



**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)

---

**GM-CCF-3470-2024**

19 de junio del 2024

**PARA:** Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Médicos, Jefaturas de Farmacia, Jefaturas de Enfermería, Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud Tipo I, II y III y CAIS.

**DE:** Comité Central de Farmacoterapia

\_\_\_\_\_  
Dra. Paola Vásquez Barquero  
**Secretaria Técnica**

**Lineamiento institucional para la prescripción de ácido zoledrónico para pacientes adultos con Osteoporosis**

---

El Comité Central de Farmacoterapia en sesión 2024-27 del 12 de junio del 2024 como ente asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, avala Lineamiento para la prescripción de ácido zoledrónico para pacientes adultos con osteoporosis en la CCSS que no puedan recibir la terapia de primera línea institucional (bifosfonato oral) y acuerda comunicar lo siguiente:

**Indicación para la prescripción:** Tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y en hombres, con riesgo elevado de fractura, incluido aquellos pacientes con una fractura de cadera por traumatismo de bajo impacto reciente que no puedan recibir la terapia de primera línea institucional (bifosfonato oral) por contraindicación absoluta o relativa debidamente documentada, adjuntando notificación correspondiente.

**Los criterios de uso son:** densitometría mineral ósea menor  $-2.5$  DE columna o cadera; contraindicación o intolerancia oral a los bifosfonatos orales (adjuntar notificación correspondiente), haber realizado una valoración objetiva del cumplimiento a los tratamientos

**Dosis: Ácido Zoledrónico** a una dosis de 5mg IV cada año durante 3 años, en el entendido que se debe ajustar los 5mg con la presentación disponible en la LOM (4mg). Optimizando el manejo institucional. En casos en que se requieran continuar el tratamiento por



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: [coinccss@ccss.sa.cr](mailto:coinccss@ccss.sa.cr)

---

persistencia de condiciones médicas que, si lo requieren, se pueden autorizar dos dosis más.

Pacientes con insuficiencia renal: No se recomienda su uso en pacientes con aclaramiento de creatinina < 40 ml/min.

**Prescripción:** Para la de prescripción por médicos especialistas: en reumatología, endocrinología, medicina interna, oncología, geriatría, medicina familiar y comunitaria, ortopedia, nefrología.

El uso excepcional para otras condiciones no descritas en este lineamiento y no incluidas ya en la LOM, requieren aprobación individualizada por parte del Comité Central de Farmacoterapia (CCF); el médico debe exponer su solicitud justificada mediante el formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM, la gestión debe acoger la normativa y procedimientos institucionales vigentes.

OPVB/msm

Cc:

- Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica
- Área de Farmacoeconomía
- Archivo