04-0800</b>	<b>RE</b>	<b>2 A</b>
<p>Uso exclusivo para especialista en Oftalmología, Nefrología e Infectología, en las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento enfermedad activa por Citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos.</li> <li>• La enfermedad por CMV debe ser demostrada por algún método objetivo: antigenemia, carga viral, biopsia, examen del fondo de ojo por Oftalmología.</li> <li>• Prevención de enfermedad por CMV en receptores de trasplante en riesgo por enfermedad por CMV para continuación después del uso de ganciclovir IV.</li> </ul>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2021-45 acordó <b>incluir</b> en la Lista Oficial de Medicamentos el <b>Valganciclovir 450 mg (como hidrocloreuro de valganciclovir). Tableta recubierta, nivel de usuario 2-A y clave RE</b> para uso exclusivo de los especialistas en <b>Oftalmología, Nefrología e Infectología</b>, en las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamiento enfermedad activa por Citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos.</b></li> <li>• <b>La enfermedad por CMV debe ser demostrada por algún método objetivo: antigenemia, carga viral, biopsia, examen del fondo de ojo por Oftalmología.</b></li> <li>• <b>Prevención de enfermedad por CMV en receptores de trasplante en riesgo por enfermedad por CMV para continuación después del uso de ganciclovir IV.</b></li> </ul>			

## I.B. MEDICAMENTOS LISTA COMPLEMENTARIA- Z

<b>Montelukast 4 mg (como montelukast sódico)</b>	<b>23-1046 Z</b>	<b>RE</b>	<b>2D</b>
Tableta masticable			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso exclusivo en Pediatría y Alergología.</li> <li>2. Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales.</li> <li>3. Dermatología para urticaria crónica.</li> </ol>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2020-18 acordó <b>incluir</b> en la Lista Oficial de Medicamentos el <b>montelukast 4 mg (como montelukast sódico) tableta masticable</b> (código 1-10-23-1046 de la Lista Complementaria-Z), <b>nivel de usuario 2D</b> y <b>clave RE</b> para uso exclusivo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pediatría y Alergología.</li> <li>2. Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales.</li> <li>3. Dermatología para urticaria crónica.</li> </ol>			

## II. MODIFICACIONES

## II.A. MEDICAMENTOS ALMACENABLES

<b>Amfotericina B 50 mg</b>	<b>04-3170</b>	<b>HE</b>	<b>2 A</b>
<i>Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla.</i>			
Uso exclusivo Infectología, Medicina Interna, Geriátrica, Dermatología, Cirugía, Pediatría, Hematología y Oncología Médica.			
<p><b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del <b>medicamento código 1-10-04-3170 (almacenable)</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 10206, publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 48 del 11-03-22 y acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2022-28.</p>			

<b>Ácido ursodeoxicólico 150mg.</b>	<b>32-0093</b>	<b>RE</b>	<b>3A</b>
<b>Tabletas</b>			
<p>Uso exclusivo Gastroenterología Pediátrica, tratamiento de fibrosis quística de páncreas y colestasis intrahepáticas.</p> <p>Hematología, según protocolo de trasplante de médula ósea.</p> <p>Neonatología, en aquellos casos que se presente colestasis asociada a nutrición parenteral como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción.</p>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-02 acordó <b>autorizar</b> el uso del medicamento <b>ácido ursodeoxicólico 150 mg tabletas</b> (código 1-10-32-0093 [almacenable]) a los especialistas en <b>Neonatología</b> para ser utilizado en aquellos <b>casos que se presente colestasis asociada a nutrición parenteral como alternativas de manejo en la institución para estos pacientes, utilizando el consentimiento informado previa prescripción.</b></p>			

<b>Bromuro de ipratropio anhidro 0,02 mg (20 µg) / dosis (como Bromuro de Ipratropio monohidrato 21 µg / dosis).</b>	<b>23-7095</b>	<b>E</b>	<b>1 A</b>
Solución para aerosol. Para inhalación oral.			
Frasco presurizado con 10 mL( aproximadamente 12,9 gramos). Contiene 200 dosis. Con válvula dosificadora.			
No contiene propelentes clorofluorcarbonados (CFC).			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso exclusivo Neumología, Medicina Interna, Geriátrica, Medicina Familiar y Comunitaria.</li> <li>2. Médico General para seguimiento de tratamientos iniciados por los especialistas anteriores y de acuerdo con Lineamientos Estrategia APER.</li> <li>3. Para ser utilizado en los Servicios de Urgencia, Emergencia y hospitalización en el manejo exacerbación de pacientes con asma o EPOC en cumplimiento de GM-MDA-5817-2020 y lineamiento IT.GM.DDSS.ASC.240420, durante la pandemia COVID-19.</li> </ol>			
<p><b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del medicamento <b>código 1-10-23-7095 (almacenable)</b> con base en la ficha técnica vigente Versión CFT 23105 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 11 del 10-01-2022.</p>			

