



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD



AT 2026-FFBB-048

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título de **Informe final de tesis** es:

Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Presentado por:

RAMIREZ LLOCLLA DIANA CAROLINA

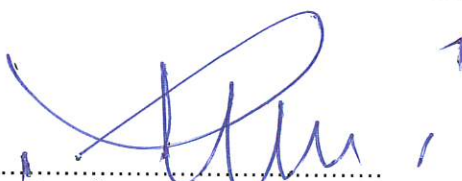
Bachiller del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **FARMACIA Y BIOQUÍMICA**. El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Con Código de Matricula: 20182128

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 20 de abril de 2026


.....
Dr. PEÑA GALINDO JULIO JOSE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Farmacia y Bioquímica



Titulo

Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Línea de investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

AUTOR

Bach. DIANA CAROLINA RAMIREZ LLOCLLA

Ica, Perú

2026

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primer lugar, a mis padres, quienes han sido pilares fundamentales en mi vida y la principal fortaleza durante mi formación profesional. Todo lo que he logrado hasta hoy ha sido posible gracias a su esfuerzo, sacrificio y apoyo constante.

A mis hermanos, por estar presentes en cada etapa de este proceso, acompañándome y brindándome ánimo en los momentos en que más lo necesitaba.

De manera especial, a la memoria de mi hermano, quien fue un gran apoyo emocional durante mi formación. Aunque hoy no se encuentre físicamente conmigo, lo llevo siempre en mi corazón y en cada meta que alcanzo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi vida profesional.

A mi asesor, Dr. Eleuterio Juan García Muñoz, por su orientación y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación.

A mis docentes que formaron parte de mi formación académica, por compartir sus conocimientos y experiencias, que contribuyeron significativamente a mi crecimiento profesional.

Finalmente, a mi familia, por su apoyo y confianza en mí durante todo este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
Problema General	18
Problemas Específicos	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	21
2.1. Tipo, nivel y diseño de investigación.....	21
2.2. Población y muestra.....	21
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	23
2.4. Técnicas de análisis e interpretación de resultados.....	23
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN.....	31
V. CONCLUSIÓN	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
VIII. ANEXOS	38
Anexo 1. Instrumento de recolección de información.	38
Anexo 2. Ficha de validación de instrumentos de investigación	39
Anexo 3. Matriz de Consistencia.....	42
Anexo 4. Datos del análisis estadístico de la variable: “Patrón de consumo de metilfenidato”	44
Anexo 5. Confiabilidad del instrumento	48
Anexo 6. Imágenes.....	49
Anexo 7. Autorización del Hospital Regional de Ica	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	25
Tabla 2. Prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	25
Tabla 3. Proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	26
Tabla 4. Tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	27
Tabla 5. Media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	28
Tabla 6. Porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato.	29
Tabla 7. Reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato.	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	25
Figura 2. Prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	26
Figura 3. Proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	27
Figura 4. Tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	28
Figura 5. Media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.	29
Figura 6. Porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato.	29
Figura 7. Reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato.	30

RESUMEN

Título: “Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025”.

Objetivo: Determinar el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.

Método: Se desarrollo una investigación de tipo básica, nivel descriptivo, con diseño no experimental de corte longitudinal retrospectivo. La muestra estuvo representada por 30 Historias clínicas de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH que hubieran recibido prescripción médica de metilfenidato en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.

Resultados: El consumo de metilfenidato en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presentó una prevalencia diagnóstica del 29,41%, con mayor proporción en varones y prescripción del 100% en ambos sexos. La dosis estable se alcanzó en promedio a los 4 meses (principalmente entre 3 y 5 meses), con una media de 9,17 mg/24h y predominio de dosis cercanas a 10 mg/24h. El 76,67% recibió monoterapia y el 23,33% tratamiento combinado con Risperidona o Ácido valproico.

Conclusiones: Se determino un patrón de uso racional, con ajuste progresivo de dosis y ausencia de reacciones adversas reportadas.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, metilfenidato, consumo.

ABSTRACT

Qualification: “Retrospective analysis of the methylphenidate consumption pattern in children and adolescents with ADHD in a hospital in Ica-2025”.

Aim: To determine the pattern of methylphenidate consumption in children and adolescents with ADHD at the Ica Regional Hospital during the second half of 2024 and the first half of 2025.

Method: A basic, descriptive, retrospective longitudinal, non-experimental study was conducted. The sample consisted of 30 medical records of children and adolescents diagnosed with ADHD who had received a prescription for methylphenidate at the Ica Regional Hospital during the second half of 2024 and the first half of 2025.

Results: Methylphenidate use in patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) showed a diagnostic prevalence of 29.41%, with a higher proportion in males and a 100% prescription rate for both sexes. A stable dose was reached on average after 4 months (mainly between 3 and 5 months), with a mean of 9.17 mg/24h and a predominance of doses close to 10 mg/24h. 76.67% received monotherapy and 23.33% received combination therapy with risperidone or valproic acid.

Conclusions: A pattern of rational use was determined, with progressive dose adjustment and no reported adverse reactions.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, methylphenidate, consumption.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del comportamiento que se manifiesta a través de síntomas como la hiperactividad, la impulsividad y la falta de atención. A nivel mundial se estima que su prevalencia en niños y adolescentes es del 5,29% siendo más frecuente en varones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo denomina "trastorno hipercinético" y se ha observado que tanto los síntomas como su impacto pueden variar significativamente a lo largo de la vida de la persona (1). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y se caracteriza por patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que resultan inapropiados para el nivel de desarrollo. Estos síntomas interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, académico y/o laboral, se manifiestan antes de los siete años de edad y están presentes en más de un contexto (2).

La prevalencia del TDAH muestra variaciones significativas entre distintos países y regiones. En Estados Unidos, durante las últimas dos décadas se ha observado un incremento sostenido, pasando de 6,1% en 1997 a 10,2% en 2016 (3). En Latinoamérica, se estima que aproximadamente el 7% de los niños diagnosticados recibe tratamiento farmacológico, mientras que el 23% accede a intervenciones de carácter psicosocial, lo que evidencia diferencias en el acceso y en los enfoques terapéuticos implementados en la región (4,5).

En el Perú, el TDAH presenta una prevalencia estimada entre el 5% y el 10% en la población infantil y adolescente. Asimismo, durante el año 2023, el Instituto Nacional de Rehabilitación reportó que el TDAH representó el 3,3% del total de diagnósticos principales atendidos, constituyéndose además en uno de los motivos más frecuentes de consulta externa en el Departamento de Aprendizaje (6).

El metilfenidato (dl-treo-metilfenidato, MPH) es un fármaco estimulante del sistema nervioso central, su mecanismo de acción no ha sido completamente esclarecido, pero la evidencia indica que ejerce sus efectos principalmente a través de la modulación del sistema dopaminérgico en la corteza prefrontal, lo que favorece un mayor control inhibitorio sobre las estructuras del sistema límbico. Este es un fármaco aprobado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños a partir de los seis años de edad (7). Desde el año 2000, la prescripción de metilfenidato (MPH), un fármaco estimulante de uso común en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ha aumentado considerablemente a nivel mundial tanto en niños como en adultos. Este incremento ha generado preocupaciones relacionadas con la eficacia y seguridad del uso prolongado, especialmente en población joven donde su uso está autorizado para TDAH. Sin embargo, también se reporta su uso en niños menores de 6 años y en adultos para quienes la prescripción de metilfenidato no está formalmente aprobada salvo en el tratamiento de la narcolepsia (8).

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central (SNC) que actúa acelerando la actividad mental, su principal indicación terapéutica es el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), aunque también se emplea en el manejo de la narcolepsia. Este fármaco, perteneciente al grupo de las anfetaminas ejerce su acción mediante la inhibición de los transportadores de noradrenalina (NAT) y dopamina (DA), lo que conlleva a un aumento de la liberación y acumulación de estos neurotransmisores en regiones específicas del cerebro. Se sabe que la dopamina está asociada a los procesos de dependencia, mientras que la noradrenalina influye en la regulación del estado de ánimo, la motivación, la cognición y el comportamiento motor. Por estas razones, el metilfenidato puede tener efectos significativos sobre el comportamiento, el estado anímico y las funciones cognitivas (9).

Las tasas de prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a nivel mundial oscilan entre el 1% y el 10% en niños y adolescentes, siendo más elevadas en varones y posiblemente, en personas que practican deportes de forma regular, se estima que aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados en la infancia o adolescencia persisten en la adultez. Además, se ha observado que en las últimas dos décadas y media ha habido un incremento significativo en el número de diagnósticos y tratamientos relacionados con esta condición (10).

La DIGEMID ha emitido recomendaciones sobre el uso adecuado del metilfenidato, indicado para el tratamiento de la narcolepsia y del TDAH en niños mayores de seis años y adolescentes, cuando otras medidas no son suficientes. Estas directrices se basan en posibles riesgos asociados al fármaco, como efectos cardiovasculares, cerebrovasculares, psiquiátricos y posibles alteraciones en el crecimiento y desarrollo sexual a largo plazo. El tratamiento debe ser indicado por un médico especialista y cumplir con normas estrictas: receta especial en tres ejemplares, sin correcciones, con seguimiento médico continuo y la farmacia debe registrar la dispensación, conservar la receta y archivar una copia por dos años (11).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud mental infantil y adolescente, siendo el metilfenidato el tratamiento farmacológico de primera línea más ampliamente utilizado. No obstante, el uso de este fármaco requiere un seguimiento cuidadoso debido a su potencial impacto clínico, a la variabilidad en los esquemas de prescripción y a los riesgos asociados a un uso inadecuado, como la sobredosificación, la falta de adherencia o el empleo prolongado sin una reevaluación periódica. En este contexto, resulta fundamental conocer los patrones reales de consumo de metilfenidato en la práctica clínica. Sin embargo, en el ámbito local y regional, la información sobre el uso de este medicamento en niños y adolescentes con TDAH es limitada. Por ello, el análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en un hospital de Ica permitirá generar evidencia epidemiológica y clínica relevante, identificar tendencias de prescripción y contribuir

a la optimización del manejo terapéutico, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y el uso racional del medicamento en esta población durante el año 2025.

