



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

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

GM-CCF-1465-2025

26 de marzo de 2025

Para: Directores Médicos, Médicos Especialistas en Neumología, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neonatología, Pediatría, Comités Locales de Farmacoterapia, Jefaturas de Farmacia, Jefaturas de Enfermería de los Hospitales Nacionales Generales, Centros Especializados, Hospitales Regionales y Periféricos.

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

Asunto: Escenario de utilización del medicamento Budesonida 0.5mg/mL, suspensión para inhalación por nebulizador, en la CCSS

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

El Comité Central de Farmacoterapia en su sesión 2025-13 celebrada el 19 de marzo de 2025, avaló la inclusión de Budesonida 0.5 mg/mL a la Lista Oficial de Medicamentos, como medicamento en tránsito, con clave HRE y nivel de usuario 2B, por lo que se comunica de forma unificada las restricciones de uso:

- 1. Prescripción:** Uso exclusivo por Neumología, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neonatología, Pediatría general y médicos especialistas que atienden en los servicios de emergencias.

Prescripción inicial de 3 a 7 días y en caso de requerir extender el tratamiento se autoriza hasta un máximo de un mes de tratamiento.

Pacientes pediátricos:

- Con distrés respiratorio agudo del lactante.
- Con displasia broncopulmonar hospitalizados e intubados que requieran el uso de un esteroide nebulizado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Con CROUP infeccioso o posterior a extubación, severo, persistente, refractario a esteroides sistémicos y otras alternativas terapéuticas de primera línea, que requieren de manejo hospitalario.
- Manejo de pacientes con crisis de sibilancias a repetición o con diagnóstico de asma de 0 a 1 año que requieren de intubación o traqueostomizados que requieran de un esteroide nebulizado.
- Crisis asmática que requieren de intubación.

Pacientes adultos:

- Crisis asmática severa refractaria al uso de esteroides sistémicos que se encuentran con tubo endotraqueal o traqueostomía.
 - Tanto la aprobación para la población adulta como pediátrica toda solicitud que sea para uso mayor de un mes requiere aprobación por el Comité Local de Farmacoterapia utilizando formulario no LOM crónico.

No se avala el medicamento en las siguientes condiciones:

- Tratamiento de asma crónica adultos o niños.
- Tratamiento de crisis de asma leve, moderada o severa en pacientes que no están intubados.
- Tratamiento agudo y ambulatorio de paciente sibilante a repetición que no requiere de hospitalización ni manejo invasivo de vía aérea.
- En ningún contexto de bronquiolitis.
- CROUP que no ha recibido terapia con esteroides sistémicos.

- 2. Prescripción:** por especialistas en Gastroenterología (HNN). Para el manejo de pacientes menores de 12 años con diagnóstico de esofagitis eosinofílica que no responden a modificaciones en la dieta e inhibidores de bomba de protones, que no son candidatos a dietoterapia o cuyas manifestaciones clínicas sean muy severas. Se autoriza la prescripción para la preparación magistral por el servicio de farmacia del HNN. En esta indicación se autoriza la prescripción para tratamiento crónico.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

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

Nota: La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para despacho al paciente. Se debe coordinar a nivel local entre la farmacia y los especialistas autorizados para la prescripción, la proyección de pacientes y estimación de necesidad del medicamento para realizar el proceso de compra. No se requiere el llenado del formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.

Se deroga la circular: GM-CCF-6544-2024.

OPVB/MJGA/MSM

Cc:

- Gerencia Médica
- Gerencia de Logística
- Dirección de Farmacoepidemiología
- Archivo