<b>Concentrado de complejo de protrombina. 500 A 600 UI.</b> Concentrado liofilizado estéril para solución inyectable. Frasco ampolla. Con diluyente en frasco ampolla o ampolla con 5 mL o con 20 mL o con 30 mL. Con equipo para inyección.	12-3820	HE	2B
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Especialistas en Cuidados Intensivos, Anestesiología y Medicina de Emergencias para revertir los efectos de los anticoagulantes orales en pacientes con sangrados que comprometa la vida del paciente, como opción alternativa al plasma fresco congelado en los casos en que la disponibilidad de ese recurso sea limitada y cuando esté contraindicada la administración de grandes cantidades de volumen endovenoso.</li> <li>2. Hematología (se autoriza despacho para uso domiciliar o extrainstitucional).</li> </ol>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-11 acordó <b>modificar la clave</b> del medicamento <b>Concentrado de complejo de protrombina. 500 A 600 UI</b> (código 1-10-12-3820 [almacenable]) de <b>E a HE</b> y <b>actualizar los lineamientos</b> de uso quedando de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Especialistas en Cuidados Intensivos, Anestesiología y Medicina de Emergencias para revertir los efectos de los anticoagulantes orales en pacientes con sangrados que comprometa la vida del paciente, como opción alternativa al plasma fresco congelado en los casos en que la disponibilidad de ese recurso sea limitada y cuando esté contraindicada la administración de grandes cantidades de volumen endovenoso.</b></li> <li>2. <b>Hematología (se autoriza despacho para uso domiciliar o extrainstitucional).</b></li> </ol>			

<b>Fórmula enteral de nutrientes complejos con proteína de soya:</b> <i>Porcentajes como aporte calórico: 10-12% de proteínas, 44-49% de grasa, 40-44% de carbohidratos, vitaminas y minerales.</i>	<b>50-7530</b>	<b>RE</b>	<b>2D</b>
<i>Polvo para dilución.</i>			
<i>Envase con 400 a 500 g ó envase con 800 g a 1.000 g. Contiene ponderación.</i>			
<p>Uso exclusivo en niños de 6 meses a 1 año de edad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alergología y Pediatría según protocolo para uso institucional de fórmula enteral de nutrientes complejos con proteína de soya (Boletín Terapéutico No. 10 Año 2009).</li> <li>2. Servicios Especializados en la atención de Enfermedades Raras y Huérfanas.</li> <li>3. Pediatría: en casos en donde no es posible la lactancia materna, como: hospitalización de la madre, madre con infección por VIH, madre adicta a drogas, en tratamiento con quimioterapia o propiltiouracilo, muerte materna.</li> </ol> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p>			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-09 acordó modificar la clave de la <b>fórmula enteral de nutrientes complejos con proteína de soya</b> (código 1-10-50-7530 [almacenable]) de <b>R a RE</b> y los <b>lineamientos de uso</b>, quedando de la siguiente manera:</p> <p><b>Uso exclusivo en niños de 6 meses a 1 año de edad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Alergología y Pediatría según protocolo para uso institucional de fórmula enteral de nutrientes complejos con proteína de soya (Boletín Terapéutico No. 10 Año 2009).</b></li> <li>2. <b>Servicios Especializados en la atención de Enfermedades Raras y Huérfanas.</b></li> <li>3. <b>Pediatría: en casos en donde no es posible la lactancia materna, como: hospitalización de la madre, madre con infección por VIH, madre adicta a drogas, en tratamiento con quimioterapia o propiltiouracilo, muerte materna.</b></li> </ol> <p><b>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.</b></p>			

<p><b>Hipromelosa al 0,5% (5 mg / mL)</b> solución estéril para uso oftálmico con preservante (cloruro de benzalconio), frasco gotero con 10 mL o 15 mL</p> <p>o</p> <p><b>Hipromelosa al 0,3% (3 mg / mL)</b> solución estéril para uso oftálmico, frasco gotero con 10 mL o 15 mL</p> <p>o</p> <p><b>Carboximetilcelulosa sódica al 0,5% (5 mg / mL).</b> Solución estéril para uso oftálmico, frasco gotero con 15 mL o 30 mL.</p>	45-7200	M	1A
<p><b>Sección O (Odontología):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso exclusivo de Odontólogos especialistas en Cirugía Maxilo-facial en pacientes con prótesis ocular [Clave:RE], en Hospitales Nacionales y Especializados [Nivel de usuario: 3-A]</li> </ul>			
<p><b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del <b>código compartido 1-10-45-7200 [almacenable]</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 22204 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 48 del 11-02-2022.</p>			