Antecedentes internacionales:

Crippa A et al (2025) publicó su estudio desarrollado en el marco del Registro de TDAH de Lombardía tuvo como objetivo describir las características clínicas y la respuesta al metilfenidato (MPH) en niños y adolescentes con TDAH atendidos en un centro de referencia de tercer nivel, ante las discrepancias terapéuticas observadas entre distintos centros. Se realizó una investigación observacional naturalista, de nivel descriptivo-analítico y diseño longitudinal prospectivo de seguimiento a 12 semanas. La muestra estuvo conformada por pacientes diagnosticados con TDAH desde 2017, de los cuales una cuarta parte recibió prescripción de MPH. La recolección de datos incluyó la evaluación clínica y el uso de la escala de Impresión Clínica Global-Gravedad (CGI-S) para medir la evolución, controlando variables predictoras como coeficiente intelectual y comorbilidades. Los resultados evidenciaron que los pacientes medicados presentaban mayor complejidad clínica y más comorbilidades neuropsiquiátricas; asimismo, mostraron mejoría significativa tras 12 semanas de tratamiento, aunque no a las 4 semanas. Se concluyó que el MPH es eficaz en pacientes con mayor compromiso clínico, destacando la importancia de la evaluación inicial y de los factores predictivos en el seguimiento terapéutico (12).

Vamshi A (2024) en su estudio cuyo propósito fue de analizar los patrones de titulación de dosis del metilfenidato de liberación retardada y prolongada (DR/ER-MPH, comercializado como JORNAY PM®), aprobado para personas mayores de 6 años con TDAH, se realizó un estudio retrospectivo a partir de una base de datos estadounidense de reclamaciones médicas y de recetas. El fármaco, que se administra por la noche y se absorbe en el colon, no es equivalente a otros derivados del metilfenidato en términos de dosis miligramo a miligramo. Se incluyeron 2,372 pacientes que recibieron DR/ER-MPH entre julio de 2019 y agosto de 2022, con al menos cuatro prescripciones y un seguimiento mínimo de 12 meses. Se analizaron las cuatro primeras dosis prescritas y la dosis estable alcanzada, definida como aquella repetida en al menos dos prescripciones consecutivas. Los resultados fueron estratificados por edad: niños (6–12 años), adolescentes (13–17 años) y adultos jóvenes (18–29 años). El análisis mostró que la dosis inicial promedio fue de 31.9 mg, con el 62.9% de los pacientes comenzando con 20 mg. Para la cuarta prescripción, la dosis media ascendía a 47.5 mg. Un 98.7% de los pacientes alcanzó una dosis estable, con una media de 52.9 mg. Se observó un aumento progresivo de la dosis estable con la edad, desde 50.5 mg en niños hasta 59.5 mg en adultos jóvenes. Asimismo, el tiempo promedio para alcanzar dicha dosis fue menor en los grupos de mayor edad, reduciéndose de 103.4 días en niños a 95.3 días en adultos jóvenes (13).

Man K (2023) publicó su estudio que tuvo como objetivo evaluar la seguridad del metilfenidato durante un periodo de dos años, en relación con el crecimiento y desarrollo físico, la salud psiquiátrica y neurológica, y la función cardiovascular. Se realizó un estudio naturalista,

longitudinal y controlado, como parte del programa de investigación europeo ADDUCE. La investigación se llevó a cabo en 27 centros de salud mental infantil y adolescente en el Reino Unido, Alemania, Suiza, Italia y Hungría. Se incluyeron participantes de entre 6 y 17 años, distribuidos en tres grupos: pacientes con TDAH que iniciarían tratamiento con metilfenidato (grupo metilfenidato), pacientes con TDAH que no planeaban iniciar medicación (grupo sin metilfenidato) y un grupo control sin diagnóstico de TDAH. El diagnóstico se realizó según los criterios del DSM-IV, y se establecieron criterios de inclusión y exclusión específicos para asegurar la validez del muestreo. La principal variable de resultado fue la velocidad de crecimiento, medida a través de la puntuación estándar de la velocidad de crecimiento en altura. Entre febrero de 2012 y enero de 2016 se reclutaron 1,410 participantes: 756 en el grupo metilfenidato, 391 en el grupo sin medicación y 263 en el grupo control. La media de edad fue de 9,28 años, y el 76,3% eran varones. Tras aplicar ajustes estadísticos mediante puntuaciones de propensión para controlar las diferencias iniciales entre grupos, no se encontraron efectos significativos del metilfenidato sobre el crecimiento después de 24 meses (diferencia de puntuación estándar: -0.07; IC 95%: -0.18 a 0.04; $p=0.20$). Tampoco se observaron incrementos relevantes en eventos adversos psiquiátricos o neurológicos. No obstante, se registraron aumentos en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial sistólica y diastólica en el grupo tratado, aunque no se reportaron eventos adversos graves (14).

Heng L (2023) publicó su estudio cuyo propósito fue analizar los patrones de prescripción de metilfenidato y atomoxetina en menores con diagnóstico de TDAH, se realizó un estudio retrospectivo en Taiwán abarcando el periodo 2004–2017. La muestra incluyó a 256,882 pacientes de entre 3 y 18 años, de los cuales el 57.3% recibió tratamiento farmacológico. Se evaluó el inicio del tratamiento tras el diagnóstico, así como los cambios entre medicamentos. Los hallazgos revelaron que el metilfenidato fue la opción terapéutica predominante (98.2%), mientras que el uso de atomoxetina mostró un incremento progresivo, pasando de 0.1% en 2007 a 5.5% en 2017. El tiempo mediano desde el diagnóstico hasta la primera prescripción fue de 21 días. Entre quienes iniciaron con metilfenidato, el 8.4% cambió posteriormente a atomoxetina, y un 31.3% de los que iniciaron con atomoxetina fueron cambiados a metilfenidato (15).

Storebo O et al (2023) en su revisión sistemática y de metaanálisis realizada por la Cochrane en la Universidad del Sur de Dinamarca, tuvo como objetivo evaluar los efectos beneficiosos y nocivos del metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH. Se efectuó una investigación de tipo secundaria, de nivel explicativo, con diseño de revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), mediante búsqueda exhaustiva en bases de datos como CENTRAL, MEDLINE y Embase hasta marzo de 2022, sin restricción de idioma o año. Se incluyeron 212 ECA (16.302 participantes ≤ 18 años, CI >70), que compararon metilfenidato versus placebo o ninguna intervención; la extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo fue realizada por revisores independientes siguiendo metodología Cochrane y enfoque GRADE. Los resultados

mostraron que el metilfenidato puede mejorar los síntomas de TDAH y el comportamiento general evaluados por docentes (DME -0,74), sin evidencia clara de efecto sobre eventos adversos graves ni calidad de vida; no obstante, podría incrementar eventos adversos no graves como insomnio y disminución del apetito (RR 1,23). La mayoría de los estudios presentó alto riesgo de sesgo y la certeza global de la evidencia fue muy baja. Se concluyó que, aunque el metilfenidato podría ofrecer beneficios clínicos en el control sintomático, la magnitud real de sus efectos y su perfil de seguridad permanecen inciertos debido a la baja calidad de la evidencia disponible (16).

Siqueira K (2022) público su estudio cuyo objetivo fue analizar el uso de metilfenidato en niños, adolescentes y adultos jóvenes, así como los factores asociados a su consumo, estudio realizado en Centro de Educación y Salud de la Universidad Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba – Brasil. Para ello realizó una revisión integrativa de la literatura, abarcando investigaciones publicadas en los últimos diez años, la búsqueda de información se realizó entre febrero y mayo de 2022 en bases de datos como PubMed, el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Google Académico y SciELO. Se seleccionaron 23 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión. Los resultados revelaron una elevada frecuencia en el uso de metilfenidato, tanto en menores con diagnósticos poco claros como en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque el fármaco está indicado para el tratamiento del TDAH y la narcolepsia, también se identificó su uso con fines de mejora cognitiva y fuera de indicación médica. En promedio, el 26,2% de los participantes en los estudios revisados había utilizado metilfenidato. El 43,4% lo hizo con fines de mejora del rendimiento, el 17,3% por diagnóstico de TDAH, el 34,7% por usos no autorizados y el 4,3% sin especificar motivo (17).

Ponnou S (2022) en su estudio que tuvo por finalidad describir la evolución reciente de la prescripción de metilfenidato en población pediátrica en Francia entre 2010 y 2019, así como analizar las variables demográficas, clínicas, institucionales y sociales asociadas a dicha prescripción. Se realizó un análisis retrospectivo utilizando datos del sistema de Seguridad Social francés, que cubre aproximadamente el 87 % de la población. La cohorte incluyó a 144,509 pacientes de entre 0 y 17 años que recibieron al menos una prescripción de metilfenidato durante el período de estudio. Se evaluaron la incidencia y prevalencia de las prescripciones, la duración del tratamiento, los diagnósticos asociados, las coprescripciones de otros psicotrópicos, el lugar de prescripción, el seguimiento educativo y psicoterapéutico, así como variables sociodemográficas relacionadas con la prescripción. Entre 2010 y 2019, la incidencia de prescripción de metilfenidato aumentó un 56 %, mientras que la prevalencia se incrementó en un 116 %. En 2019, la prevalencia en niños de 3 a 17 años osciló entre 0.61 % y 0.75 %. La mayoría de los pacientes eran niños (entre 80.8 % y 82.5 % durante el período). La duración mediana del tratamiento en niños de 6 años fue de 5.5 años, con una tendencia a tratamientos más prolongados en los niños más pequeños. Se observó un aumento en el número de dispensaciones anuales por paciente. Los diagnósticos asociados a la prescripción no siempre coincidían con las indicaciones

terapéuticas autorizadas, y el 22.8 % de los niños con primera prescripción recibieron también otros psicotrópicos, en su mayoría fuera de indicación aprobada. Además, un cuarto de los inicios y la mitad de las renovaciones de tratamiento se realizaron fuera de las recomendaciones oficiales. El seguimiento educativo y psicoterapéutico disminuyó significativamente en el tiempo, y los niños nacidos al final del año escolar y aquellos de entornos desfavorecidos tenían mayor probabilidad de recibir medicación (18).

