



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

---

### CIRCULAR DFE-AMTC-0729-2021

7 de abril de 2021

**PARA:** Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Jefaturas de Farmacia, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca de Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales y Periféricos, Áreas de Salud.

**DE:** Doctora  
Paola Vásquez Barquero, Médico. Jefe a.i  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

---

Dra. Paola Vásquez B.  
Médico, jefe a.i

**ASUNTO:** **Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes**

En atención a acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia (CCF) comunicado en el oficio GM-CCF-1099-2021, el CCF avaló Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes presentado mediante el oficio DFE-AMTC-2775-2020 por e instruye al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica su comunicación.

---

### **PROTOCOLO TERAPÉUTICO PARA USO INSTITUCIONAL DEL METILFENIDATO (MFD) EN EL MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTES**

#### **I. PRESENTACIÓN**

En procura de contribuir al resguardo de la salud física, social y mental de las personas adultas y las personas menores de edad, la CCSS apoya el cumplimiento del Programa de Fortalecimiento del Control y Fiscalización de Estupefacientes y Psicotrópicos en el país que establece en su objetivo número uno “disminuir la prescripción incorrecta de estupefacientes y psicotrópicos”.

El presente protocolo describe la utilización del metilfenidato para atender la necesidad de prescripción en todos los niveles de atención de la CCSS, con énfasis en el manejo de los problemas de comportamiento de niños y niñas con Trastorno por Déficit Atencional con o



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

sin Hiperactividad, que de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>1</sup> incluye los siguientes diagnósticos:

- F90.0 Alteración de la actividad y la atención
- F90.1 Trastorno de conducta hiperkinética
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos
- F90.9 Trastorno hiperkinético no especificado
- F98.8 Otros trastornos conductuales y emocionales específicos con inicio que generalmente ocurren en la infancia y la adolescencia (utilizados para el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad).

## II. NORMATIVA PARA UTILIZACION INSTITUCIONAL.

El uso de metilfenidato y otros psicotrópicos en la CCSS está específicamente establecido en las **NORMAS PARA PRESCRIPCIÓN, DESPACHO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS** de la CCSS. Estos fármacos aparecen en la Lista Oficial de Medicamentos (disponible en [www.ccss.sa.cr/lom](http://www.ccss.sa.cr/lom)) y de acuerdo a la normativa vigente *los estupefacientes y psicotrópicos deberán prescribirse en los formularios especiales de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y deberán cumplirse las disposiciones reglamentarias existentes.*

Al efecto, la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS ofrece:

- Metilfenidato 10mg, tabletas. Clave RE, usuario 2C.

El fármaco está disponible a partir del segundo nivel de atención: Áreas de Salud tipo III, Centros de Atención Integral en Salud (CAIS) y Hospitales, para prescripción por médico especialista en Psiquiatría y para uso en niños mayores de 5 años y adultos. Asimismo, es permisible la utilización por especialistas en *Pediatría del Desarrollo*, y médicos especialistas en Pediatría **acreditados**<sup>2</sup> por el CENDEISSS y autorizados por el Comité Central de Farmacoterapia para continuación de tratamiento.

Por ser un agente psicotrópico<sup>3</sup>, su prescripción requiere del formulario (o recetario) oficial y el máximo permitido corresponde a 90 días de tratamiento por receta.

## III. OBJETIVOS DEL GENERALES.

---

<sup>1</sup> El CIE-10 contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los llamados "Trastornos hiperkinéticos", junto con los "Trastornos disociales" y los "Trastornos disociales y de las emociones mixtos". Podemos decir que los trastornos hiperkinéticos son en el CIE-10 lo que el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el DSM-V.

<sup>2</sup> Acreditación del CENDEISSS: realización de Pasantía "Problemas del Comportamiento en Niños y Adolescentes" en el Servicio de Psiquiatría del H.N.Niños.

<sup>3</sup> La tipificación farmacoterapéutica correspondiente es la de psicotrópico, hasta nueva instrucción de la Junta de Vigilancia de Drogas, se mantiene control vigente y prescripción con el recetario de estupefaciente.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

---

Los objetivos generales de la iniciativa que lleva a la actualización de este protocolo terapéutico para aplicación institucional son los siguientes:

1. Promover el uso racional del metilfenidato en la CCSS en el manejo integral Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad fundamentado en la aplicación del binomio diagnóstico – tratamiento.
2. Contribuir al manejo Integral del Síndrome de Déficit Atencional en pacientes niños, niñas y adolescentes.
3. Homogenizar institucionalmente los aspectos a considerar en la prescripción del metilfenidato en los tres niveles de atención.
4. Describir los lineamientos básicos a cumplir para obtener el consentimiento informado de los cuidadores<sup>4</sup> de las personas menores de edad cuya condición requiere de la prescripción del metilfenidato.
5. Desarrollar un proceso educativo para fortalecer el manejo de la persona con esta condición, apoyado en un consentimiento informado y una definición de responsabilidades del hogar y educadores.

#### **IV. GENERALIDADES DEL TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD**

El Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes de la infancia y la adolescencia, que a menudo persiste en adultos<sup>5</sup>. Los estudios muestran que la mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno en la infancia siguen estando significativamente comprometidas en el funcionamiento ocupacional, académico y social durante la adultez<sup>6</sup>. Afecta de un 5% a un 8% de los niños en edad escolar, de los cuales un 60% a un 80% continúan sintomáticos en la adolescencia y un 60% en la edad adulta<sup>7</sup>. Por su alta prevalencia mantiene un considerable interés público.

---

<sup>4</sup> Cuidadores refiere a padre, madre, encargado o responsable legal de la persona menor de edad.

<sup>5</sup> Fayyad, J. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), pp. 402-409.

<sup>6</sup> Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), pp. 159-165.

<sup>7</sup> Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

---

Las características esenciales del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad continúan siendo la triada de *falta de atención, impulsividad e hiperactividad*. Su característica principal es la *inatención*, pero es necesario tener en cuenta que puede ir acompañada o no de hiperactividad-impulsividad. Por eso, puede llegar a afectar diferentes áreas del funcionamiento de la persona.

Pese a que la impulsividad disminuye con los años, estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar accidentes, abuso de sustancias, embarazos en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, peleas. Además, en su vida adulta estas personas son más propensas a presentar un bajo estatus ocupacional, ausentismo laboral y menor productividad que aquellos que no tienen el trastorno. Existe un mayor índice de inestabilidad familiar que en las parejas en las cuales ninguna de las partes presenta déficit atencional<sup>8</sup>.

El Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad puede ser heredable, pero no se han establecido factores genéticos específicos. Los hijos de padres o madres con Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad tienen de 2 a 8 veces más probabilidades de desarrollar el mismo. El rango de tasa de heredabilidad reportado es de 71% a 90% en múltiples estudios de gemelos<sup>9</sup>. Los factores ambientales también influyen en el desarrollo y expresión de este tipo de problemática.

Para el abordaje de esta patología, antes de iniciar un tratamiento con estimulantes se recomienda:

- Tener un diagnóstico claro y la tipificación del caso: para lo cual requiere una valoración clínica y del análisis de los resultados de los cuestionarios (pruebas de tamizaje) completados por padre, madre o encargado y por docente a cargo.
- Conocer el uso de este medicamento, otros tratamientos y los efectos secundarios.
- Identificar los beneficios que se quieren obtener del tratamiento.
- Identificar la motivación de los padres o cuidadores.
- Acompañar la intervención farmacológica con estrategias de regulación y control de la conducta, práctica de hábitos de orden y aseo y cumplimiento de límites básicos en las interacciones sociales, tanto en el escenario educativo como domiciliar.

## **V. DIAGNÓSTICO.**

---

<sup>8</sup> Brent, D., Bukstein, O. & Solanto, M. V. (2020). Approach to treating attention deficit hyperactivity disorder in adults. En: <https://www.uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents>

<sup>9</sup> DynaMed. Ipswich (MA). Servicios de información de EBSCO. 1995. Registro No. T113926, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes [actualizado el 30 de noviembre de 2018]. En: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~ T113926>

Muchos niños y niñas con trastorno de atención con o sin hiperactividad son captados en el primer nivel de atención, se requiere que los *equipos de salud* realicen una historia clínica, lo más exhaustiva posible, para establecer un diagnóstico diferencial y dirigir el esfuerzo hacia un plan de tratamiento con la referencia oportuna de los pacientes.

No existe un examen específico, ni de laboratorio o pruebas psicodiagnósticas específicas para hacer el diagnóstico<sup>10</sup>. De acuerdo con los riesgos identificados, el clínico enviará los exámenes requeridos para descartar o comprobar el riesgo. Cuando se presume la existencia de un trastorno neurológico, puede solicitarse un electroencefalograma, un estudio de neuro-imagen o una valoración neurológica, según sea el caso.

Además, es importante obtener información sistematizada mediante la aplicación de instrumentos específicos para evaluar la condición por personas que tienen una mayor interacción con el niño (a):

- Formulario con los criterios diagnósticos del DSM IV<sup>11</sup>, deberá ser completado tanto por los padres o cuidadores, como por los docentes y adjuntarse al expediente clínico (Anexo 2).
- Evaluaciones complementarias, entre las que puede incluirse una descripción de la conducta en el aula remitida por los docentes.