<p><b>Iohexol al 64.7% (contiene 300mg/mL de yodo unido orgánicamente /mL).</b> Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o</p> <p><b>Iopamidol al 61% (contiene 300mg de yodo unido orgánicamente/mL).</b> Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o</p> <p><b>Ioversol al 68% (contiene 320mg/mL de yodo unido orgánicamente/mL).</b> Solución inyectable. Frasco ampolla con 50 mL o</p> <p><b>Iohexol al 64.7%. (contiene 300 mg de yodo unido orgánicamente/mL).</b> Solución inyectable. Frasco con 50 mL.</p>	52-4163	HE	2B
Uso exclusivo Radiología			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2021-43 avaló la ampliación del código <b>1-10-52-4163 (almacenable)</b> a la presentación: <b>Iohexol al 64.7%. (contiene 300 mg de yodo unido orgánicamente/mL).</b> Solución inyectable. Frasco con 50 mL.</p>			

<b>Mitomicina 5 mg. Polvo para inyección. Inyectable.</b> Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto (agua estéril para inyección) o <b>Mitomicina 20 mg. Polvo para inyección. Inyectable.</b> Frasco ampolla con o sin diluyente adjunto (agua estéril para inyección).	<b>41-4310</b>	<b>HE</b>	<b>2A</b>
Uso exclusivo Hematología, Oncología Médica, Oftalmología. Urología para instilaciones vesicales.			
<b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del medicamento <b>código 1-10-41-4310 [almacenable]</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 0802.			

<b>Prednisolona 1 mg</b>	<b>34-1410</b>	<b>R</b>	<b>1A</b>
<b>Tableta</b>			
Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio en niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.			
<b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del <b>código 1-10-34-1410 [almacenable]</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 44402 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 31 del 16-02-2022.			

<b>Prednisolona 25 mg</b>	<b>34-1430</b>	<b>R</b>	<b>1A</b>
<b>Tableta</b>			
Uso exclusivo de especialista en Pediatría para manejo ambulatorio de niños menores de 2 años de edad. Prescripción por Médico General en adultos y niños mayores de 2 años de edad.			
<b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del <b>código 1-10-34-1430 [almacenable]</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 44502 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 31 del 16-02-2022.			

<b>Raltegravir 434, 4 mg (como raltegravir potásico) equivalente a 400 mg de raltegravir.</b>	<b>04-0590</b>	<b>R</b>	<b>2A</b>
<i>Tableta recubierta.</i>			
Uso exclusivo para Infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH para: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso prioritario en mujeres con VIH durante el embarazo y desde el momento que la mujer decida intentar la concepción.</li> <li>2. Pacientes coinfectados VIH-tuberculosis durante el periodo de tratamiento de la tuberculosis.</li> </ol>			
<b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del <b>código 1-10-04-0590 (almacenable)</b> con base en la ficha técnica vigente versión CFT 80003 publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 48 del 11-03-2022.			

<b>Warfarina sódica 1 mg</b>	<b>11-1758</b>	<b>M</b>	<b>1 A</b>
<i>Tableta</i>			
Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina.			
La unidad debe disponer de laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que están disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.			
<b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-06 acordó <b>modificar la clave</b> de la <b>warfarina sódica 1 mg tableta</b> (código 1-10-11-1758 [almacenable]) <b>de R a M</b> y <b>los lineamientos de uso</b> quedando de la siguiente manera: <b>Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina.</b> <b>La unidad debe disponer de laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que están disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.</b>			

<b>Warfarina sódica 5 mg</b>	<b>11-1760</b>	<b>M</b>	<b>1 A</b>
<i>Tableta</i>			
Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina.			
La unidad debe disponer de laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que están disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-06 acordó <b>modificar la clave</b> de la <b>warfarina sódica 5 mg tableta</b> código 1-10-11-1760 [almacenable] de <b>R a M</b> y los <b>lineamientos de uso</b> quedando de la siguiente manera:</p> <p><b>Se recuerda la importancia de educar al paciente en los riesgos del medicamento, incluyendo interacciones medicamentosas y alimenticias relacionadas con el uso de la warfarina.</b></p> <p><b>La unidad debe disponer de laboratorio clínico que realice las determinaciones de INR, TP, TPT y los resultados que están disponibles en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.</b></p>			

