

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

PARA: Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Farmacia, Médicos Especialistas en Dermatología, Alergología e Inmunología **Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales y Periféricos, CAIS y Áreas de Salud tipo III**

Asunto: Actualización de lineamiento Terapéutico para el manejo de dermatitis atópica en la CCSS y delegación al Comité Local de Farmacoterapia de la resolución de solicitudes de upadacitinib.

Estimados doctores:

Reciban un cordial saludo. En atención a lo dispuesto por la Junta Directiva en la sesión N°9588 celebrada el 5 de marzo de 2026, en donde aprobó el Reglamento Selección y Gestión de Medicamentos en la CCSS y considerando el proceso de transición de la normativa, esta Dirección en conjunto con el Comité Central de Farmacoterapia han identificado la necesidad de mejorar la gestión operativa del Comité Central de Farmacoterapia, por lo que se solicitó a la Gerencia Médica su aval para que la Dirección de Farmacoepidemiología resuelva las solicitudes de medicamentos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos que ya cuentan con un lineamiento de uso por parte del Comité Central de Farmacoterapia. Estos medicamentos serán trasladados en forma progresiva a los Comités Locales de Farmacoterapia para su resolución con el fin de simplificar la tramitología y facilitar los inicios de tratamiento en pro del beneficio a los pacientes, dada la elevada cantidad de solicitudes recibidas cada semana para análisis y resolución por parte del Comité Central de Farmacoterapia.

Es importante aclarar que estos medicamentos están en distintas etapas del proceso de inclusión a la Lista Oficial de Medicamentos (Formulario Terapéutico Institucional), por lo que conforme se vayan haciendo efectivas las inclusiones, se estará comunicando a todos los involucrados para que tomen las acciones administrativas correspondientes.

Lo anterior fue avalado por la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-10001-2026 del 05 de junio de 2026, en el que se indica, lo siguiente:

“Analizada la propuesta planteada, la Gerencia Médica considera que las medidas descritas responden a una necesidad institucional orientada a garantizar una transición ordenada, eficiente y segura hacia el nuevo modelo regulatorio aprobado por la Junta Directiva, procurando la continuidad de los servicios, la oportunidad en la atención de los pacientes y el adecuado aprovechamiento de los recursos técnicos disponibles.

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

Asimismo, se estima que las acciones propuestas permiten fortalecer la capacidad resolutive institucional durante el período de implementación del nuevo reglamento, contribuyendo a la disminución de tiempos de respuesta y a la optimización de los procesos asociados a la gestión de medicamentos.

En virtud de lo anterior, se otorga el aval solicitado para la ejecución de las actividades descritas en el oficio GM-DFE-0469-2026, en el entendido de que dichas actuaciones deberán desarrollarse dentro del marco normativo vigente y sin perjuicio de las competencias que correspondan al Comité Central de Farmacoterapia o a cualquier otra instancia institucional conforme al ordenamiento jurídico aplicable durante el período de transición.”

Para el medicamento **Upadacitinib en el tratamiento de la dermatitis atópica**, a continuación, se presentan los lineamientos para uso institucional, **para su resolución en los Comités Locales de Farmacoterapia mientras se hace efectiva la inclusión** en el Formulario Terapéutico Institucional (o Lista Oficial de Medicamentos), que corresponde al momento en el que esté disponible en el ALDI para su distribución a las unidades.

Se recuerda que mientras no se haga efectiva la inclusión en el Formulario Terapéutico Institucional (o Lista Oficial de Medicamentos), las solicitudes deben gestionarse en el Formulario de Solicitud de un Medicamento No Incluido en la LOM para Tratamiento Crónico, adjuntando toda la información requerida para el análisis, y resolución del caso.

