

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

PARA: Directores Médicos, médicos prescriptores, Comités Locales de Farmacoterapia, Jefaturas de Farmacia, Jefaturas de Odontología, de Hospitales Nacionales, Centros Especializados, Hospitales Regionales, Periféricos, CAIS y Áreas de Salud.

ASUNTO: Complemento a la Circular GM-DFE-1088-2026: Gestión de resolución de medicamentos NO FTI/LOM.

Estimados(as) señores (as):

Reciban un cordial saludo.

En el marco del compromiso de la Dirección de Farmacoepidemiología (DFE) con el fortalecimiento e implementación del nuevo proceso institucional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), y atendiendo las consultas y espacios de coordinación desarrollados con los establecimientos de salud, con respecto a la **gestión de medicamentos de uso crónico no incluidos en el Formulario Terapéutico Institucional (FTI/LOM) cuya resolución corresponde al nivel local** y según lo comunicado en la circular GM-DFE-1088-2026 del 08 de octubre del 2026, se procede a actualizar el listado de medicamentos para esta condición.

Se remite el listado adjunto con el propósito de garantizar un abordaje homogéneo de las solicitudes y fortalecer la toma de decisiones basada en la mejor evidencia científica disponible. En este sentido es importante recordar que dichas solicitudes deberán tramitarse mediante el **Formulario para la Solicitud de Medicamentos de Uso Crónico No FTI/LOM para Resolución Local**.

Resulta pertinente aclarar que las solicitudes de medicamentos que no estén incluidos en el listado adjunto a este oficio para nuevos casos, aunque hayan sido autorizados previamente por el Comité Central de Farmacoterapia para un caso excepcional, no podrán ser gestionados para resolución por el Comité Local de Farmacoterapia. En estos casos, lo que procede es completar el *Formulario para la solicitud de evaluación de tecnologías sanitarias de un nuevo medicamento no disponible en el formulario terapéutico institucional (FTI/LOM) de la CCSS*, el cual debe ser dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología para el análisis correspondiente.

En el caso de medicamentos autorizados previamente por el Comité Central de Farmacoterapia para casos excepcionales, independientemente de que estén o no en el listado adjunto, las continuaciones de tratamiento podrán seguir siendo resueltas por parte del Comité Local de Farmacoterapia.

En el caso de que se desee utilizar un medicamento incluido en el listado adjunto para una indicación no prevista en sus lineamientos de uso institucional, dado que se trata de medicamentos que ya están en proceso de inclusión en el Formulario Terapéutico

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

Institucional, lo que procede es completar el *Formulario para la solicitud de ampliación de indicaciones de un medicamento incluido en el formulario terapéutico institucional (FTI/LOM) de la CCSS*, que debe ser dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología para el análisis correspondiente.

Según lo establecido en el Reglamento para la Selección y Gestión de Medicamentos en la CCSS, si un prescriptor identifica la necesidad de uso de un medicamento no incluido en el Formulario Terapéutico Institucional (y que está fuera del listado adjunto) para una indicación clínica, lo que procede es completar el *Formulario para la solicitud de evaluación de tecnologías sanitarias de un nuevo medicamento no disponible en el formulario terapéutico institucional (FTI/LOM) de la CCSS*, el cual debe ser dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología para el análisis correspondiente.

Se recuerda que, en todos los casos que en los lineamientos de uso institucional de un medicamento se indique que se requiere la valoración en sesión colegiada, el número de esta deberá registrarse tanto en la solicitud como en las observaciones de la receta. Donde no exista un servicio o suficientes especialistas para comentar los casos, deberá presentarse el caso en la sesión clínica del hospital de referencia, aprovechando los medios tecnológicos disponibles para facilitar la comunicación.

Adicionalmente, resulta pertinente aclarar que los medicamentos apoyados según el procedimiento transitorio que son de resolución local se solicitan por medio de *Formulario para la Solicitud de Medicamentos de Uso Crónico No FTI/LOM para Resolución Local*, para facilitar su gestión.

