



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

**Circular**

**GM-CCF-0859-2025**

07 de marzo de 2025

**Para:** Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Farmacia, Médicos prescriptores de Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos, Áreas de Salud y CAIS.

**DE:** Comité Central de Farmacoterapia

---

Dra. Olga Paola Vásquez Barquero  
**Secretaria Técnica**

---

Reciban un cordial saludo. En la sesión 2025-09, el Comité Central de Farmacoterapia ha avalado el análisis y la resolución de las solicitudes para el uso institucional de parches transdérmicos de buprenorfina a los Comités Locales de Farmacoterapia.

**Lineamiento Institucional para Prescripción de Buprenorfina Parche de Transdérmico.**

---

**Medicamento:** Buprenorfina (parche de buprenorfina transdérmico).

Criterios de prescripción:

1. Pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio IV-V, (con aclaramiento endógeno menor a 30ml/m) con cuadro de dolor crónico oncológico o no oncológico severo, sin opciones de tratamientos LOM.
2. Pacientes con hemodiálisis con cuadro de dolor crónico oncológico o no oncológico severo, sin opciones de tratamientos LOM.
3. En todos aquellos pacientes que por evento adverso demostrado no puedan utilizar otros opioides, se debe especificar los eventos en el expediente digital (EDUS) y realizar la notificación en NOTI-FACEDRA.
4. Dolor crónico oncológico moderado a severo: para el manejo del dolor en pacientes con cáncer que experimentan dolor crónico moderado a severo en los cuales se no se ha obtenido adecuada respuesta clínica analgésica con otros opioides dentro de la LOM, o estén utilizando más de 120mg de morfina oral (o su equivalencia parenteral) u otro opioide equianalgésico sin lograr adecuado control del dolor. Para los pacientes
5. Dolor crónico no oncológico severo, en pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer que no han respondido adecuadamente a otros tratamientos LOM,



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

como antidepresivos, antiepilépticos, AINES y otros opioides, o estén utilizando más de 80 mg de morfina oral por día (o su equivalencia parenteral) u otro opioide equianalgésico sin lograr adecuado control del dolor, en los siguientes escenarios:

- Lumbalgia crónica asociado a espondiloartrosis,
- Radiculopatía crónica
- Síndrome de espalda fallida.
- Artrosis severas de grandes articulaciones (hombro, cadera y rodilla) no quirúrgicas.
- Dolor neuropático severo cuando el abordaje neural es inaccesible.
- Dolor neuropático severo cuando no se ha logrado respuesta analgésica adecuada con los fármacos LOM disponibles según el lineamiento institucional de manejo de dolor crónico neuropático (DFE-AMTC-1076-2024), o haya tenido intolerancia o reacciones adversas a los medicamentos ahí incluidos que contraindiquen su uso.

### **Criterios de suspensión:**

- 1- Reacción adversa al uso del parche.
- 2- Falla terapéutica.
- 3- Rechazo del medicamento por parte del paciente.
- 4- Mal apego a tratamiento (Identificado por médico prescriptor, demostrado y documentado en EDUS).
- 5- Alcance de objetivos terapéuticos al completar el período de tratamiento.

En caso de suspensión debe ser documentado en el EDUS del paciente y comunicar a Comité Local de Farmacoterapia para su conocimiento y control.

### **Contraindicación absoluta:**

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes
- Pacientes opioide-dependientes y en el tratamiento de abstinencia de narcóticos.
- Afecciones en las que la función y el centro respiratorio están gravemente dañadas o puedan estarlo.
- Pacientes que están recibiendo inhibidores de la MAO o que los hayan tomado en las dos últimas semanas.
- Pacientes que padezcan miastenia gravis.
- Pacientes que padezcan delirium tremens.
- Embarazo.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

### Cuidados y precauciones:

- Pacientes que estén utilizando concomitantemente benzodiazepinas.

### Prescripción

1. Uso exclusivo por Médicos especialistas en Medicina Paliativa y los médicos generales o especialistas que laboran en Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos acreditadas, según los criterios establecidos en este lineamiento.
2. Dosis inicial: los pacientes que no hayan recibido previamente ningún analgésico deberán comenzar con buprenorfina parche transdérmico de 20mg (35 microgramos/hora, debe ser reemplazado cada 96 horas).
3. Se debe titular la dosis de forma individual, iniciando con la menor dosis recomendable para el paciente de la buprenorfina parche transdérmico de 20 mg (buprenorfina 35 microgramos/hora), dependiendo de la situación médica global del paciente, se puede continuar con la administración de un analgésico no opioide y valorar la respuesta clínica con el segundo cambio de parche, para definir la necesidad de aumento de dosis hasta un máximo de 80 mg.

### Tiempo de prescripción

1. Prescripción inicial y continuaciones por 6 meses (máximo) con evidencia en el expediente de control médico periódico que no supere 2 meses.
2. Aprobación por máximo 2 años, por parte del Comités Locales de Farmacoterapia.