Prieto B (2022) publicó su estudio que tuvo como propósito principal de su estudio fue analizar la tendencia del consumo de fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en Castilla y León entre los años 2010 y 2019, específicamente en pacientes menores de 19 años. Se realizó un estudio epidemiológico de registro, basado en los datos de dispensación registrados en las oficinas de farmacia de Castilla y León durante el periodo de estudio. Se incluyeron todos los medicamentos con principios activos indicados para el TDAH: metilfenidato (N06BA04), atomoxetina (N06BA09), lisdexanfetamina (N06BA12), modafinilo (N06BA07) y guanfacina (C02AC02). Los datos se extrajeron del sistema de información CONCYLIA, que registra la prestación farmacéutica en la comunidad. Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. Se aplicó el test-t de Student para variables continuas, el test Chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas, y el test de Cochran-Armitage para evaluar tendencias en el consumo a lo largo del tiempo. Durante el periodo 2010-2019, se observó que anualmente se dispensaron medicamentos para el TDAH al 1,77% de la población menor de 19 años. El consumo fue significativamente mayor en varones que en mujeres (2,69% vs. 0,81%; $p=0,001$). La mayor prevalencia de consumo se registró en el grupo etario de 10 a 14 años, alcanzando un 3,42%. En cuanto a los principios activos, el metilfenidato fue el más prescrito (2,44%), seguido por la lisdexanfetamina (0,37%) (19).

Justificación e importancia de la investigación.

Justificación teórica.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición neuroconductual prevalente en la infancia y la adolescencia, con una prevalencia mundial estimada del 5,29% y mayor frecuencia en varones (1). Su manejo terapéutico incluye el tratamiento farmacológico, siendo el metilfenidato (MPH) el fármaco de elección por su eficacia demostrada en la reducción de la inatención, la hiperactividad y la impulsividad (9). No obstante, desde el año 2000 se ha observado un incremento sostenido en su prescripción a nivel global, lo que ha generado preocupación por su uso prolongado en población pediátrica, debido a la posible aparición de efectos adversos cardiovasculares, psiquiátricos y relacionados con el desarrollo (8) (11). Aunque en el Perú su dispensación se encuentra regulada por normativas estrictas emitidas por la DIGEMID, se ha reportado su utilización fuera de indicación formal y un bajo cumplimiento del seguimiento terapéutico no farmacológico complementario (11). En este contexto, la ausencia de estudios locales actualizados sobre el patrón de prescripción del

metilfenidato en regiones como Ica sustenta la necesidad de esta investigación, orientada a evaluar el consumo real del fármaco, el perfil clínico de los pacientes tratados y el grado de adherencia a las regulaciones vigentes, aportando evidencia que contribuya al uso racional, seguro y fundamentado del MPH en niños y adolescentes con TDAH.

Justificación práctica.

El presente estudio posee relevancia práctica al permitir identificar el patrón real de utilización del metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica, evaluando si su prescripción se ajusta a las normativas vigentes. Los resultados aportarán información objetiva para fortalecer el uso racional del medicamento, optimizar las estrategias terapéuticas en esta población y orientar la toma de decisiones clínicas y administrativas. Asimismo, contribuirán a mejorar los procesos de control, seguimiento y vigilancia del tratamiento farmacológico, promoviendo un manejo más seguro, adecuado y basado en la normativa del TDAH en la región.

Justificación metodológica:

El presente estudio se justifica metodológicamente por la adopción de un enfoque cuantitativo de tipo básico, dado que tiene como finalidad generar conocimiento sobre el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), sin intervenir ni modificar la realidad observada. Asimismo, se enmarca en un nivel descriptivo, de diseño no experimental retrospectivo, debido a que se realizará el análisis de datos previamente registrados en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. Este enfoque metodológico permite examinar la evolución y las características del consumo de metilfenidato en un contexto clínico real, sin manipulación de variables, lo que contribuye a la validez externa de los hallazgos y a su utilidad para la práctica clínica y el desarrollo de futuras investigaciones.

Importancia:

La presente investigación es relevante porque permitirá conocer y analizar el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en un hospital de Ica, en un contexto donde la prescripción de este fármaco ha mostrado un aumento tanto a nivel nacional como internacional. Al evaluar aspectos del tratamiento, como la edad de inicio, la duración, la frecuencia y el cumplimiento de la normativa vigente, será posible identificar posibles desviaciones en la prescripción y áreas de mejora en el seguimiento clínico. Los resultados contribuirán a una toma de decisiones más informada por parte de los profesionales de salud, promoviendo un uso racional y seguro del metilfenidato, especialmente en la población pediátrica, en la que los estudios sobre este tema son aún limitados en la región. Asimismo, la investigación proporcionará evidencia valiosa para las autoridades sanitarias y servirá como base para orientar futuras intervenciones, políticas de salud o programas de capacitación destinados a optimizar el manejo del TDAH en el ámbito local.

Marco Teórico

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye una alteración del neurodesarrollo que, contrariamente a lo que aún sostienen algunos profesionales, puede persistir más allá de la adolescencia y la juventud, dando lugar a un síndrome clínico claramente identificable en la edad adulta. Su presentación clínica se define por una tríada sintomática (inatención, hiperactividad e impulsividad) que con elevada frecuencia se asocia a la presencia de otros trastornos mentales comórbidos (trastornos de conducta, trastorno oposicionista negativista desafiante, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos del aprendizaje, trastornos del espectro autista, etc) (20).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico crónico que afecta las funciones ejecutivas, comprometiendo la capacidad del individuo para regular sus emociones, pensamientos y conductas. Se manifiesta por dificultades en la atención sostenida, el control de la impulsividad, la modulación de la actividad motora, la regulación del estado de ánimo y el seguimiento de instrucciones, lo que impacta negativamente en el rendimiento académico y en el funcionamiento diario del niño. Es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia, con una prevalencia estimada entre el 5% y el 8%, predominante en el sexo masculino, y con tendencia a persistir hasta la edad adulta en un número significativo de casos. Clínicamente, se clasifica en tres presentaciones: predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva/impulsiva y combinada (21).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es considerado un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta a través de un patrón persistente de alteraciones conductuales y del funcionamiento cognitivo. Dicho patrón puede modificarse a lo largo del tiempo y generar repercusiones significativas en el desempeño cognitivo, académico y/o laboral del individuo. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza principalmente por la presencia sostenida de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, en un grado que resulta desadaptativo y no acorde con el nivel de desarrollo del paciente, produciendo una interferencia notable en las actividades de la vida diaria (22).

Epidemiología

Entre enero y junio del 2025, los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) registraron 25 010 atenciones por trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), de las cuales el 80 % (20 018 casos) correspondieron a población infantil (23).

De acuerdo con la M.P. Patricia Alborno, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la presencia persistente de dificultades atencionales, hiperactividad e impulsividad, y suele diagnosticarse en la infancia debido a la mayor visibilidad de los síntomas en esta etapa. Sin embargo, en la edad adulta puede asociarse a inestabilidad en las relaciones interpersonales, bajo rendimiento académico o laboral y baja autoestima. Con el paso a la adultez, los síntomas de hiperactividad tienden a atenuarse, manifestándose principalmente como

inquietud interna, mientras que los déficits atencionales suelen persistir, afectando la organización, la ejecución de tareas y el funcionamiento en distintos ámbitos de la vida. Asimismo, la presencia de comorbilidades, como trastornos de ansiedad, consumo de sustancias o alteraciones de la personalidad, puede enmascarar el TDAH, dificultando su detección y favoreciendo que la atención clínica se centre en los trastornos asociados más que en el trastorno subyacente (24).

El TDAH es reconocido como el trastorno del neurodesarrollo más prevalente en la población infantojuvenil. Aunque su frecuencia exacta no se encuentra completamente definida, investigaciones recientes estiman una prevalencia global que fluctúa entre el 5% y el 10%. En España, se ha reportado una prevalencia aproximada del 6,8% en niños y adolescentes, observándose una mayor afectación en varones en comparación con mujeres, particularmente en la presentación clínica de tipo hiperactivo-impulsivo (22).

Etiología

La etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es multifactorial e implica la interacción de factores genéticos y ambientales, considerándose uno de los trastornos psiquiátricos con mayor heredabilidad; esto se sustenta en la mayor concordancia observada en gemelos monocigóticos en comparación con gemelos dicigóticos, así como en el hecho de que los hermanos de individuos con TDAH presentan aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar el trastorno respecto a la población general. Entre los factores ambientales investigados se incluyen las infecciones virales, el consumo materno de tabaco durante el embarazo, las deficiencias nutricionales y la exposición fetal al alcohol como posibles contribuyentes etiológicos (25).

Criterios diagnósticos del TDAH

De acuerdo con los criterios establecidos en la CIE-10, el diagnóstico del TDAH (denominado en esta clasificación como Trastorno Hiperkinético) exige la presencia simultánea de los tres grupos sintomáticos principales: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas deben manifestarse antes de los 7 años de edad, mantenerse de forma persistente en el tiempo y no ser atribuibles a otros trastornos psiquiátricos o del neurodesarrollo, como el autismo, la depresión, los episodios maníacos o los trastornos de ansiedad (26).