El seguimiento de los casos autorizados por el nivel local debe realizarse en la ***Herramienta para el seguimiento de medicamentos no incluidos en el FTI avalados a nivel local, según delegación de la Dirección de Farmacoepidemiología***, que se adjunta y que está disponible en el sitio web: www.ccss.sa.cr/lom en el documento Excel denominado *Herramientas de seguimiento ampliada*

Atentamente,

DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA



Firmado
Digitalmente

Dr. Ricardo Pérez Gómez
Director

Anexo: Herramientas de seguimiento ampliada

Cc:

- ✓ Gerencia Médica
- ✓ Comité Central de Farmacoterapia
- ✓ Directores, Direcciones Regionales
- ✓ Archivo

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

Cuadro 1.

Medicamentos previamente delegados para resolución local.

En el siguiente cuadro se enlistan los medicamentos que ya han sido delegados para resolución local y se indican los oficios en los que se han comunicado sus lineamientos de uso institucional.

Se recuerda que las solicitudes serán resueltas por el Comité Local de Farmacoterapia y deberán tramitarse mediante el **Formulario para la Solicitud de Medicamentos de Uso Crónico No FTI/LOM para Resolución Local**.

Estos medicamentos ya están en distintas etapas del proceso de inclusión al Formulario Terapéutico Institucional, por lo que, si se considera pertinente utilizarlo en una indicación no autorizada para uso institucional, se debe completar el *Formulario para la solicitud de ampliación de indicaciones de un medicamento incluido en el formulario terapéutico institucional (FTI/LOM) de la CCSS*, que debe ser dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología para el análisis correspondiente.

Código	Medicamento	Oficio delegación	Observaciones
111040056	Letermovir 240mg	GM-CCF-1360-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111080011	Riociguat 1mg	GM-DFE-0772-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111080012	Riociguat 1.5mg		
111080013	Riociguat 2mg		
111080014	Riociguat 2.5mg		
111110025	Treprostinil 1mg	GM-DFE-0772-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111110026	Treprostinil 2.5mg		
111110027	Treprostinil 5mg		
111130010	Ezetimibe 10mg	GM-CCF-2212-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111130011	Rosuvastatina 5mg	GM-CCF-5411-2025	Cuando se requiere la adquisición de una presentación distinta a la disponible en la LOM

GM-DFE-1101-2026
22 de octubre del 2026

111170014	Metilfenidato acción prolongada 10mg	GM-CCF-1337-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111170016	Metilfenidato acción prolongada 20mg		
111190002	Lidocaína parche 700mg	GM-CCF-1074-2025 y GM-CCF-1364-2025	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z). No requiere gestión de solicitud aguda para iniciar el tratamiento.
111210007	Solifenacina 10mg	GM-DFE-0735-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111210009	Solifenacina 5mg		
111210008	Mirabegrón 50mg	GM-DFE-0735-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111290013	Bupropión	DFE-AMTC-1497-2020	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111300021	Aripiprazol 10mg	GM-CCF-2213-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111330004	Polietilenglicol	GM-DFE-1167-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111400002	TSH recombinante	CCF-3949-07-19	Aval únicamente para los Hospitales Nacionales Generales. En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111400004	Cinacalcet 30mg	GM-CCF-2330-2026 GM-CCF-2546-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111400009	Cinacalcet 60mg		
111400010	Cinacalcet 90mg		
111410005	Imatinib 100mg	GM-CCF-5411-2025	Cuando se requiere la adquisición de una presentación distinta a la disponible en la LOM
111410048	Everolimus 0.75mg	GM-CCF-2543-2024	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410089	Everolimus 0.5mg		
111410047	Everolimus 0,25mg	GM-CCF-2543-2024	Para ajustes de dosis
111410058	Sunitinib 12,5mg	GM-CCF-5411-2025	Cuando se requiere la adquisición de una presentación distinta a la disponible en la LOM
111410059	Sunitinib 25mg		

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

111410117	Ibrutinib 140mg	GM-DFE-1169-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable.
111410144	Venetoclax kit de inicio	GM-DFE-1169-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410145	Venetoclax 100mg		
111410149	Atezolizumab 60mg/ml	DFE-AFEC-1067-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410150	Axitinib 1mg	GM-CCF-5411-2025	Cuando se requiere la adquisición de una presentación distinta a la disponible en la LOM
111410155	Ustekinumab 90mg/ml	GM-CCF-1792-2026 GM-CCF-1791-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410156	Ustekinumab 5mg/ml		
111410135	Olaparib 50mg	GM-DFE-1184-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410178	Olaparib 100mg		
111410179	Olaparib 150mg		
111410183	Tiotepa 100mg	GM-CCF-2310-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111410189	Tiotepa 15mg		
111410190	Ponatinib 45mg	GM-CCF-2817-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410200	Ponatinib 15mg		
111410208	Acalabrutinib 100mg	GM-DFE-1169-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable.
11141-0213	Inhibidor de C1 esterasa	GM-CCF-2810-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable.
11141-0217	Icatibant	GM-CCF-2810-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable.
111410218	Polatuzumab 20mg/ml	GM-DFE-0626-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410223	Upadacitinib 15mg	GM-DFE-0568-2026 GM-CCF-1792-2026 GM-CCF-1791-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable

GM-DFE-1101-2026
22 de octubre del 2026

111410226	Lenvatinib 4mg	GM-CCF-2318-2026	Ajuste de dosis por efectos secundarios
111410227	Lenvatinib 10mg	GM-CCF-2318-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410239	Guselkumab 100mg/ml	GM-CCF-1792-2026 GM-CCF-1791-2026 GM-CCF-1788-2026 GM-CCF-1785-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410240	Blinatumumab 35mcg	GM-CCF-0715-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410254	Upadacitinib 30mg	GM-DFE-0568-2026 GM-CCF-1792-2026 GM-CCF-1791-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410264	Enfortumab 20mg	GM-CCF-2318-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111410264	Enfortumab 30mg		
111410268	Asciminib 40mg	GM-CCF-2817-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111410269	Abemaciclib 50mg	GM-CCF-5411-2025	Cuando se requiere la adquisición de una presentación distinta a la disponible en la LOM
111410277	Ribociclib 200 mg (presentación refrigerada)	GM-CCF-1371-2026	Mientras se hace efectiva la modificación en el FTI y se disponga de la presentación adecuada para uso en cáncer de mama temprano.
111410278	Infliximab 100mg	GM-CCF-1792-2026 GM-CCF-1791-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111450035	Faricimab 0,6mg/0,05ml	GM-DFE-0631-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111460022	Clobetasol 0,05%	GM-CCF-2214-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111500033	Rivastigmina 9.5mg	GM-CCF-1010-2024 DFE-AMTC-0631-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111500053	Rivastigmina 4.6mg		
111500052	Saliva artificial	GM-CCF-4670-2022	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)
111500076	Macitentan 10mg	GM-DFE-0772-2026	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento almacenable
111500094	Selexipag 200mcg	GM-DFE-0772-2027	En el tanto se hace efectiva su inclusión al FTI como medicamento en tránsito (Z)

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

111500095	Selexipag 600mcg		
111500096	Selexipag 1800mcg		

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

Cuadro 2.

Medicamentos apoyados en la institución, actualmente delegados para resolución local.

En el siguiente cuadro se enlistan los medicamentos que se han venido apoyando en la institución, de resolución centralizada y los lineamientos para uso institucional, de modo que continúen siendo resueltos por parte de los Comités Locales de Farmacoterapia.

Se recuerda que las solicitudes serán resueltas por el Comité Local de Farmacoterapia y deberán tramitarse mediante el **Formulario para la Solicitud de Medicamentos de Uso Crónico No FTI/LOM para Resolución Local**.

Estos medicamentos ya están en distintas etapas del proceso de inclusión al Formulario Terapéutico Institucional, por lo que, si se considera pertinente utilizarlo en una indicación no autorizada para uso institucional, se debe completar el *Formulario para la solicitud de ampliación de indicaciones de un medicamento incluido en el formulario terapéutico institucional (FTI/LOM) de la CCSS*, que debe ser dirigido a la Dirección de Farmacoepidemiología para el análisis correspondiente.

En el siguiente listado, se incluyen medicamentos que ya cuentan con un lineamiento de uso institucional, sin embargo, en algunos de ellos, se agregan una o dos indicaciones que no fueron contempladas en el respectivo lineamiento y que han venido siendo apoyadas en la institución, con una experiencia de uso de al menos 6 meses a partir de la cual se está considerando su ampliación para la inclusión en el Formulario Terapéutico Institucional.

