



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CIRCULAR
GM-CCF-4326-2025

22 de setiembre de 2025

Para: Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Psiquiatría, Servicios de Farmacia de los Hospitales Nacionales Generales, Hospital Nacional de Niños y Hospital Nacional Psiquiátrico

De: Comité Central de Farmacoterapia
Secretaría Técnica

Dra. Paola Vásquez Barquero

Asunto: Lineamiento para el uso de aripiprazol VO como medicamento no LOM en psiquiatría pediátrica

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

En el Comité Central de Farmacoterapia, en la sesión 2025-42 celebrada el 12 de setiembre del 2025 ha actualizado la prescripción de uso de aripiprazol VO como medicamento no LOM en psiquiatría pediátrica.

El antipsicótico atípico **aripiprazol VO** puede ser utilizado como **alternativa terapéutica posterior a risperidona LOM** en pacientes pediátricos y adolescentes con alguno de los siguientes diagnósticos:

- Trastorno del espectro autista (TEA) con irritabilidad
- Trastornos psicóticos (esquizofrenia y otros)
- Trastorno afectivo bipolar
- Tics vocales y motores múltiples (síndrome de Tourette)

Criterios para cambio de terapia: El uso de aripiprazol se considera pertinente cuando se documenta alguna de las siguientes condiciones:

1. **Falla de respuesta clínica** al tratamiento con risperidona a la **dosis máxima recomendada según edad, peso y diagnóstico**, con reporte de sospecha de falla terapéutica.
2. **Ginecomastia** durante el uso continuo de risperidona, con valoración por Endocrinología y medición de prolactina.
 - <12 años: Hospital Nacional de Niños
 - ≥12 años: Hospital Nacional
3. **Hipersensibilidad** a risperidona (reacción adversa documentada).
4. **Hiperglicemia** durante el uso continuo de risperidona, con valoración endocrinológica.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

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

5. **Hiperprolactinemia sintomática**, incluyendo ginecomastia, con valoración endocrinológica y medición de prolactina.
6. **Aumento de peso $\geq 20\%$** respecto al peso ideal por edad, sexo y talla, con referencia a Nutrición.

Especificaciones institucionales:

- Medicamento: Aripiprazol tabletas 10 mg
- Dosis máxima: 30 mg/día
- Edad mínima: ≥ 6 años
 - Uso en bipolaridad < 10 años o en trastornos psicóticos < 13 años requiere **consentimiento informado documentado** en expediente clínico.
- Prescriptor autorizado:
 - Psiquiatra o psiquiatra pediátrico
 - Pediatra del servicio de Desarrollo y Rehabilitación del Niño (solo en TEA)
- Nivel de atención: 3-A, clave RE
 - Hospital Nacional de Niños
 - Hospital Nacional Psiquiátrico
 - Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
 - Hospital México
 - Hospital San Juan de Dios (solo adultos)
- Medicamento no LOM para uso crónico, con **formulario específico**.
 - Inicio: Comité Local de Farmacoterapia
 - Continuación: Reevaluación cada 6 meses por el mismo Comité

Formulario de solicitud de aripiprazol VO como paso siguiente a risperidona LOM

Nombre del paciente: Identificación:

1. Diagnóstico (marque con X): Trastorno del espectro autista Trastornos psicóticos (esquizofrenia y otros) Trastorno afectivo bipolar Tics vocales y motores múltiples (Tourette)

2. Uso actual de risperidona:

- Dosis:
- Intervalo con última dosis:
- Duración del tratamiento:

2. Condición para cambio de terapia (marque con X):

- 3.1 Falla de respuesta clínica con risperidona a dosis máxima según edad, peso y diagnóstico
- 3.2 Hipersensibilidad a risperidona (reacción adversa)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

-
- 3.3 Ginecomastia durante uso de risperidona – Grado al inicio: / Grado actual: – Nivel de prolactina: Fecha:
- 3.4 Hiperglicemia durante uso de risperidona – Último reporte de glicemia: Fecha:
- 3.5 Hiperprolactinemia sintomática – Nivel de prolactina: Fecha:
- 3.6 Aumento de peso $\geq 20\%$ durante uso de risperidona – Peso inicial: kg / Peso actual: kg

Nombre del médico prescriptor: **Sello:**

Este formulario debe adjuntarse a la solicitud de tratamiento crónico con medicamentos no LOM y remitirse al Comité Local de Farmacoterapia. La continuación del tratamiento será evaluada semestralmente por el mismo Comité, conforme a normativa vigente.

Se deroga el oficio: CCF 5896-11-18.

Las consultas serán atendidas por el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica mediante correo electrónico gm_df_amt@ccss.sa.cr

OPVB//

Cc:
Gerencia Médica
Gerencia de Logística
Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Área de Farmacoeconomía
Archivo