TDAH presentación predominante de falta de atención: El rasgo predominante es la lentitud en el procesamiento de la información, observándose con mayor frecuencia en niñas (30%) en comparación con niños (16%). Debido a que no suele acompañarse de conductas disruptivas en el ámbito familiar ni escolar, el diagnóstico tiende a realizarse de manera más tardía. Asimismo, esta presentación se asocia con mayor frecuencia a trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (27).

TDAH presentación predominante hiperactiva-impulsiva: Es la presentación menos frecuente. Se observa con mayor prevalencia en varones durante la etapa preescolar y se ha

planteado que podría constituir una forma evolutiva inicial que, con el tiempo, evolucione hacia la presentación combinada (27).

TDAH presentación clínica combinada: Se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas correspondientes tanto a la inatención como a la hiperactividad-impulsividad. Constituye la forma clínica más frecuente, con una prevalencia aproximada del 80% en niños y del 60% en niñas (27).

Tratamiento del TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido considerado tradicionalmente un trastorno propio de la infancia y la adolescencia; sin embargo, presenta también una elevada prevalencia en la población adulta. Los tratamientos disponibles logran una mejoría clínica en aproximadamente el 80–90% de los pacientes, aunque en un 10–20% la respuesta terapéutica es limitada. De acuerdo con las recomendaciones de la Academia Norteamericana de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia, los tratamientos farmacológicos de primera línea incluyen el metilfenidato, las anfetaminas y la atomoxetina. En la mayoría de los casos, se recomienda complementar el abordaje farmacológico con intervenciones psicológicas, al menos de tipo educativo, siendo el tratamiento conductual particularmente útil en niños con problemas de conducta. En este sentido, los enfoques multimodales, que integran tratamiento farmacológico, educación familiar, psicoterapia cognitivo-conductual y adaptaciones escolares o laborales, han demostrado ser los más efectivos (28).

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central y uno de los fármacos de primera línea para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Actúa bloqueando la recaptación de dopamina y noradrenalina, principalmente en la corteza prefrontal, aumentando su disponibilidad sináptica y mejorando la atención, el control de impulsos y la regulación de la actividad motora. Debido a su vida media corta, suelen emplearse formulaciones de liberación prolongada. Está indicado en niños, adolescentes y adultos con TDAH que presentan deterioro funcional significativo y, en algunos casos, en la narcolepsia, recomendándose su uso dentro de un abordaje terapéutico integral (29).

Metilfenidato

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central cuyo mecanismo de acción específico en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no se conoce con exactitud; no obstante, se postula que actúa mediante el bloqueo de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina, lo que incrementa la disponibilidad de estos neurotransmisores en el espacio sináptico. Este fármaco está indicado como parte de un tratamiento integral del TDAH en niños mayores de 6 años y adolescentes, cuando las intervenciones no farmacológicas resultan insuficientes. En los últimos años, su uso se ha asociado a diversos riesgos, principalmente eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, así como a otros aspectos de seguridad

relacionados con trastornos psiquiátricos y posibles efectos a largo plazo, como alteraciones en el crecimiento o en la maduración sexual (30).

El metilfenidato está indicado como parte de un programa integral para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños a partir de los 6 años, cuando las intervenciones no farmacológicas por sí solas han resultado insuficientes. Su uso debe realizarse bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento infantil, y el diagnóstico debe establecerse conforme a los criterios del *DSM* o a las directrices de la *CIE-10*, basándose en una evaluación clínica exhaustiva y en la historia completa del paciente, ya que la presencia aislada de uno o más síntomas no es suficiente para confirmar el diagnóstico. Asimismo, el tratamiento con metilfenidato no está indicado en todos los casos de TDAH, por lo que la decisión terapéutica debe fundamentarse en una valoración cuidadosa de la gravedad y la cronicidad de los síntomas en relación con la edad del niño (31).

En la mayoría de los casos, el tratamiento farmacológico para el manejo de los síntomas del TDAH continúa basándose principalmente en el metilfenidato (MPH). Los efectos terapéuticos del MPH se producen mediante el bloqueo de los transportadores de dopamina y la desinhibición de los autorreceptores D2 en regiones corticales y subcorticales implicadas en la regulación de la conducta motora y la atención. Este mecanismo incrementa la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica, lo que se traduce en una mejoría de los síntomas de inatención e hiperactividad. No obstante, entre los efectos adversos más frecuentes se describen disminución del apetito, palpitaciones, inquietud, agitación y enlentecimiento de la velocidad de crecimiento (32).

Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FE) constituyen un componente fundamental para la comprensión del TDAH, ya que abarcan procesos cognitivos implicados en la autorregulación del comportamiento, el pensamiento y la emoción. Estas funciones permiten planificar, organizar y ajustar la conducta orientada a metas, favoreciendo el desempeño académico y la adaptación social, en este contexto, los niños con TDAH suelen presentar alteraciones en componentes específicos de las FE, como la memoria de trabajo, la inhibición de respuestas automáticas y la flexibilidad cognitiva, lo que limita su capacidad para mantener y manipular información relevante, controlar impulsos y adaptarse a nuevas demandas, contribuyendo a la expresión clínica del trastorno. En el ámbito educativo, los niños con TDAH presentan dificultades significativas en su adaptación académica y social, evidenciadas por un menor rendimiento en áreas fundamentales como la resolución de problemas, el seguimiento de instrucciones y el cumplimiento de normas, lo que repercute negativamente en su desempeño escolar y en sus relaciones interpersonales (33).

Problema General

¿Cuál es el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?

Problemas Específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuál es la prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuál es la proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuál es tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuál es la media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuál es el porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?
- ¿Cuáles son las reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?

Así mismo el propósito del presente trabajo de investigación es:

Objetivo General

Determinar el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.
- Identificar la prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.
- Identificar la proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.
- Determinar el tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.

- Determinar la media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.
- Establecer el porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.
- Identificar las reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.

La estructura del informe final se ajusta a lo establecido en las normas correspondientes y se organiza en ocho apartados,

- I. Introducción. Se presentan los aspectos generales del estudio, incluyendo la descripción de la problemática, la importancia y la justificación de la investigación. Asimismo, se analizan estudios recientes que contextualizan el tema de estudio y se formulan los objetivos los cuales orientan el desarrollo de la investigación y sustentan las conclusiones finales.
- II. Estrategia metodológica: Se describen los lineamientos metodológicos empleados, precisando el tipo, nivel y diseño de investigación.
- III. Resultados. Los resultados se presentan en términos de frecuencias y porcentajes, los cuales se organizan y sistematizan en tablas y figuras. Para el procesamiento de los datos se utiliza el programa de Minitab 22.0, herramienta ampliamente empleada para el ordenamiento y análisis de datos cuantitativos.
- IV. Discusión. Se realiza el análisis e interpretación de los resultados desde una perspectiva objetiva, contrastándolos con los antecedentes y con otros estudios relevantes revisados en el desarrollo de la investigación.
- V. Conclusiones. Las conclusiones se formulan de manera precisa y guardan relación directa con los objetivos planteados en el estudio.
- VI. Recomendaciones. Se plantean de forma clara y concreta, en concordancia con los hallazgos y los objetivos de la investigación.
- VII. Referencias bibliográficas. Se presentan de manera- ordenada y sistemática todas las fuentes de información utilizadas en la elaboración del informe final.
- VIII. Anexos: Se incluye el material complementario que respalda y facilita la comprensión de la investigación.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo, nivel y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Una investigación básica consiste en un estudio, ya sea experimental o teórico, cuyo objetivo principal es generar nuevos conocimientos en un área del saber, sin centrarse en una aplicación práctica o inmediata de los resultados (34).

La presente investigación se desarrolló como un estudio de tipo básico, dado que tuvo como objetivo generar conocimiento sobre el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025, sin intervenir directamente en la realidad observada.

2.1.2. Nivel de investigación

La presente investigación se enmarcó en un nivel descriptivo, ya que tuvo como objetivo observar y caracterizar el comportamiento de una actividad sin ejercer ningún tipo de influencia sobre ella (35).

La presente investigación se enmarcó en un nivel descriptivo, ya que se centró en caracterizar las variables asociadas al patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.

2.1.3. Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye el eje fundamental de todo el proceso investigativo, ya que orienta de manera sistemática la selección de los métodos, los procedimientos de recolección de datos y las estrategias de análisis e interpretación de los resultados. En esencia, funciona como una guía metodológica que permite asegurar el cumplimiento de los objetivos del estudio con rigor científico, coherencia interna y validez en los hallazgos obtenidos (36).

El diseño fue no experimental longitudinal retrospectivo, ya que se analizarán las historias clínicas registradas durante un periodo determinado en el segundo semestre del año 2024 y el primer semestre del año 2025, sin manipular variables, con el fin de observar el comportamiento del fenómeno en el tiempo.

2.2. Población y muestra.

2.2.1. Población

La población teórica corresponde al conjunto total de unidades que poseen las características de interés para la investigación. Para llevar a cabo el estudio, es necesario delimitar estas unidades, lo que da lugar a la población accesible o de estudio, que es el subconjunto sobre el cual se puede recolectar información de manera efectiva. Cuando la unidad de análisis es el individuo, se debe definir un

contexto específico que permita su correcta caracterización y observación (37).

La población del presente estudio estuvo constituida por 102 historias clínicas correspondientes a pacientes atendidos en los servicios de neurología y neurología pediátrica del Hospital Regional de Ica, durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.

2.2.2. Muestra

La muestra debe ser representativa de la población, reflejando sus principales características, para que los resultados obtenidos puedan ser válidos y generalizables. Si la muestra no es representativa, los hallazgos solo serán aplicables a los individuos estudiados y no podrán extrapolarse al conjunto de la población (38).

El muestreo por selección intencionada consiste en elegir unidades muestrales que comparten características de interés de la población objetivo, utilizando métodos no probabilísticos. En este enfoque, la representatividad de la muestra no depende del azar, sino del criterio del investigador, quien selecciona deliberadamente a los sujetos más adecuados para los objetivos del estudio (39).