## **VI. GENERALIDADES DEL MEDICAMENTO.**

Metilfenidato es un psicótropo estimulante débil del sistema nervioso central con efectos más destacados sobre las actividades mentales que sobre las motoras<sup>12</sup>. Ha sido utilizado desde hace más de 50 años, con el fin de mejorar la atención y concentración.

### **a. Indicación**

- 1. Trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad, para niños mayores de 5 años, personas adolescentes y personas adultas.**
- 2. Narcolepsia.**

El efecto terapéutico en el Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad se atribuye al aumento de dopamina y noradrenalina en el espacio sináptico. Específicamente, se ha descrito que el metilfenidato actúa bloqueando la recaptación presináptica de norepinefrina y dopamina, con lo que se aumenta la disponibilidad local de las monoaminas para mayor interacción con sus receptores específicos (función de agonista indirecto). Este

---

<sup>11</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV), Asociación Americana de Psiquiatría, IV Edición, 1994.

<sup>12</sup> Asociación Pediatría Española, Comité de Medicamentos. (2016). PDM. En: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metilfenidato>

fármaco es el psicoestimulante, más utilizado, al cual responden favorablemente el 70% de los pacientes con este trastorno.

El niño o niña que va a responder favorablemente al Metilfenidato lo hará generalmente desde el inicio. Cuando se alcanza la dosis óptima y se logra una respuesta favorable, puede apreciarse mejoría de los síntomas cardinales del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) y de las funciones cognitivas-ejecutivas, tales como la organización, el planeamiento, la resolución de problemas, el procesamiento de la información y de las funciones inhibitorias (lóbulo frontal) con lo que, además, mejora el ambiente familiar y el bienestar emocional<sup>13</sup>.

#### **b. Efectos adversos<sup>14-15</sup>**

Los efectos más comunes son la disminución del apetito, insomnio, gastralgia y cefalea, los cuales tienden a ser pasajeros desapareciendo en dos a tres semanas; pueden controlarse disminuyendo la dosis o dividir la ingesta diaria del fármaco a tres tomas, en vez de las dos más habituales. Se ha recomendado administrar la última dosis antes de las 6 pm con el fin de minimizar los efectos sobre el sueño.

Otros efectos menos frecuentes son la irritabilidad, el temblor de las manos y palpitaciones, que generalmente ceden al disminuir la dosis. Los *tics* no son causados por el metilfenidato, pero éste puede activarlos o reactivarlos en personas genéticamente predisuestas.

También puede presentarse un *síndrome de rebote* que consiste en un empeoramiento temporal de los síntomas de TDA, una o dos horas después de terminado el efecto de la última dosis del medicamento y se maneja dando una dosis adicional pequeña de metilfenidato.

**Tabla 1. Efectos adversos de metilfenidato según la frecuencia.**

Muy frecuentes (≥10%).	Frecuentes (≥1a<10%).	Poco frecuentes (≥0,1 a <1%)	Raros (≥0,01 a <0,1%):	Muy raros (<0,01):
------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------	--------------------

<sup>13</sup> TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW.(2017) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Irrázaval M, Martín A, eds. Prieto-Tagle F, García Acuña M, trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.

<sup>14</sup> Espadas, M. et al. (2018). Efectos secundarios del metilfenidato en población infantil y juvenil. Revista de neurología, 66(5), pp. 157-162.

<sup>15</sup> Asociación Española de Pediatría y Comité de Medicamentos. (2016). PDM. En: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metilfenidato>

Cefalea Insomnio	Anorexia o falta de apetito, vómito, diarrea, dolor abdominal, boca seca.  Baja talla o baja talla severa <sup>16</sup> (*).  Hipertensión arterial, arritmias, palpitaciones.  Labilidad emocional, agresividad, ansiedad, síntomas depresivos.  Alopecia, prurito, erupción, pirexia, mareos, tos, dolor faringolaringeal.	Síntomas psicóticos, ideación suicida <sup>17</sup> (**).  Aparición o empeoramiento de los tics: comprobar causalidad de exacerbación de tics por metilfenidato.  Otras: hematuria, urticaria, reacciones de hipersensibilidad, angioedema, hipertransaminasemia, temblor, mialgia, sedación, diplopía, visión borrosa, dolor torácico, disnea, estreñimiento.	Angina de pecho, ginecomastia, trastorno de la libido, hiperhidrosis, erupción macular, disfunción eréctil, priapismo <sup>18</sup> (***).	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, púrpura trombocitopénica, intento de suicidio consumado, convulsiones, déficit neurológico isquémico reversible, síndrome neuroléptico maligno, infarto de miocardio, arteritis cerebral, coma hepático, eritema multiforme, muerte cardíaca súbita
---------------------	--	---	--	--

(\*)]La desaceleración del crecimiento lineal puede ocurrir, pero parece atenuarse con el tiempo; la interrupción del tratamiento puede dar como resultado la normalización del crecimiento, y la altura del adulto no parece verse afectada.

(\*\*) Se han informado casos raros de pensamiento suicida en personas que toman estimulantes para el TDAH, pero no se ha establecido la causalidad.

(\*\*\*) El priapismo es una complicación rara de los estimulantes de metilfenidato la revisión de los datos presentados al Sistema de Informe de Eventos Adversos de la FDA identificó 15 casos de priapismo en receptores de metilfenidato entre 1997 y 2012 los casos ocurrieron en niños <18 años (mediana de edad 12.5 años, rango 8 a 33 años). Dos casos

<sup>16</sup> Krull, K. R. (2020). Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. En: [https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search\\_result&selectedTitle=3~25&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search_result&selectedTitle=3~25&usage_type=default&display_rank=3)

<sup>17</sup> Salud de Canadá. Resumen de la revisión de seguridad - Metilfenidato - Pensamientos y comportamientos suicidas (suicidio). En: [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/methylphenidate-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/methylphenidate-eng.php)

<sup>18</sup> FDA. (2013). Comunicado sobre la seguridad de los medicamentos: FDA aprueba cambios a la etiqueta y advierte de un riesgo poco común de erecciones prolongadas en hombres que toman medicamentos para el ADHD que contienen metilfenidato. En: [www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-fda-aprueba-cambios-la-etiqueta](http://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-fda-aprueba-cambios-la-etiqueta)

---

requirieron tratamiento quirúrgico. El priapismo se produjo en una variedad de entornos, incluida una dosis aumentada, mayor que el intervalo de dosificación típico, y la interrupción temporal o permanente de los estimulantes de metilfenidato.

### **Condiciones en que no se recomienda el uso del Metilfenidato<sup>19</sup>:**

- En ansiedad extrema o agitación.
- En presencia de tics motores o síndrome de Tourette o si hay antecedentes familiares de Tourette a menos que sea indicada por un especialista en aquellos casos en que el beneficio potencial para el tratamiento del TDAH sobrepase los riesgos de el empeoramiento de los tics.
- Pacientes con glaucoma.
- Pacientes con evidencia de problemas cardíacos graves.
- Si hay alergia comprobada al metilfenidato.
- Cuando se este administrando un IMAOs, incluso 14 días después del uso.

### **Condiciones en que se debe tener precaución con el uso del metilfenidato<sup>20</sup>:**

- En pacientes con algún grado de hipertensión, hipertiroidismo, tirotoxicosis o antecedentes de abuso de drogas.
- El metilfenidato debe ser **usado con precaución** en pacientes con epilepsia asintomática, Aunque el TDAH es común entre los niños con epilepsia, el metilfenidato no parece aumentar la frecuencia o la gravedad de las convulsiones en los niños que reciben medicamentos anticonvulsivos apropiados<sup>21</sup>.
- En trastornos del pensamiento, adictos a drogas ilícitas o alcohol, en Síndrome de Fatiga Crónica.

Así mismo, se ha descrito interacción medicamentosa en pacientes que usan de forma concomitante la warfarina, anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína y primidona), antidepresivos tricíclicos y alfametilidopa (agonistas alfa) debe usarse con precaución cuando se asocien con beta agonistas u otros fármacos simpaticomiméticos que produzcan

---

<sup>19</sup> Stahl, S. (2015). Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.

<sup>20</sup> Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.