Código	Medicamento	Lineamientos de uso institucional
1-11-41-0083	BCG 81mcg intravesical	Prescripción por especialistas en Urología y Oncología para el tratamiento en adyuvancia a pacientes con carcinoma de vejiga in situ primario o recidivante. Para profilaxis después de la resección transuretral de tumores papilares en estadios Ta y/o T1 primarios o recidivantes, o para cualquier combinación de estos, independientemente del tratamiento intravesical previo. - Resección tumoral completa con músculo (reporte de biopsia), si la lesión es papilar de alto grado. - Después de segunda resección si la resección inicial fue incompleta o no había músculo en el espécimen. - Estadio clínico Ta G3, ó T1 G1-2, 3. - ECOG = 0 - 2. Requiere aval de sesión clínica coordinada del Servicio de Oncología y Urología. Aplicación en instilación vesical.

GM-DFE-1101-2026
22 de octubre del 2026

1-11-41-0193	Pirfenidona 267mg	Prescripción por especialistas en Neumología en pacientes que presentan reacciones adversas severas o bien cuando existe una contraindicación para el uso de nintedanib. Para el manejo únicamente de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en pacientes con enfermedad leve o moderada, definida como una capacidad vital forzada (FVC) $\geq$ 50%. No se recomienda su uso generalizado en pacientes con deterioro avanzado de la función pulmonar o con comorbilidades significativas que puedan comprometer la seguridad o eficacia del tratamiento.
1-11-41-0206	Trastuzumab deruxtecán	Prescripción por especialistas en oncología médica: 1. Como segunda línea para pacientes con cáncer de mama irresecable o metastásico HER2+ que hayan recibido terapia previa anti-HER2 (en escenario metastásico, neoadyuvante o adyuvante) y que hayan progresado durante el tratamiento o dentro de los 6 meses posteriores a su finalización. Dosis autorizada: 5.4 mg/kg IV cada 3 semanas hasta progresión de la enfermedad. 2. Cáncer de mama HER2 Low irresecable o metastásico, que hayan recibido quimioterapia previa en el entorno metastásico o cuya enfermedad haya recaído durante o dentro de los seis meses posteriores al tratamiento adyuvante.
1-11-02-0023	Azitromicina 500mg tabletas	1. Tratamiento post exposición por violación en las primeras 72 horas según el Protocolo interinstitucional de atención integral a personas víctimas de violación sexual. 2. Tratamiento de uretritis y cervicitis no complicadas (Chlamydia trachomatis). 3. Profilaxis antibiótica previo al procedimiento de captura ovocitaria según el Protocolo de atención clínica para el diagnóstico de la pareja o mujer sin pareja con infertilidad y tratamiento con técnicas de alta complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. 4. Profilaxis en pacientes con ruptura prematura de membranas menor a 34 semanas de gestación. Dosis única 1 gramo. 5. Tratamiento en pacientes embarazadas con diagnóstico de infección por Chlamydia trachomatis. 6. Tratamiento en pacientes con aislamiento positivo por ureaplasma en líquido amniótico. 7. Tratamiento en pacientes adultos portadores de fibrosis quística y colonizados por P. aeruginosa. Dosis: 500 mg/d lunes, miércoles y viernes. 8. Profilaxis semanal para-Mycobacterium avium complex en VIH.
1-11-02-0019	Azitromicina 200mg/5ml susp	
1-11-41-0054	Cetuximab	Prescripción por especialistas en oncología Médica para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello irresecable, con contraindicación de uso de platinos para uso en forma concomitante con la radioterapia durante la radioterapia.