La muestra estuvo constituida por una selección representativa de 30 Historias clínicas de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH que hayan recibido prescripción de metilfenidato en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.

Criterios de Inclusión

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), establecido según criterios clínicos vigentes y debidamente consignado en el registro médico.

Historias clínicas de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 3 y 17 años al momento de la atención.

Historias clínicas que evidenciaron al menos una prescripción de metilfenidato durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025, en el Hospital Regional de Ica.

Historias clínicas completas, legibles y con información suficiente para el análisis del patrón de prescripción y uso de metilfenidato.

Historias clínicas cuya revisión fue autorizada formalmente por el Hospital Regional de Ica, conforme a los procedimientos institucionales y resguardando la confidencialidad de la información.

Criterios de Exclusión

Historias clínicas de pacientes sin registro claro y verificable del diagnóstico de TDAH en la evaluación médica.

Historias clínicas que no consignaron prescripción de metilfenidato durante el

periodo de estudio.

Historias clínicas incompletas, ilegibles o con información insuficiente para el análisis del patrón de prescripción y uso del medicamento.

Historias clínicas de pacientes fuera del rango etario establecido (menores de 3 años o mayores de 17 años).

Historias clínicas duplicadas o con registros inconsistentes que pudieran comprometer la validez de los datos.

Historias clínicas cuya revisión no contó con la autorización institucional del Hospital Regional de Ica o que presentaron restricciones de acceso a la información.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para el desarrollo del estudio titulado “Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica, 2025”, se empleó como técnica principal la revisión documental retrospectiva de historias. Esta técnica permitió obtener información objetiva y sistemática sobre las características clínicas y el uso del metilfenidato en la población de estudio durante el periodo establecido.

La recolección de datos se realizó previa autorización formal del Hospital Regional de Ica y en cumplimiento a los **principios éticos de confidencialidad** y anonimización de la información. No se registraron datos personales identificables, asignándose un código numérico a cada participante para garantizar la protección de la identidad.

Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada específicamente para el estudio y validada por juicio de expertos. La ficha incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo), variables clínicas (tipo de presentación del TDAH, comorbilidades registradas) y variables farmacoterapéuticas (dosis inicial, dosis estable, tipo de formulación, duración del tratamiento, frecuencia de dispensación y posibles reacciones adversas consignadas en la historia clínica). Dicha ficha fue sometida a validación por juicio de expertos para garantizar la claridad, coherencia y pertinencia de los ítems. Asimismo, se evaluó su confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach (0.8265), con el fin de asegurar la consistencia interna del instrumento antes de su aplicación definitiva.

La información fue transcrita a una base de datos digital diseñada en un programa estadístico, previa verificación de consistencia y control de calidad de los registros. De esta manera, se aseguró la confiabilidad y precisión de los datos utilizados para el análisis del patrón de consumo de metilfenidato en la población estudiada.

2.4. Técnicas de análisis e interpretación de resultados.

El análisis de contenido es una técnica de investigación que tiene como finalidad obtener conclusiones válidas, sistemáticas y reproducibles a partir de datos cualitativos o documentales relevantes para el ámbito de la salud. Esta técnica permite interpretar información proveniente de historias clínicas, documentos normativos, entrevistas, registros

o informes sanitarios, considerando siempre el contexto clínico, epidemiológico o institucional en el que dichos datos fueron generados. En este sentido, el análisis de contenido debe realizarse de manera rigurosa y justificada, con el propósito de comprender fenómenos relacionados con la atención, prevención y gestión de la salud, interpretando las conductas, prácticas y procesos dentro del contexto sanitario en el que ocurren (40).

El análisis de la información se realizó mediante un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, complementado con el análisis de contenido para la revisión de las historias clínicas. El análisis de contenido permitió examinar de manera ordenada y contextualizada la información consignada en las historias clínicas y registros institucionales, garantizando una interpretación válida, sistemática y reproducible de los datos relacionados con el diagnóstico de TDAH, la prescripción de metilfenidato y la presencia de reacciones adversas, considerando el contexto clínico e institucional en el que fueron generados.

Una vez culminada la recolección de datos mediante la ficha estructurada, la información fue digitada y depurada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, donde se realizó el control de calidad, verificación de consistencia y codificación de variables. Posteriormente, el procesamiento estadístico se efectuó utilizando el programa Minitab versión 19.0.

Se emplearon medidas de estadística descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas y relativas para estimar la prevalencia de TDAH en la población estudiada y su distribución según sexo, así como la proporción de prescripción de metilfenidato y el porcentaje de uso concomitante de otros psicotrópicos. Asimismo, se determinaron medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, valores mínimo y máximo) para establecer el tiempo promedio necesario para alcanzar la dosis estable y la media de la dosis estable prescrita. Las reacciones adversas registradas fueron analizadas mediante frecuencias y porcentajes, lo que permitió identificar los eventos más reportados.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su interpretación y análisis comparativo, asegurando coherencia con los objetivos planteados y contribuyendo a una comprensión integral del patrón de consumo de metilfenidato en la población estudiada.

III. RESULTADOS

Análisis Descriptivo

Se analizan los resultados a nivel descriptivo en orden lógico, de tal manera que estos se relacionen con el objetivo de la investigación.

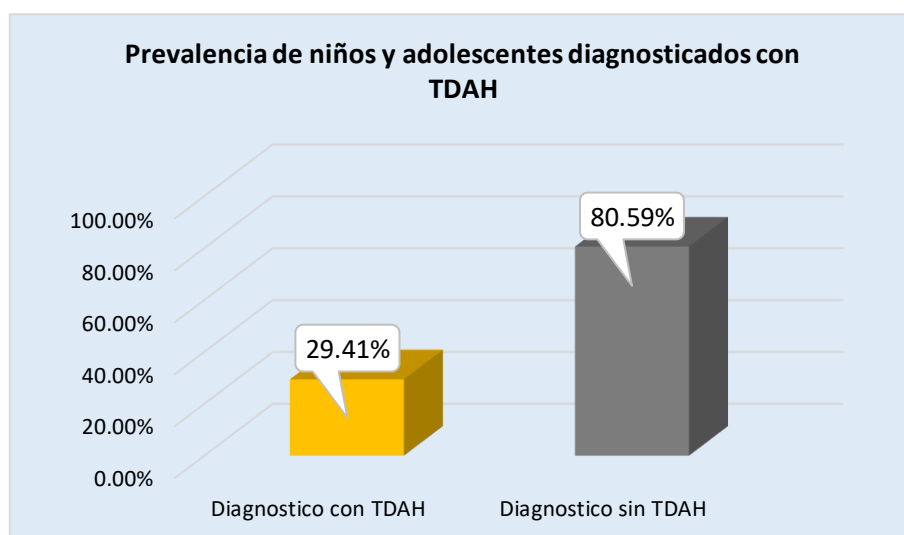
Tabla 1. Prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

Historias clínicas	Historias clínicas con diagnóstico de TDAH
102	30

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Historias clínicas con diagnóstico de TDAH}}{\text{Total de historias clínicas}} * 100\%$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{30}{102} * 100\% = 29.41\%$$

Figura 1. Prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.



Interpretación: La prevalencia de diagnóstico de TDAH se estimó a partir de la revisión de 102 historias clínicas evaluadas. Se identificaron 30 casos con diagnóstico confirmado, lo que correspondió a una prevalencia de 29,41 % en la población estudiada.

Tabla 2. Prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

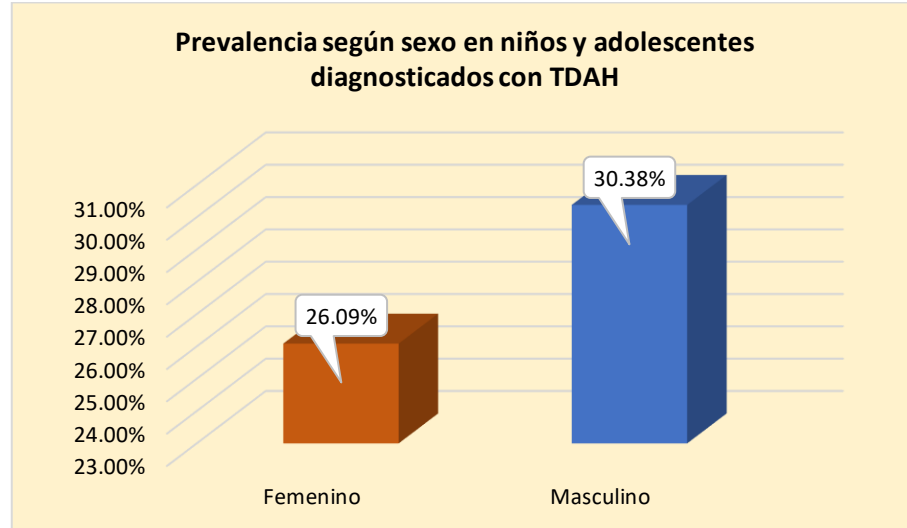
Sexo	Historias clínicas	Historias clínicas con diagnóstico de TDAH
Femenino	23	6
Masculino	79	24

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{N° de casos}}{\text{Total del grupo}} * 100\%$$

$$\text{Prevalencia Femenino} = \frac{6}{23} * 100\% = 26.09\%$$

$$\text{Prevalencia Masculina} = \frac{24}{79} * 100\% = 30.38\%$$

Figura 2. Prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.



Interpretación: Los resultados evidencian que la prevalencia de diagnóstico con TDAH fue mayor en el sexo masculino (30,38%) en comparación con el sexo femenino (26,09%). Esto indica que, dentro de la población evaluada, los varones presentaron una mayor proporción de casos respecto al total de su grupo.