Sin otro particular, agradeciendo su atención,

DIRECCIÓN DE FARMACOPEIDEMIOLOGÍA



Firma Digital

Dr. Ricardo Pérez Gómez

Director

CC:

Comité Central de Farmacoterapia

Archivo

GM-DFE-0568-2026
22 de julio de 2026

Lineamiento para el manejo de dermatitis atópica en la CCSS

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica, recidivante y heterogénea de la piel que afecta a personas de todas las edades y se asocia frecuentemente a comorbilidades atópicas y alteraciones en la calidad de vida. Es una enfermedad mediada por disfunción de la barrera cutánea y desregulación inmunológica tipo 2, con participación de citocinas como IL-4 e IL-13.

El abordaje integral requiere diagnóstico clínico oportuno, estratificación objetiva de severidad, tratamiento escalonado y seguimiento continuo.

Criterios para el diagnóstico de Dermatitis Atópica

El diagnóstico es clínico y se basa en criterios validados internacionalmente (Hanifin y Rajka modificados / AAD), no existiendo una prueba confirmatoria específica.

Características esenciales:

- Prurito.
- Dermatitis eccematosa crónica o recidivante con morfología y distribución típica según edad.

Características importantes:

- Inicio temprano (frecuente antes de los 5 años).
- Historia personal o familiar de atopia.
- Xerosis cutánea.

Características asociadas: liquenificación, prurigo, infecciones cutáneas recurrentes, trastornos del sueño, impacto psicosocial.

Variantes clínicas:

• Eccema crónico de manos • Eccema numular • Eccema folicular • Eccema liquenoide • Dishidrosis (eccema dishidrótico) • Eccema craquelé	• Eccema gestacional • Dermatitis atópica del adulto mayor • Prurigo nodular asociado • Liquen simple crónico • Eccema de pezón • Eccema palpebral
--	---

Definición de severidad: la severidad debe medirse mediante herramientas validadas:

- SCORAD
- EASI
- DLQI

Clasificación propuesta:

- **Leve:** SCORAD <25 o EASI <7 y DLQI 0–5

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

- **Moderada:** SCORAD 25–50 o EASI 7–21 o DLQI 6–10
- **Severa:** SCORAD >50 o EASI >21 o DLQI >10

Metas terapéuticas

- EASI 90 o EASI ≤ 3
- SCORAD ≤ 10
- DLQI 0–1

Definición de Falla Terapéutica

Fracaso terapéutico sistémico:

- No alcanzar EASI-75 tras 12–16 semanas a dosis óptima con adherencia verificada.
- Persistencia de DLQI >5.
- Fracaso terapéutico tópico:
- Persistencia de actividad moderada/severa tras 4–8 semanas de uso adecuado.
- Necesidad recurrente de intensificación terapéutica.

Las causas más comunes de fracaso terapéutico incluyen la adherencia subóptima, la dosificación inadecuada, la variabilidad farmacocinética, la selección inadecuada del fármaco o la presencia de comorbilidades.

Las estrategias de manejo del fracaso terapéutico deben ser individualizadas y pueden incluir:

- Abordar la adherencia mediante la educación del paciente, toma de decisiones compartidas y la simplificación del régimen.
- Combinación de terapias, como el uso concomitante de terapias tópicas y sistémicas.
- Optimizar la dosificación de las terapias, especialmente en relación con las terapias sistémicas que se prescriben según el peso del paciente.

Tratamiento

A. Primera línea en cuadros leves

1. Emolientes (uso continuo): uso mínimo BID, preferiblemente posterior al baño.
 - Crema de rosas uso tópico BID
2. Corticosteroides tópicos: Uso según potencia y localización anatómica, se recomienda limitar su uso a 4 semanas de forma continua durante las noches:
 - a. Hidrocortisona crema 0,25% o 1% / loción 0,5%
 - b. Betametasona crema / ungüento 0.1%
 - c. Clobetasol ungüento 0.05% (mayores 12 años) (medicamento no LOM)

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

3. Inhibidores tópicos de calcineurina: No existe evidencia concluyente que demuestre aumento significativo de linfoma o cáncer cutáneo con uso aprobado.