<sup>21</sup> Krull, K. R. (2020). Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. En:

[https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search\\_result&selectedTitle=3~25&usage\\_type=default&display\\_rank=](https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search_result&selectedTitle=3~25&usage_type=default&display_rank=3)



estimulación central y cardiovascular<sup>22</sup>. Otras interacciones documentadas son las siguientes:

**Tabla 2. Interacciones medicamentosas reportadas con metilfenidato.**

Grupos terapéuticos o medicamentos.	Descripción de la reacción	Severidad de la reacción
INHIBIDORES DE MONOAMINA OXIDASA. Grupo de fármacos antidepressivos y que actúan bloqueando la acción de la enzima <b>monoamino oxidasa</b> .	Pueden provocar crisis hipertensivas (dolor de cabeza, palpitaciones y rigidez en el cuello).	Grave
IOBENGUANO I-131 - ESTIMULANTES DEL SNC O ANFETAMINAS. Yodo radioactivo	El uso concurrente de IOBENGUANO I-131 y ESTIMULANTES DEL SNC O ANFETAMINAS puede dar como resultado cálculos de dosimetría inexactos o una eficacia reducida.	Mayor
ANESTÉSICO HALOGENADO. Clase terapéutica de los agentes halogenados utilizados en anestesia.	El uso concurrente de METILFENIDATO Y ANESTÉSICO HALOGENADO aumenta el riesgo de que suba la presión arterial	Mayor
CARBAMAZEPINA. Medicamento utilizado como anticonvulsivo, y como coadyuvante en el Dolor Neuropático Y como estabilizador del ánimo.	El uso concurrente de CARBAMAZEPINA y METILFENIDATO puede provocar la pérdida de la eficacia del metilfenidato	Moderada
DICUMAROL. Anticoagulante cuyo mecanismo de acción es el antagonismo con la vitamina K (similar a Warfarina).	El uso concurrente de DICUMAROL y el Metilfenidato puede aumentar el riesgo de sangrado.	Moderada
WARFARINA. Anticoagulante.	El uso concurrente de metilfenidato y Warfarina puede aumentar las concentraciones plasmáticas de Warfarina incrementando el riesgo de hemorragia.	Moderada

<sup>22</sup> Asociación Española de Pediatría y Comité de Medicamentos. (2016). PDM. En: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metilfenidato>

PRIMIDONA. Anticonvulsivante.	El uso concurrente de METILFENIDATO y PRIMIDONA puede aumentar las concentraciones plasmáticas de primidona.	Moderada
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA recaptación de la SEROTONINA (por ejemplo Fluoxetina).	El uso concurrente de inhibidores de recaptación de la serotonina y el Metilfenidato puede aumentar concentraciones plasmáticas del inhibidor de la recaptación de serotonina.	Moderada

Fuente. Adaptado de Methylphenidate En: <https://www.dynamed.com/drug-monograph/methylphenidate>

Se debe considerar, además, el desvío y uso indebido<sup>23</sup>. El desvío consiste en la transferencia del medicamento del paciente a quien se le recetó a otro individuo. El uso indebido de estimulantes consiste en tomar dosis más altas de medicamentos que las prescritas para lograr la euforia o combinar medicamentos estimulantes con drogas ilícitas o alcohol.

#### **Advertencia: abuso y dependencia**

Los estimulantes del sistema nervioso central, como la focalina, y otros productos que contienen metilfenidato y las anfetaminas tienen un alto potencial por abuso y dependencia. Evaluar el riesgo de abuso antes de prescribir y controlar los signos de abuso y dependencia durante la terapia es fundamental<sup>24</sup>.

#### **Condiciones en que se debe suspender el uso del metilfenidato<sup>25</sup>:**

- Se debe de suspender el tratamiento en niños y niñas que no crecen o no ganan peso.
- Cuando se pueden empeorar los tics fónicos y motores.
- Cuando pueden empeorar síntomas de trastornos del pensamiento y alteraciones conductuales y en pacientes psicóticos.

<sup>23</sup> Wilens, T. E. (2006). Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 408-414. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709620608>

<sup>24</sup> Office of Health and Constituent Affairs, U.S. Food and Drug Administration DOI 10.1093/ajhp/zxz108.

<sup>25</sup> Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.

### **c. Manejo de los efectos adversos.**

Como estrategia de manejo de la mayoría de los efectos adversos deben considerarse: seguimientos para ajustar las dosis, descansos o vacaciones terapéuticas. Los efectos adversos del metilfenidato se observan usualmente desde el inicio del tratamiento y suelen ser transitorios.

Entre los más comunes se encuentran los siguientes:

- **Disminución del apetito.** Ante esta se recomienda consumir pequeñas cantidades de alimentos en los seis tiempos de comida, utilizando alimentos frescos, naturales y preparados en casa. Si se presenta anorexia grave, se debe retirar el estimulante. Si es moderada, se ajustaría la dosis hacia la baja y se mantiene mientras no comprometa la situación ponderal del paciente.
- **Insomnio.** Se recomienda administrar la última dosis del metilfenidato antes de las cuatro de la tarde (4 pm), con el fin de minimizar los efectos sobre el sueño, además de instaurar una adecuada higiene del sueño.
- **Cefalea.** Debe aumentarse la ingesta de líquidos y controlarse la presión arterial.
- **Epigastralgia y otros efectos secundarios leves** pueden también controlarse disminuyendo la dosis o dividiendo la ingesta diaria del fármaco a tres tomas, en lugar de las dos habituales.
- El **temblor de las manos y las palpitaciones** generalmente ceden al disminuir la dosis. Los **tics** no son causados por el Metilfenidato, pero éste puede activarlos o reactivarlos en personas genéticamente predispuestas. La mayoría de estos efectos secundarios suelen mejorar con la disminución de las dosis. Ante la presencia continua de los mismos la recomendación es la valoración por el pediatra o cardiólogo según corresponda a lo síntomas.
- También puede presentarse un **síndrome de rebote** que consiste en un empeoramiento temporal de los síntomas de TDAH, una o dos horas después de terminado el efecto de la última dosis del medicamento y se maneja dando una dosis adicional pequeña de Metilfenidato.

Dados los efectos adversos del medicamento, se recomienda que a los pacientes se les realice una exploración clínica que valore antecedentes de patología cardíaca, historia de síncope e historia familiar de muerte súbita en personas menores de 40 años.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

---

La Asociación Americana del Corazón (AHA)<sup>26</sup> considera que el electrocardiograma (ECG) de detección antes de comenzar a tomar medicamentos es una opción razonable (AHA Clase IIa, Nivel C).

Es rara la asociación de muerte súbita cardíaca con fármacos estimulantes, presentándose esta situación principalmente en pacientes predispuestos. Las monografías sobre drogas estimulantes generalmente indican que estas **no deben usarse en niños con problemas cardíacos graves**.

El historial del paciente debe incluir la identificación de factores de riesgo de enfermedad cardíaca:

- Interrogar sobre historia de desmayos o mareos, convulsiones, fiebre reumática, dolor en el pecho o dificultad para respirar con el ejercicio, cambio inexplicable en la tolerancia al ejercicio, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca, latidos cardíacos adicionales u omitidos, presión arterial alta, soplo cardíaco (que no sea inocente o soplo funcional) o antecedentes de otros problemas cardíacos, enfermedades virales intercurrentes con dolores en el pecho o palpitaciones (AHA Clase I, Nivel C).
- Identificar los antecedentes familiares de muerte súbita o inexplicable a temprana edad, muerte súbita durante el ejercicio, "ataque cardíaco" o evento que requiera reanimación antes de los 35 años, arritmia cardíaca, miocardiopatía, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, Wolff-Parkinson-White síndrome o síndrome de Marfan (AHA Clase I, Nivel C).
- Examen físico, incluida la evaluación de soplo cardíaco anormal, hipertensión, arritmia, taquicardia y hallazgos físicos sugestivos del síndrome de Marfan (AHA Clase I, Nivel C).
- ECG basal (puede repetirse después de los 12 años si el ECG basal se realizó antes de los 12 años) (AHA Clase IIa, Nivel C).

Se considera razonable verificar el historial, el examen físico y el ECG para niños que ya toman estimulantes (AHA Clase IIa, Nivel C).

---

<sup>26</sup> Vetter, V. L. et al. (2008). Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for attention deficit/hyperactivity disorder: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 117(18), pp. 2407-2423.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

Los medicamentos para los cuales el ECG en la primera visita se considera razonable incluyen metilfenidato, anfetaminas, atomoxetina, clonidina, guanfacina, desipramina, imipramina y bupropión (AHA Clase IIa, Nivel C).

Por su parte, la Academia Americana de Pediatría (AAP) no recomienda el ECG de rutina antes del tratamiento con medicamentos estimulantes en niños con Trastorno de déficit de atención (Opción AAP, Calidad de evidencia D). La AAP no encuentra evidencia convincente de un mayor riesgo de muerte súbita en niños tratados por TDAH. Se alienta a los médicos a evaluar cuidadosamente a todos los niños en busca de anomalías cardíacas mediante la revisión del historial y las evaluaciones físicas (Recomendación de la AAP, Calidad de la evidencia C)<sup>27</sup>.

**Considerando las evidencias planteada, en la Caja Costarricense de Seguro Social no se recomienda la aplicación de rutina del ECG antes de iniciar el tratamiento con medicamentos estimulantes en niños con Trastorno de déficit de atención. Sin embargo, se reitera la necesidad de que el medico responsable de la prescripción evalúe cuidadosamente hallazgos obtenidos por medio de la historia clínica y examen físico en busca de antecedentes o anomalías cardíacas y valorar individualmente el riesgo y la necesidad de realizar un ECG.**

Debido al riesgo de aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca con el uso de metilfenidato, se debe de valorar previo al inicio del tratamiento y revalorar en cada cita de seguimiento. En relación con la presión arterial niveles (mmHg), los rangos normales de presión arterial sistólica y diastólica según edad, sexo y percentil talla 50 se presentan en Anexo 3 y rangos normales de frecuencia cardíaca según edad del paciente en Anexo 4<sup>28</sup>.