Tabla 3. Proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

Sexo	Historias clínicas con diagnóstico de TDAH	Tratamiento con metilfenidato
Femenino	6	6
Masculino	24	24

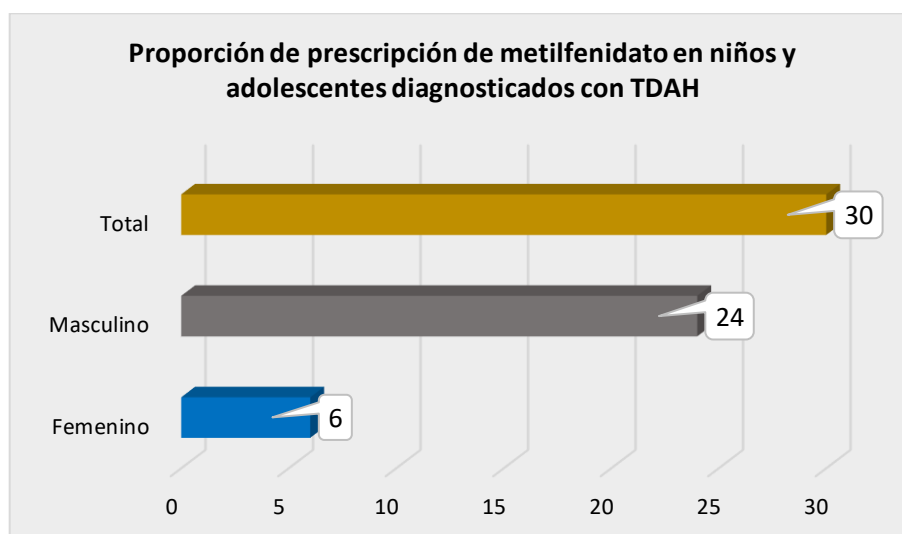
$$\text{Proporción de prescripción} = \frac{\text{N° HC con Dx TDAH y prescripción de metilfenidato}}{\text{N° Historias clínicas con Dx TDAH}}$$

$$\text{Proporción de prescripción}_{\text{Masculino}} = \frac{24}{24} * 100\% = 100\%$$

$$\text{Proporción de prescripción}_{\text{Femenino}} = \frac{6}{6} * 100\% = 100\%$$

$$\text{Proporción de prescripción} = \frac{30}{30} * 100\% = 100\%$$

Figura 3. Proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.



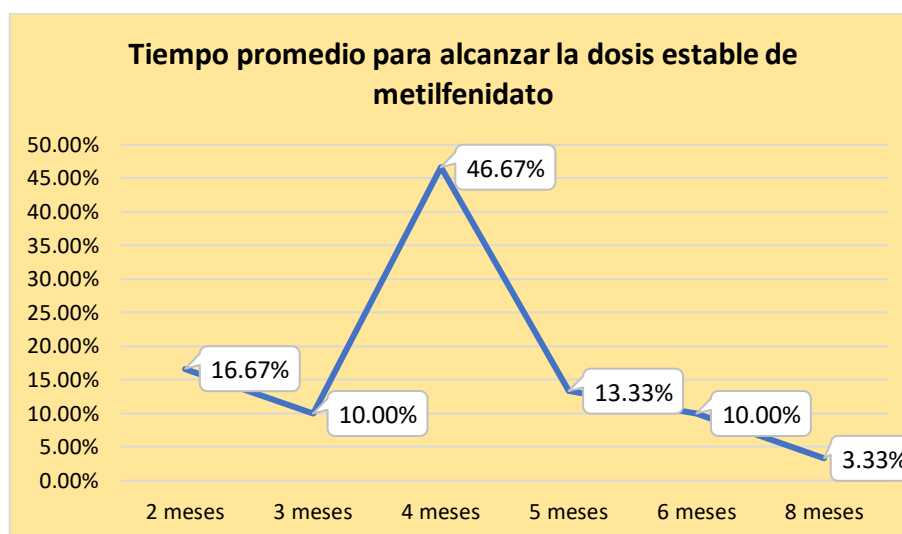
Interpretación: La proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH fue del 100% tanto en el sexo femenino como en el masculino. Esto indica que todos los pacientes diagnosticados con TDAH, independientemente del sexo, recibieron tratamiento farmacológico en la muestra evaluada.

Tabla 4. Tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

		Tiempo en alcanzar dosis estable		n	%
		2 meses		5	16.67 %
		3 meses		3	10.00 %
		4 meses		14	46.67 %
		5 meses		4	13.33 %
		6 meses		3	10.00 %
		8 meses		1	3.33 %

		Error estándar de								
Variable	N	N*	Media	la media	Desv.Est.	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Tiempo promedio para alcanzar la dosis estable	30	0	4.03333	0.251356	1.37674	2	3	4	5	8

Figura 4. Tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

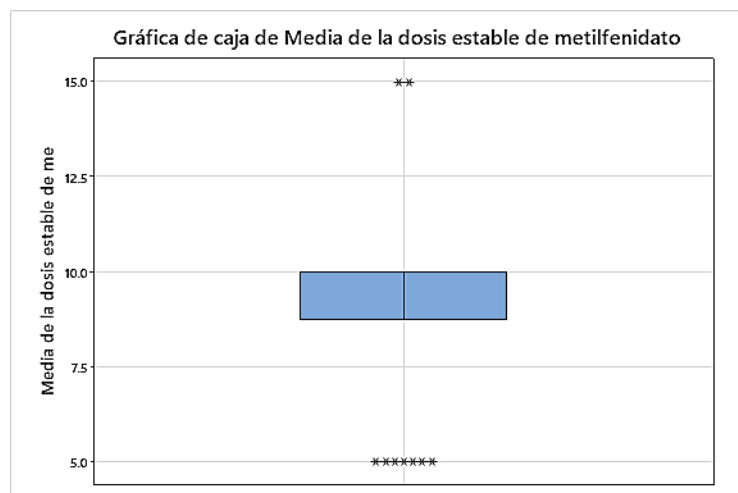


Interpretación: El tiempo promedio para alcanzar la dosis estable fue de 4.03 meses ($DE = 1.38$; $EE = 0.25$), lo que indica una variabilidad moderada entre los pacientes. El valor mínimo observado fue 2 meses y el máximo 8 meses, evidenciando un rango de 6 meses. Los cuartiles muestran que el 25% de los pacientes alcanzó la dosis estable en 3 meses (Q1), el 50% en 4 meses (mediana) y el 75% en 5 meses (Q3). Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes logró estabilizar su dosis en un intervalo relativamente corto y concentrado entre 3 y 5 meses.

Tabla 5. Media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

			Dosis estable	Conteo	Porcentaje						
			10 mg/24h	21	70.00%						
			15 mg/24h	2	6.67%						
			5 mg/24h	7	23.33%						
			Error estándar de								
Variable	N	N*	Media	la media	Desv.Est.	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Media de la dosis estable de metilfenidato	30	0	9.16667	0.484432	2.65334	5	8.75	10	10	15	

Figura 5. Media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.



Interpretación: La media de la dosis estable del metilfenidato fue de 9.17 mg/24h (DE = 2.65; EE = 0.48), lo que indica una dispersión moderada alrededor del promedio. Los valores observados oscilaron entre un mínimo de 5 mg/24h y un máximo de 15mg/24h, con un rango de 10 mg/24h. Los cuartiles muestran que el 25% de los pacientes alcanzó una dosis estable de 8.75 mg/24h (Q1), el 50% de los pacientes alcanzó una dosis estable de 10 mg/24h (mediana) y el 75% de los pacientes alcanzó una dosis estable de 10 mg/24h (Q3). Esta distribución indica que la mayoría de los pacientes se estabilizó en dosis cercanas a 10 mg/24h.

Tabla 6. Porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato.

Tratamiento con otros psicotrópicos	Conteo	Porcentaje
No	23	76.67%
Si	7	23.33%

Figura 6. Porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato.

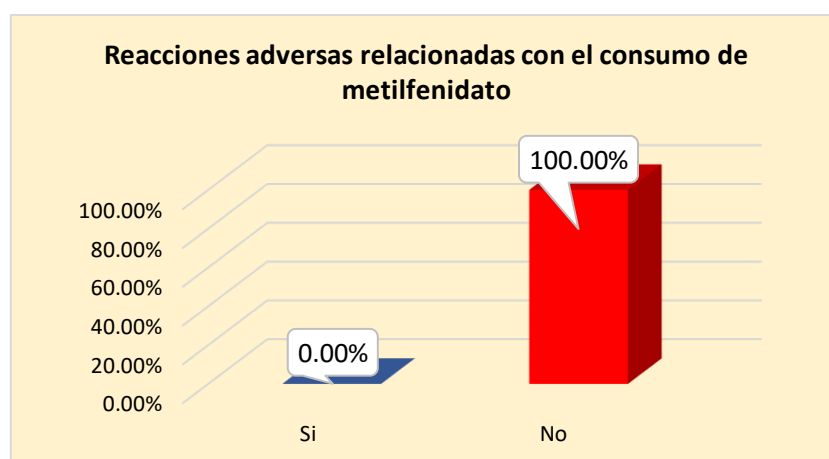


Interpretación: Se observa que 23 pacientes (76,67%) no recibían tratamiento con otros psicotrópicos, mientras que 7 pacientes (23,33%) sí presentaban tratamiento psicofarmacológico adicional. Entre los medicamentos asociados al tratamiento se evidencia a la Risperidona y al ácido valproico.

Tabla 7. Reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato.

Reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato	Conteo	Porcentaje
No	30	100.00%
Si	0	0.00%

Figura 7. Reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato.



Interpretación: La distribución de reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato mostró que 30 pacientes (100%) no presentaron eventos adversos.

Patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.