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

1-11-46-0017	Imiquimod 5% (50mg/g) crema	Para el tratamiento de pacientes con: • Queratosis actínica clínicamente típica, no hipertrófica, no hiperqueratósica, en la cara o cuero cabelludo, en adultos inmunocompetentes. • Carcinoma superficial primario de células basales, confirmado por biopsia en adultos inmunocompetentes, con un diámetro máximo del tumor de 2.0 cm localizado en el tronco (excluyendo la piel anogenital), cuello, o extremidades (excluyendo manos y pies), únicamente cuando los métodos quirúrgicos son médicamente menos apropiados y el seguimiento del paciente puede ser asegurado de forma razonable. El diagnóstico histológico debe establecerse previo al tratamiento. • Verrugas/condiloma acuminado a nivel perianal y genital externo en pacientes ≥ 12 años de edad en adelante.
1-11-41-0210	Lomustina	Para el uso en el esquema PCV (Procarbazina, lomustina y vincristina) en pacientes con gliomas de bajo grado. Pacientes candidatos a tratamiento con esquema PCV a) Tumor supratentorial de grado OMS II: astrocitoma difuso, oligodendroglioma u oligoastrocitoma (gliomas de bajo grado). b) Presencia de la mutación IDH y codeleción 1p/19q c) Criterio que define un alto riesgo de recurrencia (un criterio es suficiente): a. Mayores de 40 años o b. Mayores de 18 años con antecedente de resección tumoral subtotal d) Estado funcional Karnofsky 60-100% o ECOG 0-1 e) Escala funcional neurológica: ≤ 3 f) Conteo de granulocitos $>1500/\text{mm}^3$ y plaquetas $>150\ 000/\text{microlitro}$
1-11-41-0209	Procarbazina	
1-11-02-0029	Tigeciclina 50mg	Uso exclusivo médicos especialistas en Infectología, en las siguientes condiciones: • Infecciones por gérmenes multirresistentes, sin otras opciones de terapia LOM y sensibilidad demostrada a esta molécula. • Infecciones por <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> sin criterios de sepsis o shock séptico, como segunda línea de tratamiento o con resistencia demostrada al trimetropin sulfametoxazol. En combinación con otro fármaco (trimetropin sulfametoxazol o levofloxacino). No es necesario contar con reporte de PSA. • Infecciones por <i>Acinetobacter baumannii</i>, en combinación con otras terapias sensibles según PSA, cuando se demuestre resistente ceftazidime. • Terapia de rescate en gastroenteritis por <i>Clostridiodes difficile</i> refractaria a vancomicina Prescripción inicial por 7 días, con posibilidad de extensión de la prescripción según criterio de infectología. Todo aval debe quedar documentado en el expediente digital del paciente. • Tratamiento de micobacterias no tuberculosas, basado en PSA y sin otras opciones de combinaciones LOM. En terapia combinada con otras moléculas sensibles, según pruebas de PSA. Duración de la prescripción inicial según criterio de Infectología. En centros donde no cuente con infectología, debe ser avalado por el servicio de infectología del hospital de referencia según la Red tanto para el inicio de tratamiento como para la ampliación del tiempo de prescripción, el cual debe documentarlo en el expediente digital del paciente.
1-11-41-0205	Siponimod 0.25mg	Prescripción por especialistas en Neurología para el tratamiento de pacientes con Esclerosis Múltiple Progresiva Secundaria con actividad, según lo establecido en el Lineamiento Institucional para el tratamiento farmacológico de esclerosis múltiple (GM-CCF-2293-2025).

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

1-11-41-0204	Siponimod 2mg	Prescripción por especialistas en Neurología para el tratamiento de pacientes con Esclerosis Múltiple Progresiva Secundaria con actividad, según lo establecido en el Lineamiento Institucional para el tratamiento farmacológico de esclerosis múltiple (GM-CCF-2293-2025)
1-11-41-0219	Trabectedina	Prescripción por especialistas en Oncología Médica para el tratamiento de pacientes con leiomioma avanzado (irreseccable o metastásico), que cumplan con los siguientes criterios: a) Pacientes adultos (≥ 18 años) b) Leiomioma uterino o de tejidos blandos c) Enfermedad metastásica o localmente avanzada irreseccable d) Sin quimioterapia previa para enfermedad avanzada e) ECOG 0–1 Esquema terapéutico: • Fase de inducción de 6 ciclos en combinación con Doxorubicina convencional • Fase de mantenimiento: Trabectedina en monoterapia cada 21 días, hasta progresión o toxicidad inaceptable, por un máximo de 17 ciclos.
1-11-41-0263	Anifrolumab 300mg	Para uso exclusivo de especialistas en reumatología para el tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico moderado a severo según la escala clínica SLEDAI 6, con refractariedad documentada a esquemas convencionales con: • Compromiso mucocutáneo: - Metotrexato 15-25mg semanales vía oral y parenteral - Micofenolato de Mofetilo 2-3 gramos diarios orales - Azatioprina 2-3mg/kg diarios orales - Rituximab 1 gramo quincenal IV (dos dosis) en caso de falla a las opciones supra citadas. • Compromiso articular: - Metotrexato 15-25mg semanales vía oral y parenteral. - Leflunomida 20mg diarios vía oral. - Rituximab 1 gramo quincenal IV (dos dosis) en caso de falla a las opciones supra citadas. • Exclusión de pacientes con nefritis lúpica activa o lupus neuropsiquiátrico.
1-11-30-0004	Olanzapina 10mg tabletas	Prescripción por especialistas en psiquiatría para uso en pacientes que presentan efectos secundarios o tiene contraindicación para el tratamiento de clozapina.
1-11-41-0079	Everolimus 10mg	Prescripción por especialistas en oncología médica para el tratamiento del carcinoma renal avanzado o metastásico con progresión posterior a tratamiento sistémico previo.
1-11-46-0006	Protector solar contra UVA y UVB factor mayor o igual a 30 con barrera física y química	Prescripción por especialistas en dermatología, reumatología, inmunología, medicina interna, geriatría, en pacientes con: • Enfermedades con fotosensibilidad o fotoexacerbación • Trastornos de pigmentación. • Enfermedades autoinmunes o inflamatorias con afectación cutánea • Neoplasias cutáneas y condiciones de alto riesgo. • Lesiones precursoras o relacionadas con daño solar.
1-11-12-0004	Romiplostim 250mcg	Prescripción por especialistas en hematología en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática en pacientes que ya han agotado las líneas terapéuticas institucionales según el lineamiento
1-11-02-0036	Tobramicina para inhalación.	Prescripción por especialistas en Neumología en niños y adultos con fibrosis quística con colonización respiratoria por Pseudomonas.