#### **d. Dosificación y administración**

Se ha descrito que, tras su ingesta por vía oral, la absorción es rápida e inicia su efecto en unos 30 minutos. La acción es de corta duración (3-6 horas), por lo que puede requerirse hasta tres dosis diarias, a intervalos no mayores de cuatro horas.

---

<sup>27</sup> Perrin, J. M. et al. & Black Box Working Group. (2008). Cardiovascular monitoring and stimulant drugs for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 122(2), pp. 451-453. En: <https://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/451>

<sup>28</sup> Para definir las dimensiones aceptables de los brazaletes del esfigmomanómetro consultar la Tabla 20 en la página 64 de las Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial publicadas por la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2009: y en relación con el método para la toma de la presión arterial consultar en ese mismo documento en la página 114.

Se utiliza en niños(as) mayores de 5 años y la dosis diaria se debe calcular por kilogramo de peso corporal. Varía de entre 0.3 a 1 mg/kg/día (promedio es 0.7 mg/kg/día) (Tabla 3).

Luego del inicio, se evalúa la tolerabilidad y, si es necesario, se aumenta 0.1 mg/kg/día ó 2.5 mg/día a intervalo semanal, hasta obtener la respuesta esperada. El efecto no es dosis-dependiente, sino que obedece a la cantidad del medicamento que efectivamente llega a atravesar la barrera hematoencefálica. Si después de haber ajustado adecuadamente la dosificación, no se observa que hayan mejorado los síntomas en el curso de tres meses, se interrumpirá la medicación. Si la respuesta medicamentosa es parcial o no la hubo: deberá buscarse comorbilidad.

**Tabla 3. Dosis por considerar para la prescripción del metilfenidato a niños y personas adultas**

Metilfenidato	Presentación	Dosis oral	Inicio	Dosis máxima diaria
Derivado anfetamínico o de corta duración	Tabletas ranuradas 10 mg	Niños >5 años: 0.3 mg/kg/día.  30-45 minutos, separado de las comidas (desayuno y almuerzo).	5 mg dos veces al día (diurnas, antes de las 4 pm) y ajustar a intervalo semanales	Mayores de 6 años: 2 mg/kg/día  Niños(as) no es recomendable más de 60 mg/día.

Fuente. Stahl (2015)<sup>29</sup>.

En pacientes que no presentan problemas de conducta el medicamento puede utilizarse **únicamente de lunes a viernes, durante el periodo lectivo.**

No obstante, si tiene problemas de conducta y afecta las relaciones sociales se podría utilizar **todos** los días de la semana, aún en periodo de vacaciones.

## VII. PLAN DE TRATAMIENTO.

El manejo integral implica un esfuerzo conjunto entre el (la) niño (a), el hogar, la escuela y el sistema de salud, en los diferentes niveles de atención, por lo que se debe desarrollar una alianza estratégica para favorecer el éxito terapéutico.

Los padres deben conocer cuál es su compromiso para lograr una participación y colaboración relevante dentro del manejo integral, en procura de beneficiar a su hijo (a). Al efecto, con el fin de brindar una orientación práctica, se emiten una serie de recomendaciones para favorecer una interacción padres-hijos más eficiente en relación con el proceso de estudio en el hogar (Anexo 5).

<sup>29</sup> Stahl, S. (2015). Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.

Sin duda alguna, es **crucial e indispensable** la participación activa de los padres para que la intervención terapéutica sea efectiva, por eso el equipo de salud debe trabajar activamente este punto.

Como parte del manejo integral de esta condición, es necesario documentar un consentimiento informado de previo al uso de la medicación, el cual debe ser adjuntado al expediente clínico del paciente debidamente cumplimentado por los padres o encargados del menor de edad. Una copia de ese formulario se debe entregar a los firmantes.

Para sistematizar el proceso de atención, se presenta un algoritmo para el manejo integral del TDAH, donde se incorpora las recomendaciones más consensuadas a nivel internacional.

El manejo integral requiere de un seguimiento individualizado, con controles médicos especializados que se realizan en forma periódica: **1ª cita al mes, 2º cita a los 3 meses y 3º cita a los 6 meses de iniciado el tratamiento, luego si todo cursa adecuadamente seguimiento cada 6 meses**; con verificación de la tolerabilidad del niño o niña al medicamento y registro de la presión arterial, frecuencia cardiaca, talla, peso y hemograma, más otros controles que se estimen pertinentes según los efectos adversos ya descritos (ver apartado VII).

Con relación a la valoración sistemática de la evolución clínica, los puntos de mayor interés para el seguimiento de la intervención, además de los efectos adversos, son los siguientes: evolución de los síntomas *blanco*, progreso académico y adherencia (o cumplimiento).

De previo al uso de la medicación, compete al médico prescriptor verificar que en el expediente se encuentra documentada toda la información clínica pertinente sobre el caso, confirmar que no existe contraindicación para uso del metilfenidato, fortalecer la alianza con los padres y su compromiso de colaboración para con el niño (a) y confirmar que los formularios relativos al protocolo para uso institucional del metilfenidato están debidamente llenos y adjuntos al expediente clínico.

## **VIII. CONDICIONES PARA INICIAR Y DAR CONTINUIDAD A LA PRESCRIPCIÓN DE METILFENIDATO EN LA CCSS.**

- El uso de metilfenidato y otros psicotrópicos en la CCSS está específicamente establecido en las **NORMAS PARA PRESCRIPCIÓN, DESPACHO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**.
- La lista Oficial de Medicamentos de la CCSS ofrece: Metilfenidato hidrocloreto de 10mg, tabletas. Clave RE, usuario 2C<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). Lista oficial de Medicamentos versión digital. En: <https://www.ccss.sa.cr/lom>

- De acuerdo con la normativa vigente los estupefacientes y psicotrópicos deben prescribirse en los formularios especiales de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y en su prescripción se deben cumplir las disposiciones reglamentarias existentes<sup>31</sup>.
- Pueden iniciar y dar continuidad al tratamiento los especialistas en Psiquiatría y Pediatría del desarrollo.
- Pueden iniciar y dar continuidad al tratamiento si aprueban pasantía de “Problemas del Comportamiento en Niños y Adolescentes” los profesionales en Pediatría general y en Medicina familiar y comunitaria<sup>32-33</sup>.
- Pueden dar continuación al tratamiento médicos generales que aprueban pasantía de “Problemas del Comportamiento en Niños y Adolescentes”<sup>34</sup>.
- La pasantía de “Problemas del Comportamiento en Niños y Adolescentes” que ofrecen los Servicios de Psiquiatría infantil ubicados en los hospitales del tercer nivel de atención, por su relevancia y prioridad para la institución debe estar inscrita en el CENDEISS.
- Se da por cumplido el requisito de la pasantía para aquellos profesionales en Pediatría General que:
  - Durante su formación realizaron rotación de un mes por el Servicio de Psiquiatría y Psicología de del Hospital Nacional de Niños.

## IX. REQUISITOS PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Historia clínica completa que incluya historia cardíaca
2. Examen físico
3. Resultados de hemograma general y prueba de función hepática.
4. Diagnóstico diferencial.

---

<sup>31</sup> Ministerio de Salud. (2012). Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, No. 37111-S Capítulo IV de la prescripción y dispensación.

<sup>32</sup> Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. (2018). NICE guideline. En: [www.nice.org.uk/guidance/ng87](http://www.nice.org.uk/guidance/ng87)

<sup>33</sup> Wolraich, M. L. et al. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.

<sup>34</sup> CIRCULARD FE-AMTC-3106-12-2016 del Comité de Farmacoterapia, ente Asesor de la Gerencia Medica, CCSS.



5. Resultado de la aplicación de tamizaje de detección al docente y al cuidador(a) puede ser utilizando el SNAP IV (Anexo 2).
6. Explicación a padre, madre o encargado del proceso a vivir cuando se prescribe el metilfenidato a la persona menor de edad y entrega impresa de recomendaciones (Anexo 5).
7. Explicación del proceso al usuario, si es una persona menor de edad mayor de 12 años, para que exprese oralmente su Asentimiento Informado.
8. Firma del Consentimiento informado que se encuentra en EDUS por parte del padre, madre, encargado o responsable legal en caso de personas menores de edad.
9. Lectura y firma de compromiso de los padres o encargados legales de una persona menor de edad en el manejo del trastorno de déficit de atención (Anexo 6).

Previo a la prescripción de metilfenidato se debe de realizar diagnóstico diferencial con:

1. Trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante que pueden coexistir con el TDAH o estar superpuestos.
2. Trastornos generalizados del desarrollo como el trastorno del espectro autista.
3. Problemas específicos del aprendizaje, que pueden coexistir con el TDAH en algunos casos.
4. Trastornos de ansiedad.
5. Trastornos del pensamiento (psicosis).
6. Trastorno del estado de ánimo.
7. Entornos familiares, educativos, cibernéticos o comunales con presencia de violencia y mal manejo de límites.
8. Trastornos neurológicos y otros problemas de salud que puedan presentar manifestaciones conductuales.
9. La limitación cognitiva leve no excluye que se pueda iniciar tratamiento para TDAH si se requiere.
10. Enuresis y/o encopresis.
11. Trastornos por tics.