El patrón de consumo de metilfenidato en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) mostró una prevalencia diagnóstica del 29,41%, con mayor proporción en varones; no obstante, la prescripción fue del 100% en ambos sexos, evidenciando su uso universal como tratamiento de primera línea. Alcanzando una dosis estable en un promedio de 4 meses, concentrándose entre 3 y 5 meses, lo que indica estabilización relativamente rápida. La dosis final se agrupó principalmente alrededor de 10 mg/24h (media: 9,17 mg), reflejando predominio de dosis bajas a moderadas y ajustes individualizados. La mayoría de los pacientes (76,67%) recibió monoterapia, mientras que una minoría requirió asociación con otros psicotrópicos como Risperidona y Ácido valproico, sugiriendo comorbilidades en un subgrupo. En conjunto, se evidencia un patrón de uso racional, con ajuste de dosis progresiva y sin reacciones adversas al tratamiento.

IV. DISCUSIÓN

El consumo de metilfenidato en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presentó una prevalencia diagnóstica del 29,41%, con mayor proporción en varones y prescripción del 100% en ambos sexos. La dosis estable se alcanzó en promedio a los 4 meses (principalmente entre 3 y 5 meses), con una media de 9,17 mg/24h y predominio de dosis cercanas a 10 mg/24h. El 76,67% recibió monoterapia y el 23,33% tratamiento combinado con Risperidona o Ácido valproico. En conjunto, se observó un patrón de uso racional, con ajuste progresivo de dosis y ausencia de reacciones adversas reportadas.

Los resultados del presente estudio muestran coincidencias y diferencias relevantes con los antecedentes internacionales. En relación con los patrones de ajuste de dosis, nuestros hallazgos evidencian una estabilización promedio a los 4 meses, concentrada entre 3 y 5 meses, lo cual es comparable con lo reportado por Vamshi A (13), quien describió un incremento progresivo hasta alcanzar dosis estables en aproximadamente 95 a 103 días; sin embargo, a diferencia de dicho estudio que reportó dosis medias superiores a 50 mg en formulaciones de liberación modificada, en nuestra muestra la dosis estable se agrupó alrededor de 10 mg/24h, reflejando un esquema más conservador.. En cuanto a la seguridad, nuestros resultados no evidenciaron reacciones adversas, lo que coincide con lo descrito por Man K (14), quien no encontró efectos adversos psiquiátricos o neurológicos significativos a largo plazo, aunque sí reportó leves incrementos cardiovasculares; no obstante, la ausencia total de eventos en nuestro estudio podría estar influenciada por el tamaño muestral reducido. Respecto al patrón de prescripción, el uso universal del metilfenidato en pacientes diagnosticados concuerda con Heng L (14) y Prieto B (19), quienes identificaron al metilfenidato como el fármaco predominante y con mayor consumo en varones; asimismo, al igual que Ponnou S (18), se observó una proporción de coprescripción cercana al 23%, lo que sugiere la presencia de comorbilidades en un subgrupo. En contraste con la revisión de Siqueira K (17), que evidenció un uso frecuente fuera de indicación y con fines de mejora cognitiva, en nuestro contexto el consumo estuvo restringido a pacientes con diagnóstico confirmado de TDAH, lo que respalda un patrón de uso racional. En conjunto, los hallazgos muestran coherencia con la literatura respecto al predominio del metilfenidato y su mayor utilización en varones, aunque con diferencias en las dosis empleadas y una aparente mejor tolerabilidad en la población estudiada.

V. CONCLUSIÓN

1. La prevalencia de diagnóstico de TDAH en la población evaluada fue del 29,41 %, determinada a partir de la revisión de 102 historias clínicas, en las cuales se confirmaron 30 casos.
2. La prevalencia de diagnóstico con TDAH, fue superior en el sexo masculino (30,38 %) en comparación con el sexo femenino (26,09 %) lo que indica que, dentro de la población evaluada, los varones presentaron una mayor proporción de casos en relación con el total correspondiente a su grupo, evidenciando una mayor frecuencia en este sexo.
3. La proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH fue del 100 % en ambos sexos, lo que evidencia que la totalidad de los pacientes con diagnóstico confirmado recibió tratamiento farmacológico, independientemente del sexo, dentro de la muestra evaluada.
4. El tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato fue de 4,03 meses, lo que evidencia una variabilidad moderada entre los pacientes, lo que demuestra que la mayoría logró la estabilización terapéutica en un periodo relativamente corto, concentrado principalmente entre los 3 y 5 meses.
5. La media de la dosis estable de metilfenidato fue de 9,17 mg/24 h. Los valores oscilaron entre 5 mg/24 h y 15 mg/24 h, con un rango total de 10 mg/24 h, lo que refleja que la mayoría de los pacientes logró estabilizarse en dosis cercanas a 10 mg/24 h.
6. La distribución de reacciones adversas asociadas al consumo de metilfenidato evidenció que el 100 % de los pacientes evaluados (n = 30) no presentó eventos adversos registrados en las historias clínicas, lo que indica una adecuada tolerabilidad del tratamiento en la población estudiada durante el periodo analizado.
7. En conclusión, el patrón de consumo de metilfenidato evidenció una prevalencia diagnóstica de TDAH del 29,41 %, con mayor proporción en varones y prescripción del 100 % en ambos sexos como tratamiento de primera línea. La dosis estable se alcanzó en promedio a los 4 meses, principalmente entre los 3 y 5 meses, con predominio de dosis cercanas a 10 mg/24 h. La mayoría recibió monoterapia (76,67 %), y un subgrupo requirió combinación con otros psicotrópicos, sin registrarse reacciones adversas, lo que refleja un uso racional y ajustado del tratamiento.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Regional de Ica, considerar la implementación o fortalecimiento de estrategias de seguimiento clínico y farmacoterapéutico en pacientes pediátricos con TDAH, promoviendo el registro completo y sistemático de la evolución del tratamiento con metilfenidato y posibles reacciones adversas.
2. A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, incentivar el desarrollo de investigaciones en el área de farmacoterapia pediátrica y salud mental, promoviendo la continuidad de estudios relacionados con el uso racional de medicamentos y el análisis de datos clínicos en el contexto regional.
3. A la Facultad de Farmacia y Bioquímica Fortalecer la formación académica en seguimiento farmacoterapéutico y farmacovigilancia, incorporando actividades prácticas y proyectos de investigación que permitan a los estudiantes aplicar conocimientos en escenarios clínicos reales.
4. A la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), Continuar promoviendo lineamientos y acciones orientadas al uso racional de medicamentos psicotrópicos, así como el fortalecimiento de la farmacovigilancia en establecimientos de salud, con especial énfasis en la población pediátrica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowling Z, Nettleton A. The diagnosis and management of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in children and young people: a commentary on current practice and future recommendations. BJGP Open. 2020 mayo; 1(4 (1)).
2. Truter I, Munasur Naidoo A. Estudio longitudinal sobre la variación estacional del consumo de metilfenidato en el sector sanitario privado sudafricano. Investigación exploratoria en farmacia clínica y social. 2025 diciembre; 20: p. 100680.
3. Carbray JA. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Psychosoc Enfermería Ment Health Serv. 2018 diciembre; 56(12): p. 7-10.
4. Palacio JD, De la Peña Olvera F, Palacios Cruz L, Ortiz León S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009 octubre; 38(suppl 9): p. 35-65.
5. Palacios JD, Botero Franco D, Muñoz Farias C, Vásquez Rojas RA, Carrizosa Moog J. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009; 38(suppl 1): p. 159-177.
6. Instituto Nacional de Rehabilitación. Boletín Epidemiológico Ene 2023 - INR. [Online].; 2023 [cited 2025 diciembre 20. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inr/informes-publicaciones/3967018-boletin->.
7. Tarrant N, Roy M, Deb S, Odedra S, Retzer A, Roy A. La eficacia del metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en personas con discapacidad intelectual: una revisión sistemática. Investigación en discapacidades del desarrollo. 2018 diciembre; 83: p. 217-232.
8. Pauly V, Frauger E, Lepelley M, Mallaret M, Boucherie Q, Micallef J. Patterns and profiles of methylphenidate use both in children and adults. British Journal of Clinical Pharmacology. 2018 junio; 84(6): p. 1215–1227.
9. Lima da Silva A, Teixeira Kuhn F, Andria de Oliveira Machado L. Análise dos efeitos adversos do uso off-label do metilfenidato por estudantes para aperfeiçoamento cognitivo: uma revisão da integrativa. Revista de Saúde. 2022 julio; 13(2): p. 22-25.
10. Maurilio MM, Camargo RWd, Bitencourt RMd. Uso do metilfenidato em crianças e adolescentes com TDAH: uma revisão sobre riscos e benefícios. Revista Neurociencias. 2023 marzo; 31: p. 1-20.
11. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. ALERTA DIGEMID N° 20 - 2009. [Online].; 2009 [cited 2025 agosto 08. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.digemid.minsa.gob.>

12. Crippa A, Rosi E, Mauri V, Valli Á, Nobile M, Salandi A, et al. Resultados clínicos de un primer tratamiento de 12 semanas con metilfenidato en una muestra representativa italiana de niños y adolescentes con TDAH. *Informes científicos*. 2025 julio; 15(1).
13. Vamshi Ruthwik Anupindi , Swapna Munnangi , Yifan Gu , Mitchell DeKoven , Michelle D. Po , Cassandra L. Uchida , et al. 5.77 Real-World Dose Titration Patterns in Children, Adolescents, and Young Adults Treated With Delayed-Release/Extended-Release Methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2024 octubre; 63(10): p. S280.
14. Kenneth K C Man , Alexander Häge , Tobias Banaschewski , Sarah K Inglis , Jan Buitelaar , Sara Carucci , et al. Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *The Lancet Psychiatry*. 2023 mayo; 10(5): p. 223-233.
15. Heng Ching Liao , Fang Ju Lin , Chien Ning Hsu , Susan Shur Fen Gau , Chi Chuan Wang. Prescribing patterns for attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Taiwan from 2004 to 2017. *journal homepage*. 2023 junio; 122(6): p. 514-517.
16. Storebo, Ole Jakob , Tormenta, Maja Rosenberg Overby , Ribeiro, Johanne Pereira , Skoog, María , Groth, Camilla , Callesen, Henriette E. , et al. Metilfenidato para niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revisión del sistema de bases de datos Cochrane*. 2023 marzo; 3(3): p. CD009885.
17. Siqueira KXd. Uso do metilfenidato por crianças, adolescentes e adultos jovens e seus fatores relacionados: uma revisão integrativa. *Cuité: Universidade Federal De Campina Grande, Farmacia*; 2022 agosto.
18. Ponnou S, Haliday H, Thomé B, Gonon F. Prescription of methylphenidate in children and adolescents in France: Characteristics and evolution between 2010 and 2019. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2022 mayo; 70(3): p. 122-131.
19. Prieto Antolín B, Gutiérrez Abejón E, Alberola López S, Andrés de Llano JM. Tendencia del consumo de fármacos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (2010-2019). *Dialnet plus*. 2022 marzo; 96(23): p. e1-e15.
20. Terán Prieto A. Trastorno por deficit de atención/hiperactividad y uso de sustancias. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020 marzo; 80(S 2): p. 76-79.
21. Mekonin Meskelu S, Ahmed Moumin A, Seid Yimam A, Hoodo Abdilahi I, Amal Abdifatah A, Abdiqani Mohamed O, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y factores asociados entre niños y adolescentes de la ciudad de Borama, Somalilandia: un estudio transversal comunitario. *BMC Psychiatry*. 2025 diciembre; 26.