Pueden utilizarse de forma intermitente a largo plazo como terapia de mantenimiento en zonas sensibles.

- Pimecrólimus 1% crema: Uso a partir de los 2 años, aplicar 2 veces al día.

B. Primera línea en casos moderados/severos

- **Fototerapia: UVBnb o UVA1:** Se recomienda el uso complementario a la terapia con medicamentos modificadores de la enfermedad a una frecuencia de 2-3 veces por semana.

Se debe tomar en consideración para la decisión sobre su uso: presencia de genodermatosis, enfermedades fotosensibles, síndrome de nevus displásico familiar (relativa), antecedente de melanoma y otro cáncer de piel, condiciones socioeconómicas, situación laboral que imposibilita desplazarse al centro médico.

Corticosteroides sistémicos: Iniciar con dosis de 0,5 a 1mg/kg de peso al día en ciclos cortos en esquema de descenso (idealmente no por más de 3 semanas). No se recomienda como monoterapia, solamente como terapia de rescate. Evitar suspensión abrupta de corticosteroides.

Inmunomoduladores sistémicos

Se recomienda que se comience con cualquiera de los siguientes medicamentos y se utilice bajo supervisión de adherencia por al menos 12 semanas. Para pasar a la siguiente etapa, el paciente deberá haber cumplido con el uso de 2 de estos medicamentos.

1. Ciclosporina

Iniciar con dosis de 100 mg cada 12 horas (dosis recomendada de 2,5-5 mg/kg /día dividido en dos dosis). Mantener la dosis mínima para lograr el control de la enfermedad. Se recomienda utilizar niveles sanguíneos para corroborar cumplimiento y metas terapéuticas. Se recomienda referir al paciente para que reciba educación farmacéutica para la inducción adecuada del uso del medicamento antes de su inicio para asegurar el apego a la terapia, ya sea en los programas de atención farmacéutica o dispensación de medicamentos según la capacidad instalada del centro.

2. Metotrexato

Iniciar con dosis de 10 a 20 mg VO o IM por semana en conjunto con ácido fólico 1mg/día VO; el efecto terapéutico puede tardar más de un mes en ser evidente. La recomendación para el tratamiento oral es dar una sola toma un mismo día de la semana en la noche, antes de acostarse. Con dosis superiores a 15mg se puede fraccionar y dar la mitad de la dosis en dos días seguidos, idealmente en la noche. La dosis máxima en adultos es de 25 mg por semana. La dosis recomendada en niños es de 0,5 a 0,7mg/kg de peso. Se debe controlar las enzimas hepáticas y gammaglutamil transpeptidasa. Control de hemograma y

Página 5 de 9

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

perfil hepático cada 4–8 semanas tras fase inicial.

3. Azatioprina

Iniciar con dosis de 1 mg/Kg de peso hasta llegar a dosis de 2 a 3 mg/Kg de peso. Dado el riesgo de aplasia medular se debe educar al paciente en síntomas y signos de alerta y hacer hemograma en los primeros 8-10 días y a las 2-3 semanas, y continuar vigilancia continua mientras se utilice el medicamento por el desarrollo de linfopenia, anemia o leucopenia.

4. Micofenolato mofetilo

Se utiliza en casos moderados o severos fuera del etiquetado, particularmente en casos refractarios a otras terapias o que han fallado a otros medicamentos o los tienen contraindicados o no los han tolerado (en especial en el caso de azatioprina), a la dosis de 500 mg- 1000 miligramos cada 12 horas hasta una dosis máxima de 3 g al día. Se debe mantener control del hemograma y vigilar por linfopenia.

Nota importante: El tiempo para valorar la eficacia y seguridad del uso de los medicamentos anteriores será a las 12 semanas del inicio del tratamiento.