Con la información clínica provista por este marco de referencia y los elementos diagnósticos ya sustentados, se tiene la información necesaria para analizar la pertinencia o no para prescribir el medicamento.

## **X. REQUISITOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coinccss@ccss.sa.cr](mailto:coinccss@ccss.sa.cr)

---

1. Examen físico
2. Resultados de hemograma general y prueba de función hepática cada año.
3. Indicación de electrocardiograma no debe aplicarse como rutina, sino que se solicita de acuerdo con la historia clínica, factores de riesgo, resultados de presión arterial y hallazgos en el examen físico<sup>35</sup>.
4. El primer seguimiento una vez iniciado el tratamiento debe realizarse al mes.
5. El seguimiento por continuidad de tratamiento debe ser a los 3 y 6 meses después de prescrito el medicamento. Si todo evoluciona adecuadamente se continua cada 6 meses.

### XI. CONDICIONES PARA REFERIR A PSIQUIATRIA

1. Pacientes que no toleran o con contraindicación clara para el metilfenidato y es necesario considerar el uso de otro medicamento.
2. Pacientes con comorbilidades psiquiátricas además del Déficit de atención con o sin hiperactividad.

### XII. INFORMACION AL USUARIO Y SU FAMILIA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En caso de decidirse que una persona menor de edad requiere de la prescripción de metilfenidato para el Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad se requiere que el padre, madre o encargado legal, comprenda y firme el consentimiento informado institucional, el cual está disponible en EDUS. Si, además, la persona menor de edad tiene más de 12 años también se le explicará el proceso para que brinde su asentimiento informado.

Según se indica en el Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial de la Caja Costarricense del Seguro Social (2012)<sup>36</sup> estos procesos buscan que la persona usuaria y su encargado tomen las decisiones informadas acerca de su tratamiento. En el caso del consentimiento informado se requiere que se mantenga evidencia de aplicación tanto de manera digital como impresa.

---

<sup>35</sup> Perrin, J. M. et al. & Black Box Working Group. (2008). Cardiovascular monitoring and stimulant drugs for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 122(2), pp. 451-453. En: <https://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/451>

<sup>36</sup> Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social. En: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wpcontent/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

---

Como se indicó en el apartado de inicio del tratamiento los pasos a seguir para iniciar la prescripción del metilfenidato son:

1. Explicación a padre, madre o encargado de la persona menor de edad del proceso a seguir y entrega impresa de recomendaciones (Anexo 5).
2. Explicación al usuario si es una persona menor de edad mayor de 12 años del proceso para que exprese oralmente su Asentimiento informado.
3. Lectura y firma del Consentimiento informado disponible en EDUS por parte del padre, madre, encargado o responsable legal en caso de personas menores de edad.
4. Lectura y firma de compromiso de los padres o encargados legales de una persona menor de edad para el manejo del trastorno de déficit de atención (Anexo 6).

Finalmente hay que indicar que, en caso de que el padre, madre, encargado o responsable legal de la persona menor de edad decida suspender la administración del metilfenidato, debe comunicarlo al profesional que lo prescribe para proceder con el llenado del formulario correspondiente a la suspensión de consentimiento informado para indicar metilfenidato a una persona menor de edad (Anexo 7).

### XIII. REFERENCIAS

Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. (2018). NICE guideline. En: [www.nice.org.uk/guidance/ng87](http://www.nice.org.uk/guidance/ng87)

Asociación Española de Pediatría y Comité de Medicamentos. (2016). PDM. En: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pepiamecum/metilfenidato>

Brent, D., Bukstein, O. & Solanto, M. V. (2020). Approach to treating attention deficit hyperactivity disorder in adults. En: <https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social. En: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wpcontent/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. Primer Nivel de Atención. Código MP.GM.DDSS. 220216. Versión: 01. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). Lista oficial de Medicamentos versión digital. En: <https://www.ccss.sa.cr/lom>

CIRCULAR DFE-AMTC-3106-12-2016 del Comité de Farmacoterapia, ente Asesor de la Gerencia Medica, CCSS.

Cortese, S. et al. & European ADHD Guidelines Group. (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(3), pp. 227-246.

DynaMed. Ipswich (MA). Servicios de información de EBSCO. 1995. Registro No. T113926, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes [actualizado el 30 de noviembre de 2018]. En: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~ T113926>

Espadas, M. et al. (2018). Efectos secundarios del metilfenidato en población infantil y juvenil. *Revista de neurología*, 66(5), pp. 157-162.

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), pp. 159-165.

Fayyad, J. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), pp. 402-409.

FDA. (2013). Comunicado sobre la seguridad de los medicamentos: FDA aprueba cambios a la etiqueta y advierte de un riesgo poco común de erecciones prolongadas en hombres que toman medicamentos para el ADHD que contienen metilfenidato. En: [www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-fda-aprueba-cambios-la-etiqueta](http://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-fda-aprueba-cambios-la-etiqueta)

Krull, K. R. (2020). Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. En: [https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search\\_result&selectedTitle=3~25&usage\\_ty pe=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=intuniv&source=search_result&selectedTitle=3~25&usage_ty pe=default&display_rank=3)



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

- Ministerio de Salud. (2012). Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, No. 37111-S Capítulo IV de la prescripción y dispensación.
- Perrin, J. M. et al. & Black Box Working Group. (2008). Cardiovascular monitoring and stimulant drugs for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 122(2), pp. 451-453. En: <https://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/451>
- Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salud de Canadá. Resumen de la revisión de seguridad - Metilfenidato - Pensamientos y comportamientos suicidas (suicidio). En: [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/methylphenidate-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/methylphenidate-eng.php)
- Stahl, S. (2015). Psicofarmacología Esencial de Stahl. (5° ed). Editorial Asistan, Meghan M. Grady. Cambridge University Press. Traducción al español por Grupo Aula Medica, S.L. ISBN: 978-84-7885-591-9.
- TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. (2017) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Irrázaval M, Martín A, eds. Prieto-Tagle F, García Acuña M, trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines
- Vetter, V. L. et al. (2008). Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for attention deficit/hyperactivity disorder: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 117(18), pp. 2407-2423.
- Wilens, T. E. (2006). Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 408-414. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709620608>
- Wolraich, M. L. et al. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

---



## **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

---

## **XV. ANEXOS**

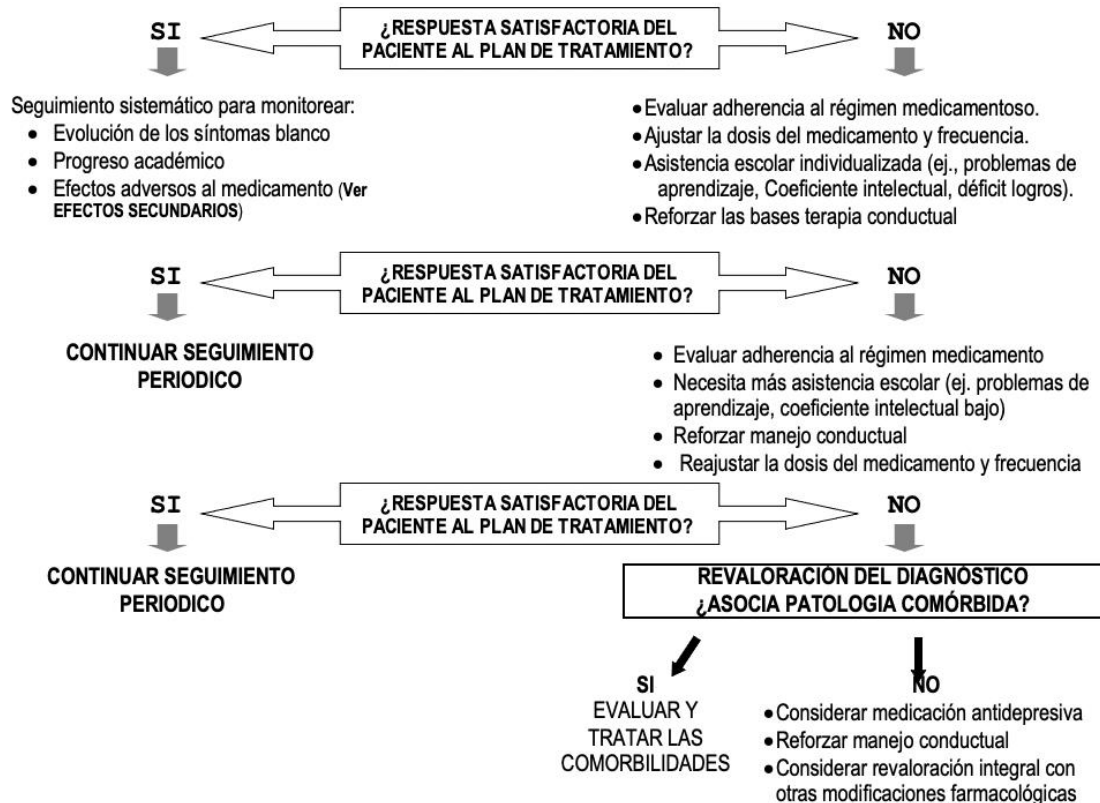
### **ANEXO 1. ALGORITMO PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD<sup>37</sup>**

---

<sup>37</sup> Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Version 1.1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry". International Guidelines Center, 2003.