## II.B. MEDICAMENTOS LISTA COMPLEMENTARIA [ Z ]

<b>Fórmula modificada para alimentación de lactantes.</b> Composición en 100 g de polvo: porcentaje como aporte calórico: 7-10% proteínas, 40-45% carbohidratos, 45-50% grasas, vitaminas y minerales. Polvo. Lata con 400 g a 1 K.	<b>50-7240</b> <b>Z</b>	<b>R</b>	<b>2B</b>
Uso exclusivo en niños hasta los 6 meses de edad en donde no es posible la lactancia materna, como por ejemplo: hospitalización de la madre, madre con infección por VIH, madre adicta a drogas, en tratamiento con quimioterapia o propiltiouracilo, muerte materna.			
<p><b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2021-40 acordó modificar el <b>lineamiento de uso</b> de la <b>Fórmula modificada para alimentación de lactantes</b> (código 1-10-50-7240 de la Lista Complementaria-Z) quedando de la siguiente manera:</p> <p><b>Uso exclusivo en niños hasta los 6 meses de edad en donde no es posible la lactancia materna, como por ejemplo: hospitalización de la madre, madre con infección por VIH, madre adicta a drogas, en tratamiento con quimioterapia o propiltiouracilo, muerte materna.</b></p>			

<b>Fortificante de leche materna</b>	<b>50-6859 Z</b>	<b>HRE</b>	<b>2B</b>
<i>Polvo. Sobre con 0.90 g de polvo para dilución en leche materna.</i>			
Uso exclusivo de Neonatología para ser utilizado en niños con peso inferior a 1600 g			
<b>Observaciones:</b> Se <b>actualiza la descripción</b> del código <b>1-10-50-6859 (Lista Complementaria-Z)</b> con base la ficha técnica vigente versión CFT 60403 que fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 8 del 14-01-2022.			

<b>Risperidona 1 mg/mL. Solución oral.</b>	<b>30-6950 Z</b>	<b>RE</b>	<b>2C</b>
<i>Envase con 30 mL o 60 mL.</i>			
<i>Según protocolo Institucional CCF-3747-09-14:</i>			
<ol style="list-style-type: none"> <li><i>Psiquiatría y especialistas en Neurodesarrollo en pacientes mayores de 5 años.</i></li> <li><i>Geriatría en pacientes adultos con problemas deglutorios.</i></li> </ol>			
<i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.</i>			
<b>Observaciones:</b> El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2022-09 acordó <b>autorizar el uso</b> de la <b>risperidona 1 mg/mL solución oral</b> (código 1-10-30-6950 Lista Complementaria-Z) a los especialistas en <b>Geriatría</b> para ser utilizada en <b>pacientes adultos con problemas deglutorios</b> ; adicionalmente, la <b>modificación del nivel de usuario</b> de <b>3-A a 2C</b> .			

## CONFORMACIÓN DEL COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA



### Coordinadora:

- *Dra. Marjorie Obando Elizondo.*

### Secretaría Técnica :

- *Dra. Olga Paola Vásquez Barquero*

### Miembros permanentes:

- *Dra. María Paz León Bratti.* Representante de Medicina Interna.
- *Dra. Faridy Helo Guzmán.* Representante de Geriatria.
- *Dr. Rafael Montero Ramírez.* Representante de Ginecología-Obstetricia.
- *Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes.* Representante de Pediatría.
- *Dr. Gilberth Benavides Gómez.* Representante de Medicina General.
- *Dra. Maureen Villalobos Ugalde.* Representante del Colegio de Médicos y Cirujanos.
- *Dr. Raúl Armando Alpízar Blanco.* Representante de la Unión Médica Nacional.
- *Dr. Osvaldo Montenegro García.* Representante Farmacias de los Hospitales Nacionales
- *Dr. Alberth Núñez Chavarría.* Representante del Colegio de Farmacéuticos.
- *Dr. Anabelle Quirós Sánchez.* Representante de SIPROCIMECA.

### Asesores

- **Reumatología:** *Dr. Ricardo Sáenz Castro .*
- **Neurología:** *Dr. Sixto Bogantes Ledezma .*

**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**

**TELÉFONO (CENTRAL): 2539-0000.**

**EXTENSIONES: 8601, 8602**

**FAX: 2539-1087**

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

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

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

**Dirección de Farmacoepidemiología<sup>1</sup>**

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),