En caso de paciente que requiera continuar tratamiento por más de 2 años debe ser debidamente justificado y demostrada su eficacia en el control de dolor mediante formulario para solicitud de medicamento no Lom crónico de la CCSS, debe ser presentado en el CLF de su nivel de atención y elevado al CCF para su análisis y decisión final.

<b>Formulario para el lineamiento institucional para prescripción de buprenorfina parches transdérmicos</b>		
Centro de Salud:	Fecha:	
Nombre paciente:	Identificación:	Edad:
Médico prescriptor:	Código	
<b>Medicamento:</b> Buprenorfina aplicación transdérmica		
Uso exclusivo por Médicos especialistas en Medicina Paliativa y los médicos generales o especialistas que laboran en Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos acreditadas, según los criterios establecidos en este lineamiento.		



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica  
 Comité Central de Farmacoterapia  
 Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610  
 Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

<b>Dosis:</b> ( ) 20 mg ( ) 30 mg ( ) 40 mg /96 hs		<b>Inicio</b> ( ) meses <b>Continuación</b> ( ) meses
Dosis de inicio recomendada 20 mg c/96 hs, dosis máxima de inicio 40 mg c/96 hs		
Dosis máxima: 80 mg		
<b>Diagnóstico (marque con X)</b>		
	1. Pacientes con insuficiencia renal crónica estadio IV-V (con aclaramiento endógeno de creatinina < 30 mL/min) con cuadro de dolor crónico oncológico o no oncológico severo que no responden a tratamientos LOM o los tienen contraindicados por la insuficiencia renal.	
	2. Pacientes con hemodiálisis con cuadro de dolor crónico oncológico o no oncológico severo que no responden a tratamientos LOM o los tienen contraindicados por estar en terapia de hemodiálisis.	
	3. Pacientes con dolor crónico de cualquier origen que no puedan utilizar otros opioides por haber presentado un evento adverso demostrado, claramente documentado en nota en el expediente digital único en salud (EDUS) y reportado en NOTI-FACEDRA.	
	4. Dolor crónico oncológico moderado a severo en los pacientes que no se ha obtenido adecuada respuesta clínica analgésica con otros opioides dentro de la LOM, o en aquellos que estén utilizando una dosis de morfina oral $\geq 120$ mg/día (o su equivalencia parenteral) u otro opioide equianalgésico, sin lograr adecuado control del dolor.	
	5. Dolor crónico no oncológico severo, en pacientes que no han respondido adecuadamente a otros tratamientos LOM, como antidepresivos, antiepilépticos, AINES y otros opioides, o estén utilizando una dosis de morfina oral $\geq 120$ mg/día (o su equivalencia parenteral) u otro opioide equianalgésico, sin lograr adecuado control del dolor, en los siguientes escenarios:	
	a. Lumbalgia crónica asociado a espondiloartrosis, radiculopatía crónica, síndrome de espalda fallida y artrosis severas de grandes articulaciones (hombro, cadera y rodilla) no quirúrgicas.	
	b. Dolor neuropático severo cuando el abordaje neural es inaccesible	
	c. Dolor neuropático severo cuando no se ha logrado respuesta analgésica adecuada con los fármacos LOM disponibles según el lineamiento institucional de manejo de dolor crónico neuropático (circular DFE-AMTC-1076-2024) o haya tenido reacciones adversas a los medicamentos allí incluidos que contraindiquen su uso	
<b>Criterios de suspensión</b>	1. Reacción adversa al uso del parche. 2. Falla terapéutica al uso del medicamento o rechazo del medicamento por parte del paciente. 3. Mal apego a tratamiento (identificado por médico prescriptor y documentado en EDUS). 4. Alcance de objetivos terapéuticos al completar el período de tratamiento. En caso de suspensión, la misma debe quedar anotada en el EDUS del paciente y se debe comunicar a Comité Local de Farmacoterapia para su conocimiento y control.	
<b>Contraindicaciones absolutas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes</li> <li>• Pacientes opioide-dependientes y en tratamiento de abstinencia de narcóticos.</li> </ul>	



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afecciones en las que la función y el centro respiratorio están gravemente dañadas o puedan estarlo.</li><li>• Pacientes que están recibiendo inhibidores de la MAO o que los hayan tomado en las dos últimas semanas.</li><li>• Pacientes que padezcan miastenia gravis o en delirium tremens.</li><li>• Embarazo.</li></ul>
--	---

Se delega a los Comités Locales de Farmacoterapia la resolución de los casos que cumplan con todos los criterios establecidos en esta circular.

Las consultas serán atendidas por el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica mediante correo electrónico [gm\\_df\\_amt@ccss.sa.cr](mailto:gm_df_amt@ccss.sa.cr)

CC.

Gerencia Médica  
Dirección de Farmacoepidemiología  
Archivo