



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

**GM-CCF-2851-2024**

20 de mayo de 2024

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

**De:** Comité Central de Farmacoterapia  
Dra. Paola Vásquez Barquero  
**Secretaría Técnica**

**Asunto: Ampliación al oficio GM-CCF-2512-2024 Criterios de uso de inhibidores de SGLT2**

Reciban un cordial saludo. En sesiones anteriores, el Comité Central de Farmacoterapia ha avalado la resolución local:

Para lo procedente, la Secretaría Técnica les comunica lo siguiente:

En relación con los lineamientos emitidos en la circular GM-CCF-1454-2024, referente a los criterios de uso de inhibidores de SGLT2 y conforme lo acordado por el Comité Central de Farmacoterapia, en la sesión 2024-11 y se aclara lo siguiente:

- Se delega a los Comités Locales de Farmacoterapia la resolución de los casos que cumplan con todos los criterios en los siguientes grupos de pacientes: 1. Pacientes diabéticos tipo-2 asociado a enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica. 2. Pacientes adultos con enfermedad renal crónica establecida.*

*Los criterios para aprobación de la terapia con iSGLT2 son los siguientes:*

|  |
|--|
| 1. Pacientes diabéticos tipo-2 con enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica asociada, deben cumplir los siguientes criterios:  |
| a. paciente con DM 2 con aclaramiento de creatinina > 25 ml/min  |
| b. presencia de enfermedad renal crónica (con nefropatía diabética establecida o relación albúmina/creatinina en orina mayor a 300 mg/g) o   |
| c. presencia de enfermedad cardiovascular (antecedente patológico personal de infarto agudo al miocardio o evento cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva establecida con FE < a 30% a pesar de |



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

|   |
|---|
| terapia médica óptima o riesgo de evento cardiovascular a 10 años mayor al 10%)   |
| 2. Pacientes adultos con enfermedad renal crónica establecida, en tratamiento con IECA o ARA 2 a dosis máxima tolerada, que cumpla alguno de los siguientes criterios:        |
| a. Tasa de filtración glomerular estimada entre 20-45mL/min<br>b. Tasa de filtración glomerular estimada entre 45-90mL/min asociado a tasa albumina/creatinina renal >250mg/g |
| En ambas indicaciones la prescripción debe darse por especialistas en medicina interna, endocrinología, nefrología, cardiología, geriatría, medicina familiar y comunitaria.  |

**2. Prescripción y tramite del medicamento:**

**Medicamento: Dapaglifozina 10 mg** código 1-11-390019 Uso exclusivo por especialistas en medicina interna, endocrinología, nefrología, cardiología, geriatría, medicina familiar y comunitaria.

**Se deroga lo comunicado mediante el oficio: GM-CCF-2512-2024 (GM-CCF-5380-2023)**

Se les comunica que ya se encuentra en vigencia la autorización para la aplicación del lineamiento anterior. Así mismo, se recalca que la solicitud del medicamento dapaglifozina, cuya inclusión aún no se ha hecho efectiva, mientras esta se hace se deberá seguir solicitando a través del "formulario de solicitud de medicamento no LOM crónico". El análisis y resolución de estas solicitudes se delega a los Comités Locales de Farmacoterapia.

OPVB/

Cc: Archivo