**Médicos/padres/cuidadores/maestros**

- Identificar los síntomas conductuales blanco (CUESTIONARIO TDAH DSM IV y otros)
- Descartar diagnósticos diferenciales
- Historia de tratamientos previos:
  - ✓ Medicación (ej: dosis, duración, efectos adversos)
  - ✓ Conductas blanco, respuesta paciente, seguimiento/monitoreo
  - ✓ Duración y aceptación del tratamiento
- Desarrollar un plan de tratamiento individualizado
  - ✓ Reconocer el TDAH como una condición crónica que puede persistir a la vida adulta
  - ✓ Desarrollar una alianza terapéutica con el médico/paciente/padres/cuidadores/maestros (**COMPROMISO DE LOS PADRES**)
  - ✓ Incluir manejo terapéutico con el medicamento (**CONSENTIMIENTO INFORMADO**), terapia conductual y otros.
  - ✓ Proveer un monitoreo sistemático/seguimiento (1ª cita al mes, 2º cita a los 3 meses de iniciado el tratamiento, 3º cita a los 6 meses de iniciado el tratamiento y luego cada 6 meses).
  - ✓ Control sistemático de presión arterial, frecuencia cardíaca, talla, peso y hemograma completo.



**ANEXO 2. PRUEBA DE TAMIZAJE**

**ESCALA DE PUNTUACION DE SWANSON, NOLAN AND PELHAM**





## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

### (SNAP) – IV<sup>38</sup> PARA NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS

Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., et al.

Nombre \_\_\_\_\_ del niño(a) \_\_\_\_\_

Nivel educativo \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Persona que completa el cuestionario: Docente a cargo del grupo ( ) Familiar responsable ( )

Parentesco con el niño(a) \_\_\_\_\_ **(solo se anota en el instrumento que llena el familiar responsable).**

#### Período de observación considerado en la aplicación:

Mes previo ( ) Año previo ( ) Desde los 5 años hasta ahora ( )

Este cuestionario incluye preguntas acerca del comportamiento habitual del niño o niña en el centro educativo y en la casa. Las habilidades de atención de un niño(a) pueden cambiar a medida que crece y se desarrolla. Por ello, responda considerando lo que usted observa en el niño(a) durante las cuatro últimas semanas, con el fin de identificar las áreas en que debe apoyársele. Para cada ítem marque una equis (X) en la respuesta que usted considera describe mejor el comportamiento habitual del niño(a). Si tiene dudas o no comprende alguna de las preguntas o tiene dudas acerca de la manera de responder por favor consulte al personal docente o al profesional que le pidió llenar el cuestionario.

CONDUCTA POR OBSERVAR EN EL NIÑO O NIÑA		ESCALA DE RESPUESTA			
		No se presenta	Se presenta	Se presenta	Se presenta
<b>BLOQUE 1</b>					
1	Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidos en los trabajos escolares o en otras tareas.				
2	Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o tareas.				
3	Con frecuencia parece que no escucha cuando le hablan.				
4	Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una actividad o tarea escolar o tareas que se le encomiendan.				
5	Con frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas.				

<sup>38</sup> En todas las ocasiones para cada niño o niña se llenan dos escalas, una debe ser llenada por el docente a cargo del grupo (responsable de grado) y, la otra, por el cuidador responsable, que es la persona que pasa la mayor parte del tiempo con el niño o niña cuando está en la casa, quien este con él o ella en la rutina diaria.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

6	Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas en casa).				
7	Con frecuencia pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices, cartuchera u otros).				
8	Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor.				
9	Con frecuencia es olvidadizo con las tareas diarias.				
<b>TOTAL DEL PRIMER BLOQUE (suma)</b>					
<b>PROMEDIO DEL PRIMER BLOQUE</b>					
<b>BLOQUE 2</b>					
10	Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado.				
11	Frecuentemente se levanta de su asiento o se mueve en la silla cuando está sentado.				
12	Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada.				
13	Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio.				
14	Frecuentemente se mueve muy rápidamente, "como si tuviera un motor".				
15	Con frecuencia habla en exceso.				
16	Frecuentemente responde antes de que haya terminado la pregunta.				
17	Frecuentemente tiene dificultad para esperar el turno.				
18	Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego).				
<b>TOTAL DEL SEGUNDO BLOQUE (suma)</b>					
<b>PROMEDIO DEL SEGUNDO BLOQUE</b>					
<b>PROMEDIO FINAL DE LA ESCALA</b>					

### INSTRUCCIONES PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS

1. CADA PREGUNTA SE RESPONDE CONSIDERANDO UNA PUNTUACIÓN DE 0 A 3:

- No se presenta=0 puntos
- Se presenta poco=1 punto
- Se presenta bastante=2 puntos
- Se presenta mucho=3 puntos

2. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LOS RESULTADOS SOSPECHA DE TDA



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

- 
- La escala valora dos áreas de la conducta. Los ítems del 1 a 9 valoran déficit de atención o desconcentración y los que van del 10 al 18 valoran la hiperactividad / impulsividad.
  - Para obtener los resultados de cada área se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9.
  - Posteriormente, se suman ambos bloques y se dividen entre 18 para obtener el resultado final de la escala.

### 3. PUNTUACIONES QUE INDICAN SOSPECHA DE TDA (PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS)

- Para la desconcentración (resultados del Bloque 1):  $\geq 2,56$  para los profesores y  $\geq 1,78$  para la familia.
- Para hiperactividad / impulsividad (resultados del Bloque 2):  $\geq 1,78$  para los profesores y  $\geq 1,44$  para la familia.
- Para ambos:  $\geq 2,00$  para los profesores y  $\geq 1,67$  para la familia.

**ANEXO 3. RANGOS NORMALES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTOLICA SEGÚN EDAD, SEXO Y TALLA PERCENTILO 50.**

**Tabla 3. Rangos normales de presión arterial sistólica y diastólica según edad, sexo y percentil 50 de talla.**

Edad	Presión Arterial Sistólica		Presión Arterial Diastólica	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
De 5 años a menos de 6	93-106	95-108	54-68	53-68
De 6 años a menos de 7	95-108	96-110	56-70	55-70
De 7 años a menos de 8	96-109	97-111	57-71	57-72
De 8 años a menos de 9	98-111	99-112	58-72	59-73
De 9 años a menos de 10	100-113	100-114	59-77	60-75
De 10 años a menos de 11	102-115	102-115	60-74	61-75
De 11 años a menos de 12	103-117	104-117	61-75	61-76
De 12 años a menos de 13	105-119	106-120	62-76	62-76
De 13 años a menos de 14	107-121	108-122	63-77	62-77
De 14 años a menos de 15	109-122	111-125	64-78	63-78
De 15 años a menos de 16	110-123	113-127	65-79	64-79
De 16 años a menos de 17	111-124	116-130	66-80	65-80
De 17 años a menos de 18	111-125	118-132	66-80	67-82

**Fuente.** Modificado de American Heart Association. Pediatrics Advance Life Support. 2012.

National Heart Lung and Blood Institute. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. Full Report, October 2012<sup>39</sup>.

**Nota.** Para cada edad y sexo, tanto en la presión sistólica como en la presión diastólica el límite inferior del intervalo escrito corresponde al percentil 50 de presión arterial normal, el límite superior corresponde al percentil 90 que por definición es presión arterial **normal alta** (valores superiores a este nivel se consideran anormales en niños y niñas).

<sup>39</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. Primer Nivel de Atención. Código MP.GM.DDSS. 220216. Versión: 01. San José, Costa Rica: CCSS.

#### ANEXO 4. RANGOS NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA SEGÚN EDAD.

**Tabla 4. Frecuencia cardiaca de pacientes según edad.**

Edad (años y meses)	Latidos por minuto. Niño (a) despierto	Latidos por minuto. Niño (a) dormido
De 2 años a menos de 10 años	60-140	60-90
De 10 años y más	60-100	50-90

**Fuente.** American Heart Association. Pediatrics Advance Life Support. 2012<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. Primer Nivel de Atención. Código MP.GM.DDSS. 220216. Versión: 01. San José, Costa Rica: CCSS.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

### ANEXO 5. INFORMACION QUE SE DEBE EXPLICAR A LOS PADRES O ENCARGADOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD PREVIO A LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CASO DE INDICACION DE METILFENIDATO

A (NOMBRE DEL PACIENTE), se le hizo el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional (TDA), esta condición puede presentarse de varias formas, principalmente como un problema para poner atención, hiperactividad o impulsividad.

Para el manejo este trastorno en este caso, además de ser necesario el apoyo educativo por parte de las y los docentes, también es necesario utilizar un medicamento. Dadas las características específicas que se presentan en su hijo(a), se ha seleccionado el metilfenidato como fármaco idóneo.