GM-DFE-1101-2026

22 de octubre del 2026

1-11-31-0002	Dexmedetomidina	- Pacientes que experimenten dificultades para la extubación exitosa en unidades de cuidado intensivo o salón de recuperación. Máximo 24 horas en infusión de 0,2 a 1,0 mcg/Kg/hora. Restringido a especialistas en cuidados intensivos y anestesiología. - En el tratamiento de delirio postoperatorio en unidades de cuidado intensivo, recuperación o en salón general cuando sea indicado por un especialista en anestesiología o un intensivista. Máximo por un periodo de 3 días. - Pacientes que requieren trasplante cardíaco o pulmonar, craneotomía o intervención del sistema nervioso central cuando se realicen en una modalidad de sedación consciente o TIVA. Uso restringido a especialistas en anestesia. - En pacientes con vía aérea difícil a quienes se les realiza un procedimiento de intubación endotraqueal despiertos. Uso restringido a especialistas en anestesia. - En el transoperatorio de pacientes con alto riesgo de delirio postoperatorio; llevados a un procedimiento de cirugía mayor (cirugía cardíaca, abdominal, vascular u ortopédica) y cumplan con alguno de los siguientes criterios: - Edad mayor de 60 años. - Politrauma o trauma craneoencefálico. - Antecedente de delirio, demencia, depresión y disfunción ejecutiva. - Insuficiencia cardíaca. - Pacientes en tratamiento por sepsis, falla hepática o evento cerebrovascular. - Lesión renal crónica asociada a acidosis metabólica. - Toxicomanía, dependencia de estupefacientes o alcoholismo crónico. - Desnutrición severa IMC<18.5 o puntaje NSR-2002 > 3. - Puntuación mayor a ≥50% en la escala PRE-DELIRIC. (https://www.rccc.eu/protocolos/sedoanalgesia/PreDeliric.html),
1-11-41-0221	Plerixafor	Prescripción por médicos especialistas en Hematología para pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple, linfoma de Hodgkin o linfoma no Hodgkin, que son candidatos a trasplante de médula ósea y han presentado falla a la estimulación medular con las opciones incluidas en el Formulario Terapéutico Institucional.
1-11-08-0006	Bosentan 62,5mg	Para prescripción por especialista en Neumología como: - Continuación de tratamiento de pacientes con Hipertensión Pulmonar (grupo 1 y grupo 4) que actualmente se encuentran en tratamiento activo con este medicamento. - Tratamiento de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar (grupo 1 y grupo 4) que presentan cardiopatía congénita.
1-11-08-0007	Bosentan 125mg	Para prescripción por especialista en Reumatología y Medicina Interna para el: - Tratamiento de pacientes con esclerosis sistémica y úlceras digitales, que no responden o presentan reacciones adversas a otras opciones disponibles Institucionalmente