Terapia de segunda línea en casos moderados/severos:

Ante el fracaso o intolerancia a una primera terapia inmunomoduladora (ciclosporina, metotrexate o azatioprina/micofenolato de mofetilo), se debe pasar a alguno de los otros medicamentos mencionados en el punto B.

El paciente que falle a las terapias de primera y segunda línea deberá en primer lugar valorarse por cumplimiento adecuado de la misma, interacciones, dosis subterapéuticas y verificar que haya recibido todas las terapias tópicas y sistémicas disponibles, con supervisión médica. Se recomienda referir al paciente para que reciba educación farmacéutica para una inducción adecuada del uso de medicamento antes de su inicio para asegurar el apego a la terapia ya sea en los programas de atención farmacéutica o dispensación de medicamentos según la capacidad instalada del centro.

Terapia de tercera línea en casos severos

Criterios:

- Dermatitis atópica **severa** definida como: SCORAD >50 o EASI >21 o DLQI >10
- Falla documentada a ≥ 2 inmunomoduladores sistémicos.
- Adherencia corroborada.

Evaluación pre inhibidora JAK

- IGRA o PPD
- Radiografía de tórax
- Serologías VHB, VHC, VIH
- Vacunación actualizada

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

Consideraciones para el inicio de terapias de tercera línea (inhibidores JAK):

- Para uso en casos refractarios de dermatitis atópica, prescripción exclusiva por especialistas en dermatología, alergología e inmunología. Los pacientes que están con tratamiento de enfermedad severa refractaria deben continuar control con el médico especialista y no pueden ser referidos a un primer nivel de atención para el control de esta patología.
- Los casos deberán discutirse en una sesión clínica colegiada, preferiblemente interdisciplinaria, donde se valoren los casos en forma individual, se asegure el cumplimiento adecuado de las terapias de primera y segunda línea y su falla, refractariedad, efectos adversos o intolerancia. Todo debe quedar adecuadamente registrado en el EDUS.
- En los hospitales que cuentan con tres o más especialistas y se realice sesión clínica colegiada, la decisión sobre el uso de la terapia de tercera línea deberá tomarse en la sesión colegiada. En aquellos que no disponen de esta, el caso debe presentarse a la sesión clínica del hospital nacional de la red correspondiente. En ambos escenarios, es fundamental justificar claramente que no hay otra opción y ya cumplió con las líneas de terapia LOM.

A. Adultos y niños mayores de 12 años:

• Upadacitinib (medicamento no LOM):

Dosis inicial de 15 mg/día VO.

La tableta no se debe cortar, triturar ni masticar. En pacientes de 18 a 65 años se puede considerar aumentar la dosis a 30 mg/día si la respuesta es inadecuada después de 8 a 12 semanas, con adecuado cumplimiento. Se debe utilizar la dosis mínima efectiva como mantenimiento.

Ajuste de dosis por insuficiencia renal: AEC estimado 15-30: 15 mg/ día; si el AEC estimado es < 15 mg por día, evitar el uso. No existe dosis definida para hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Uso en hepatopatía crónica: evite el uso en hepatopatía crónica Child-Pugh clase C.

Falla terapéutica a Inhibidores JAK:

- Primaria: no respuesta a semana 8–12.
- Secundaria: pérdida de respuesta tras respuesta inicial.

Si no alcanza respuesta a las 16 semanas se debe suspender la terapia.

Advertencias de uso:

GM-DFE-0568-2026
22 de julio de 2026

Upadacitinib: Inmunomodulador de la familia de los inhibidores de la Janus quinasa (JAK)

Infecciones graves: aumento del riesgo de infección grave que puede requerir hospitalización o causar la muerte; se han observado tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, infecciones fúngicas invasivas y otras infecciones oportunistas; la mayoría de las infecciones se presentan en combinación con inmunosupresores; realizar pruebas de detección de tuberculosis latente antes y durante el tratamiento con upadacitinib; iniciar el tratamiento antituberculoso antes del tratamiento con upadacitinib; evaluar la relación riesgo/beneficio en pacientes con infección crónica o recurrente; monitorizar estrechamente los signos y síntomas de infección durante y después del tratamiento, incluido el desarrollo de tuberculosis en pacientes con prueba de tuberculosis negativa; suspender el tratamiento con upadacitinib si se desarrolla una infección grave.