El Metilfenidato se lo entrego en esta consulta. Para continuar con las prescripciones se hará de la siguiente manera... *(el profesional que prescribe debe informar si continúa haciendo la prescripción o si hace una referencia para que los seguimientos se continúen en un establecimiento de salud diferente, porque esta más cerca de la residencia del usuario al que se prescribe el medicamento).*

Los educadores de su hijo(a) deben estar al tanto, en forma confidencial, de que la persona menor de edad fue diagnosticada con TDA y se encuentra tomando este medicamento para que procedan a organizar los apoyos educativos que requiere para garantizar su derecho a la educación y su éxito académico.

Tanto ustedes como familia, como su hijo(a) y los maestros, deben tener presente que **el medicamento es sólo una ayuda** y no la solución a los problemas. Funciona mejor si mantienen un manejo adecuado, persistente y consistente de la disciplina del niño (a) en todos los ambientes.

Como padre, madre o encargado se le sugiere llevar un registro del comportamiento u otra situación especial que observe en su hijo(a) después de haberle iniciado el medicamento. Si en su caso, su hijo(a) toma el metilfenidato por varios años, es posible que se le sugiera



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

suspender el tratamiento durante un período breve, para evaluar la condición y determinar si aún lo necesita.

Es importante que, como padre, madre o encargado legales de la persona menor de edad, estén informados y comprendan los siguientes aspectos relacionados con el uso del metilfenidato:

1. Este medicamento ha sido extremadamente útil en el tratamiento de niños con el Trastorno por Déficit Atencional para mejorar su desatención, ya que estos niños tienen alteraciones en la función cerebral que no le permiten mantener la concentración durante el tiempo suficiente para disfrutar de una actividad o para aprender con su máxima capacidad.
2. Debe ser administrado exactamente como se lo indicó el médico, con el horario y en la dosis indicada.
3. Es preferible su administración después del desayuno o del almuerzo.
4. Nunca se debe administrar después de las 4 de la tarde. Es decir, nunca se administra en la noche o a la hora de dormir, ya que “quita el sueño”.
5. El efecto del medicamento aparecerá en unos 30 minutos o más después de haberlo tomado. Este efecto generalmente dura solo unas 4 horas; por eso, algunos niños o niñas pueden recibir 2 ó 3 dosis al día.
6. La dosis diaria más frecuente es de 10 mg; es decir, una pastilla antes de ir a clases.
7. Salvo que lo indique expresamente el médico, no se debe administrar: sábados, domingos, días feriados, ni en vacaciones.
8. No hay actividades diarias que se deban evitar o quitar porque su hijo(a) esta tomando este medicamento; no obstante, si tiene dudas sobre una actividad específica puede consultar al respecto.

El Metilfenidato, como parte del manejo integral del Trastorno por déficit de atención contribuye con el bienestar de la persona con diversos efectos beneficiosos, como los siguientes:

<b>Efectos motores beneficiosos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduce la inquietud.</li><li>• Disminuye el hablar excesivo y el provocar ruidos en la clase.</li><li>• Mejora la escritura.</li></ul>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora las habilidades manuales.</li> </ul>
<p><b>Efectos beneficiosos en el ambiente en el que el niño o niña se desenvuelve</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduce la conducta sin sentido en la clase.</li> <li>• Mejora la habilidad para jugar y trabajar independientemente.</li> <li>• Disminuye el enojo.</li> <li>• Disminuye la intensidad de la conducta.</li> <li>• Mejora la participación en juegos.</li> <li>• Reduce la conducta imponente ante los compañeros.</li> <li>• Reduce la agresión física y verbal.</li> <li>• Mejora la “condición social” (aceptación) del niño o niña entre sus mismos compañeros.</li> <li>• Reduce el impulso para robar o destruir cosas.</li> <li>• Reduce el comportamiento oposicionista (la rebeldía).</li> <li>• Mejora la relación padres-hijo o hija, también las relaciones sociales.</li> <li>• Los padres y los maestros se vuelven menos controladores y más positivos.</li> </ul>
<p><b>Efectos en el conocimiento o aprendizaje</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora la atención en el aula en especial a tareas que resultan poco atractivas.</li> <li>• Reduce la distracción frecuente.</li> <li>• Mejora la memoria reciente.</li> <li>• Reduce la impulsividad.</li> <li>• Aumenta la cantidad para hacer trabajo en clase y tareas.</li> <li>• Mejora la eficacia del trabajo académico si se acompaña de apoyo de la familia y los maestros.</li> </ul>





## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

El metilfenidato, **COMO CUALQUIER MEDICAMENTO**, produce efectos secundarios que suelen aparecer en los primeros días del uso y tienden a disminuir cuando ya es bien tolerado por el niño(a); la mayor parte de los niños (as) no experimentan efectos secundarios.

Los efectos secundarios **más frecuentes** son dolor de cabeza (cefalea) e insomnio. **Otros efectos secundarios frecuentes son:**

- Falta de apetito, vómitos, diarrea, dolor abdominal, boca seca.
- Retardo en la talla.
- Hipertensión arterial, arritmias, palpitaciones.
- Labilidad emocional, agresividad, ansiedad, síntomas depresivos.

Si su hijo (a) presenta alguno de estos efectos secundarios u otras alteraciones cuando consume el medicamento, es necesario que lo comunique al médico.

El metilfenidato consumido en las dosis recomendadas y usado en las cantidades adecuadas para niños con Trastorno de Déficit de Atención no representa un riesgo para desarrollar una adicción o para el abuso de la sustancia.

Si hay algo que usted no comprende por favor decirlo en cualquier momento.



## **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 25390000 ext. 20008601

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

---

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE DEBE ENTREGAR IMPRESA, POR CORREO U OTROS MEDIOS ELECTRONICOS AL PADRE, MADRE O ENCARGADO LEGAL DE LA PERSONA MENOR DE EDAD AL HACER EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL**

### **RECOMENDACIONES ÚTILES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE VIDA COTIDIANA QUE FAVORECEN LA NEUROGÉNESIS:**

- Trabajar el manejo de la disciplina
- Practicar ejercicios de concentración
- Promover un ambiente familiar, comunal y educativo libre de violencia
- Realizar actividades deportivas, recreativas y culturales que fomenten la concentración y la aplicación de funciones cognitivas superiores (memoria, clasificación, planificación, coordinación visomotora, calculo y abstracción, entre otras).
- Coordinar con docente y personal de salud para ayudar a la persona con TDA a tener un desarrollo académico exitoso, que beneficie la adecuada evolución y autoestima de la persona con TDA.
- Disponer de un adecuado tiempo de sueño.
- Realizar actividad física y promover una alimentación saludable.
- Mantenerse lejos de actividades adictivas (incluyendo drogas ilícitas o lícitas y videojuegos).

### **RECOMENDACIONES ÚTILES PARA APOYAR EL PROCESO DE ESTUDIO EN EL HOGAR**

1. Usar siempre el mismo espacio o habitación para estudiar, de ser posible ubicar al niño, niña o adolescente en una silla y mesita o escritorio acorde con su tamaño. Nunca promueva o permita el uso de la cama para estudiar.
2. Procure que el niño, niña o adolescente empiece a estudiar todos los días a la misma hora, según el horario del centro educativo.
3. Establezca con el niño, niña o adolescente las metas de estudio que van a alcanzar, que deben ser realistas. La maestra o los profesores le pueden ayudar con esto. Por ejemplo: dígame al niño o niña que tiene que terminar de estudiar el tema de "*las montañas*" en un tiempo determinado. Cuando haya pasado ese tiempo, pregúntele: *¿Ya terminaste?*, Si la respuesta es afirmativa, valore si realmente lo estudió (haga preguntas sobre el contenido estudiado), si lo domina: felicítelo. Si no lo domina, pregunte *¿qué pasó?* *¿El tema es difícil de aprender?* *¿Cómo fue que estudiaste el tema?*; Y, según la respuesta: explique el tema de forma más clara. Luego, ponerlo a estudiar el mismo tema otra vez dando un tiempo de descanso. Este tipo de



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)


---

seguimiento se va a requerir varias veces. Poco a poco el niño ira mostrando logros en sus tareas escolares. Evite entrar en conflicto o discusión con el niño, niña o adolescente por no haber cumplido con la meta y no recurra a castigos.

4. Brinde recreos cortos (de 5 a 10 minutos) mientras el niño, niña o adolescente está haciendo las tareas escolares. Pueden ser cada treinta minutos, pero debe evitar que se quede “*dando vueltas*” por la casa, debe tener juegos a la mano o actividades de juego o recreativas que va a realizar en cada recreo.
5. Los periodos de estudio en el hogar deben sumar como máximo 2 horas. Recuerde que el el niño, niña o adolescente también debe jugar, divertirse o relacionarse con otros, pero esto será hasta después de haber estudiado -no antes de haber cumplido con el estudio-. A medida que crece puede que esta cantidad de tiempo estudiando deba aumentar.
6. Al inicio, debe sentarse con el niño (a) para enseñarle y preparar en conjunto los resúmenes, cuestionarios, etc.; hasta que domine las técnicas y pueda realizarlas por sí solo.
7. Hacer resúmenes, cuestionarios, mapas conceptuales, esquemas, lecturas, repetición de lecturas, grabación y audición de la materia que está estudiando u otras técnicas para estudio; y en caso de matemáticas, hacer muchas prácticas para lograr aprender el proceso de resolver las operaciones.
8. Nunca se debe asumir que las calificaciones las obtuvieron los padres, dado que es responsabilidad de los estudiantes salir bien en el estudio. Por ejemplo, no diga: “*me saqué un 70 en el examen*” acreditándose a sí mismo el éxito y no al estudiante, porque así está desestimando el esfuerzo hecho por el niño, niña o adolescente. Además, si *sale mal* en el examen, se debe decir: “*tenés que esforzarte más para la próxima, la nota se puede superar*”; no castigar ni humillar u ofender por bajas calificaciones.
9. Nunca diga “*qué pereza estudiar*”, ni “*que pereza, le dejaron tarea*”, u otras quejas referidas a la escuela o a los docentes. Esto genera que el niño o niña llegue a evitar asumir la responsabilidad que implica el estudio y que se resista a estudiar temas que le son de dificultad, todo ello puede conducir a discusiones con los docentes, entre otras cosas, más si él o ella tienen conductas desafiantes.
10. Estimular las conductas positivas, a fin de fortalecer la autoestima.

**Recordar que el HÁBITO DE ESTUDIO se forma siendo constante en su aplicación diaria. Los padres, madres y encargados legales somos responsables de ayudarle a la persona menor de edad a aprender esto.**

**ANEXO 6. FORMULARIO INSTITUCIONAL PARA INDICAR COMPROMISO DE  
LOS PADRES O ENCARGADOS LEGALES DE UNA PERSONA MENOR DE EDAD  
EN EL MANEJO DEL TDA**

	<p><b>COMPROMISO DE LOS PADRES O ENCARGADOS LEGALES DE UNA PERSONA MENOR DE EDAD EN EL MANEJO DEL TDA</b></p>
<p><i>Los problemas que se derivan del Trastorno por Déficit Atencional (TDA) pueden afectar las relaciones en el hogar, el rendimiento académico, las relaciones sociales y la autoestima, por lo que es indispensable que los padres o encargados legales se comprometan a colaborar y trabajar en las diversas alternativas para el adecuado apoyo al hijo(a) con esta condición. <b>El original se adjunta al expediente físico y una copia se entregará al firmante.</b></i></p>	
<p>Nombre del Establecimiento de Salud</p>	
<p>Nombre de la PMD<sup>41</sup></p>	
<p>Número de identificación</p>	<p>Edad (en años y meses)</p>
<p>A _____ (NOMBRE DEL PACIENTE), se le hizo el diagnóstico de Trastorno de Déficit Atencional (TDA); esta condición puede presentarse de varias formas, principalmente como un problema para poner atención, hiperactividad o impulsividad. Para el manejo del TDA además del apoyo educativo por parte de las y los maestros (as), se requiere seguimiento médico, la indicación de medicamentos como el metilfenidato y gran <b>apoyo familiar</b>. En este sentido, se debe mantener un manejo adecuado, persistente y consistente de la disciplina de la persona menor de edad.</p> <p>Tanto la familia, como su hijo(a) y los maestros, deben tener presente que <b>el medicamento es sólo una ayuda</b> y no la solución a los problemas. Únicamente a través del trabajo arduo de todos los involucrados, es posible enfrentar y resolver las secuelas del TDA.</p> <p><b>EN LA AREA DE SALUD O EN EL HOSPITAL se debe:</b></p> <p>1. Trabajar en equipo, médicos, psicólogas, maestros, cuidadores y otros profesionales que atienden a su hijo(a).</p>	

<sup>41</sup> PMD= persona menor de edad.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: [coinccss@ccss.sa.cr](mailto:coinccss@ccss.sa.cr)

---

2. Dar continuidad al tratamiento con medicamento prescrito siguiendo las indicaciones que se le han brindado.
3. Asistir puntualmente a las citas programadas y a las otras actividades que se realicen, para informarse sobre el TDA y las mejores maneras de manejo de este.
4. Comunicar al médico prescriptor respecto al comportamiento de la persona menor de edad y sobre cualquier posible efecto adverso atribuible a la medicación.
5. Cada vez que su hijo o hija asista a consulta médica por cualquier circunstancia, tanto en la CCSS como en medicina privada, debe informar que toma metilfenidato y la dosis que utiliza.

### **EN EL HOGAR se debe:**

1. Procurar una adecuada comunicación con su hijo(a). Para ello es conveniente sacar un rato para hablar acerca de lo que ha ocurrido en el día, apoyarle por el esfuerzo realizado (independientemente de los logros), invitarle a actividades especiales o en las que tenga oportunidad de participar (escolares, deportivas, artísticas, etc.) y reconocer ante los demás sus esfuerzos. Estas acciones le ayudarán a sentir que es valorado(a) y querido (a).
2. Mejorar la calidad del tiempo que pasa con su hijo(a). Mientras están compartiendo muéstrole su cariño, conversen y traten de desarrollar intereses comunes.
3. Promover la participación de la persona menor de edad en las diversas actividades que se realizan en el hogar, de acuerdo con su edad.
4. Ayudar a su hijo(a) a descubrir sus fortalezas, con el fin de aumentar su autoestima. Esto es difícil pero no debemos dejar de intentarlo.
5. Enseñar que es *normal* cometer errores. Se necesita que su hijo(a) comprenda que los errores no son fracasos, sino pasos importantes en el proceso de aprender.
6. Establecer y aplicar reglas que ayuden al adecuado manejo y educación. Estas deben ser claras y fáciles de comprender.
7. Brindar oportunidades a su hijo(a) para analizar los problemas, buscar soluciones y tomar decisiones. Esto le ayudará a sentir que tiene cierto grado de control sobre lo que ocurre en su vida y dentro de la familia. Lo anterior se podría facilitar invitándole a contribuir, junto con los demás, en la selección de reglas de conducta a seguir en la casa y permitiéndole participar del proceso de buscar una solución ante una situación conflictiva. Esto es difícil pero no debemos dejar de intentarlo.
8. Supervisar los trabajos escolares de su hijo(a), de forma que sienta que se le está ayudando y, a la vez, fomentando independencia en sus trabajos y quehaceres de la escuela.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

9. Nunca diga “*qué pereza estudiar*”, ni “*que pereza, le dejaron tarea*”, u otras quejas referidas a la escuela o a los docentes. Recuerde que el **HÁBITO DE ESTUDIO** se forma siendo **constante** en su aplicación diaria.
10. Si su hijo (a) toma metilfenidato u otro medicamento para el tratamiento del TDA es importante recordar que el medicamento no produce el cambio deseado por sí solo. Es decir, que **el éxito del tratamiento depende en gran medida de la respuesta de la familia y la escuela**. Esto porque el metilfenidato:
- No puede enseñar al niño a hacer y mantener amigos, por lo tanto, deben trabajarse las destrezas sociales.
  - No puede sustituir una disciplina consistente, permanente y con afecto por parte de todas las personas encargadas de cuidar a la persona menor de edad.
  - No puede poner a estudiar al niño(a) y enseñarle las destrezas o las técnicas de estudio para salir adelante.
  - No puede hacer que un niño o niña que vive en violencia intrafamiliar deje de ser violento.

**Habiendo aclarado todas las dudas sobre la medicación y habiendo brindado voluntariamente un consentimiento para que se medique en la CCSS a mi hijo (a) con el metilfenidato como parte del manejo integral del Trastorno por Déficit Atencional (TDA), como responsable legal de este firmo este compromiso de colaboración.**

Nombre del padre, madre o encargado legal de la persona menor de edad:

Número de cédula

Número de teléfono

Firma

Se firma el presente el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

### ANEXO 7. FORMULARIO INSTITUCIONAL PARA COMUNICAR SUSPENSIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDICAR METILFENIDATO A UNA PERSONA MENOR DE EDAD



#### SUSPENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDICAR METILFENIDATO A UNA PERSONA MENOR DE EDAD

*Este documento será revisado en conjunto por el médico prescriptor y el padre, madre o encargado legal de la persona menor de edad, en aras de brindar la información correspondiente antes de suspender el metilfenidato.*



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 25390000 ext. 20008601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

<b>El original se adjunta al expediente físico y una copia se entregará al firmante.</b>	
<b><i>Este documento es complementario al formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO INSTITUCIONAL DEL METILFENIDATO previamente firmado por el padre, madre o encargado legal de la PMD.</i></b>	
Nombre del Establecimiento de Salud	
Nombre de la PMD <sup>42</sup>	
Número de identificación	Edad (en años y meses)
Por este medio hago constar que revoco intencional y voluntariamente mi consentimiento respecto a continuar el tratamiento de mi hijo o hija con metilfenidato en la CCSS.	
Comprendo que el medicamento forma parte del manejo integral del Trastorno por Déficit Atencional (TDA), de modo que la suspensión del tratamiento puede llevar a dificultad para controlar esta condición en mi hijo o hija.	
Nombre del padre, madre o encargado legal de la persona menor de edad:	
Número de cédula	Firma
Nombre del testigo	
Número de cédula	Firma
Nombre del médico prescriptor	
Código	Firma
Se firma el presente el ____ de _____ de 20_____.	

<sup>42</sup> PMD= persona menor de edad.