Neoplasias malignas: se observaron linfomas y otras neoplasias malignas con upadacitinib; mayor incidencia de neoplasias malignas, excluyendo el cáncer de piel no melanoma, en pacientes con artritis reumatoide tratados con otro inhibidor de JAK (tofacitinib) en comparación con los bloqueadores del TNF; mayor riesgo en fumadores actuales o exfumadores.

Eventos cardiovasculares adversos mayores: se observó una mayor incidencia de eventos cardiovasculares adversos mayores, incluyendo muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal, en pacientes con artritis reumatoide de 50 años o más con al menos un factor de riesgo cardiovascular tratados con otro inhibidor de JAK (tofacitinib) en comparación con bloqueadores del TNF; el riesgo aumentó en fumadores actuales o exfumadores; se debe suspender el upadacitinib en pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

Trombosis: se produjeron casos de trombosis, incluyendo trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y trombosis arterial, en pacientes tratados con upadacitinib y otros inhibidores de JAK para afecciones inflamatorias; muchos eventos adversos fueron graves, en ocasiones mortales; se observó una mayor incidencia de trombosis en pacientes con AR de 50 años o más con al menos un factor de riesgo cardiovascular tratados con otro inhibidor de JAK (tofacitinib) en comparación con bloqueadores del TNF; se debe evitar el upadacitinib en pacientes con riesgo de trombosis; se debe suspender el upadacitinib y evaluar de inmediato a los pacientes con síntomas de trombosis.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al fármaco o ingrediente
- Hemoglobina basal <8 g/dL
- Linfocitos basales <500/ μ L
- Recuento absoluto de neutrófilos basal <1000/ μ L
- TFG <15 ml/min/1,75 ml/min/1,75 ml (dermatitis atópica, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)

GM-DFE-0568-2026

22 de julio de 2026

- Insuficiencia hepática, Child-Pugh clase C
- Riesgo de trombosis
- Infección activa
- Evitar: la lactancia materna durante el tratamiento y durante los 6 días posteriores a su finalización
- Suspender en caso de infección por herpes zoster

Precauciones:

- pacientes en edad fértil
- pacientes de edad avanzada
- TFG 15-30 (dermatitis atópica, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)
- insuficiencia hepática, Child-Pugh A-B (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)
- antecedentes de infecciones oportunistas
- infección crónica
- infección recurrente
- riesgo de infección
- tuberculosis latente
- riesgo de infección por tuberculosis
- antecedentes de enfermedad pulmonar crónica
- antecedentes de herpes zóster
- infección por VHB
- antecedentes de infección por VHB
- infección por VHC
- fumadores y exfumadores
- enfermedad cardiovascular
- riesgo de enfermedad cardiovascular
- neoplasia maligna
- riesgo de perforación gastrointestinal
- diabetes mellitus
- uso concomitante con medicamentos con metabolismo en el CYP3A4 y CYP2C19
- aumento de los niveles colesterol LDL

Prescripción: Uso exclusivo por especialistas en dermatología, alergología e inmunología. Todo caso deberá haber sido discutido en sesión colegiada del servicio correspondiente y consignar el número y fecha de sesión en el formulario de solicitud. Se debe adjuntar la notificación de falla, contraindicación o efectos adversos a los medicamentos correspondientes.

En el tanto se hace efectiva la inclusión del medicamento en la Lista Oficial de Medicamentos (o Formulario Terapéutico Institucional) se delega la resolución de las solicitudes para el uso de upadacitinib y clobetasol a los Comités Locales de Farmacoterapia.

Queda sin efecto lo comunicado en la circular **GM-CCF-0851-2026**