22. Quintero J, Castaño de la Mota C. Introducción y etiopatogenia del. *Pediatría integral*. 2014; XVIII(9): p. 600-608.
23. Minsa. En los establecimientos de salud del Minsa se han registrado más de 25 000 casos atendidos de TDAH durante enero a junio 2025. [Online].; 2025 [cited 2026 febrero 04. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1208012-en-los-establecimientos-de-salud-del-minsa-se-han-registrado-mas-de-25-000-casos-atendidos-de-tdah-durante-enero-a-junio-2025>.
24. Instituto Nacional de Salud Mental. Problemas de deficit de atención e hiperactividad genera dificultades en la vida de las personas. [Online].; 2019 [cited 2026 febrero 04. Available from: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2019/015.html>.
25. Warren Magnus , Arayamparambil C. Anilkumar , Kamleh Shaban. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Online].; 2023 [cited 2026 febrero 09. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>.
26. Saiz Fernández L. Atentos al déficit de atención (TDAH) Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información*. 2013; 21(5): p. 1-19.
27. Hidalgo Vicario MI, Sánchez Santos L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*. 2014; XVIII(9): p. 609-623.
28. García Campayo J, Santed Germán MÁ, Cerdán Lanero C, Alda Díez M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Atención Primaria*. 2007 diciembre; 39(12): p. 671-674.
29. Madroñero Quintero BA, Tenganan Ascuntar AK, Goiter Cortez JE, Batista Pérez DE, Mendoza Barrios MD, López Castro JD, et al. Atomoxetina vs metilfenidato en niños con TDAH. *Ciencia Latina*. 2024 diciembre; 8(6): p. 8266-8283.
30. DIGEMID. Resolución Directoral N° 7260 SS/DIGEMID/DAS/ERPF. [Online].; 2009 [cited 2026 febrero 09. Available from: https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Modificaciones/2009/MODIFICACIONES_01-09.pdf.
31. Papaseit E, Garcia Algar O, Simó S, Pichini S, Farré M. Metilfenidato en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en pediatría: monitorización en matrices biológicas. *Anales de Pediatría*. 2013 febrero; 78(2): p. 123.e1-123.e10.
32. García Galicia A, Magallón Ramírez D, Muñoz Padrón B, Palacios Figueroa D. Densidad ósea en pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en tratamiento con metilfenidato. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2025 febrero; 92(1): p. 12-15.
33. Gutiérrez Ruiz K, Revollo Carrillo N. Funciones ejecutivas como predictores de lossíntomas de TDAH y problemas conductuales en escolares colombianos. *Revista de estudio e*

- investigación en Psicología y Educación. 2025 octubre; 12(2): p. e11888.
34. Investigación Pd. Manual de Frascati: propuesta de norma práctica para encuestas de investigación y desarrollo experimental. París: OCDE. [Online].; 2002 [cited 2023 julio 14. Available from: <https://investigacion.pucp.edu.pe/glosario/investigacion-basica/>.
 35. Martyn Shuttleworth. Diseño de Investigación Descriptiva. [Online]. [cited 2023 julio 14. Available from: <https://explorable.com/es/disenio-de-investigacion-descriptiva#:~:text=El%20Dise%C3%B1o%20de%20investigaci%C3%B3n%20descriptiva,sobre%20%C3%A9l%20de%20ninguna%20manera.&text=No%20te%20pierdas%20estos%20art%C3%ADculos,Investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20y%2>.
 36. Vizcaíno Zúñiga PI, Cedeño Cedeño RJ, Maldonado Palacios IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia latina. 2023 setiembre; 7(4): p. 9723-9762.
 37. Mucha Hospinal LF, Chamorro Mejía R, Oseda Lazo ME, Alania Contreras RD. Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. Revista científica de ciencias sociales y humanidades. 2021 enero; 12(1): p. 50-57.
 38. Sucasaire Pilco J. Orientaciones para la selección y el cálculo del tamaño de la muestra en investigación [Libro electrónico]. Lima; 2022 [cited 2024 enero 08. Available from: https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/3096/1/Orientaciones_para_seleccion_y_calculo_del_tamano_de_muestra_de_investigacion.pdf.
 39. Jordi Casal EM. Rev. Epidem. Med. Prev. [Online].; 2003 [cited 2024 enero 27. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55524032/TiposMuestreo1-libre.pdf?1515813042=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTIPOS_DE_MUESTREO.pdf&Expires=1706335316&Signature=F6JD0LRYN5z84jHl2HdPibG-5z9i~Mpa0e4Sjbx~NyHKrNwSpVu8riXwi7E7-PlaPQsmKs.
 40. Andréu Abela J. Biblioteca nacional de España. [Online].; 2023 [cited 2024 enero 09. Available from: <https://datos.bne.es/edicion/bimo0001791863.html>.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN UN HOSPITAL DE ICA-2025

Tipo de instrumento: Ficha de recolección estructurada

Técnica de recolección: Revisión documental (historias clínicas)

Aplicación: Individual, por revisión de cada historia clínica

Responsable de llenado: Investigador

Unidad de análisis: Historia clínica del paciente diagnosticado con TDAH

Datos Generales del Paciente

Código del paciente

Edad al momento del diagnóstico : _____

Sexo : () Masculino () Femenino

Fecha del diagnóstico de TDAH : _____

Datos sobre la Prescripción de Metilfenidato

¿Se prescribió metilfenidato? : () Si () No

Fecha de primera prescripción de metilfenidato: _____

Dosis inicial (mg/día) : _____

Dosis estable (mg/día) : _____

¿Alcanzó dosis estable? : () Si () No

Tiempo en alcanzar dosis estable (mg/día) : _____

Co-Medicación y Efectos Secundarios

¿Se prescribió otro psicotrópico junto con la primera dosis de metilfenidato?: () Si () No

Tipo de psicotrópico co-prescrito (si aplica) : _____

¿Se registraron Reacciones adversas? : () Si () No

Tipo de reacciones adversas reportadas : _____

Anexo 2. Ficha de validación de instrumentos de investigación

Ficha de validación de instrumentos de investigación

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Investigador: Mg. Carina Luz Castro Geldres

Grado académico: Magister en Farmacia y Bioquímica – Mención en Gestión y Atención Farmacéutica

Criterio	Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.					✓
	COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

PROMEDIO: 100 %

Procede su aplicación



Debe corregirse




 Q.F. Carina Castro Geldres
 C.O.F.P. 07508
 HOSPITAL IV AGUSTO HERNANDEZ MENDOZA

Ficha de validación de instrumentos de investigación

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Investigador: Mg. Luis Alberto Diaz Sánchez

Grado académico: Magister en Salud Publica

Criterio	Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.					✓
	COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

PROMEDIO: 100 %

Procede su aplicación



Debe corregirse



Firma del Experto

G.F. Luis A. Diaz Sánchez
CQFP. 04482

Ficha de validación de instrumentos de investigación

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Investigador: Mg. Jack Slim Garcia Calderón

Grado académico: Magister

Criterio	Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.					✓
	COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					✓
	METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

PROMEDIO: 95 %

Procede su aplicación



Debe corregirse



Firma del Experto

Anexo 3. Matriz de Consistencia

Título del proyecto: Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025.

Problema general y específicos	Objetivo general y específicos	Variable	Estrategia metodológica
Problema general: ¿Cuál es el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? Problemas específicos: ¿Cuál es la prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuál es la prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuál es la proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuál es tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de	Objetivo general: Determinar el patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Objetivos específicos: Identificar la prevalencia de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Identificar la prevalencia según sexo en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Identificar la proporción de prescripción de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Determinar el tiempo promedio para alcanzar la dosis estable de metilfenidato	Variable: Patrón de consumo de metilfenidato Dimensiones Diagnóstico de TDAH Sexo del paciente Prescripción del metilfenidato Dosis estable Tiempo hasta alcanzar la dosis estable Coprescripción de psicotrópicos Reacciones adversas	Tipo de investigación: Básica Nivel de investigación: Descriptivo Diseño de investigación: No experimental de corte longitudinal retrospectivo. Población: La población del presente estudio estuvo constituida por 102 historias clínicas correspondientes a pacientes atendidos en los servicios de neurología y neurología pediátrica del Hospital Regional de Ica, durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.. Muestra: La muestra estuvo constituida por una selección representativa de 30 Historias clínicas de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH que hayan recibido prescripción de metilfenidato en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025.

metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuál es la media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuál es el porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025? ¿Cuáles son las reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025?	en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Determinar la media de la dosis estable de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Establecer el porcentaje de tratamiento con otros psicotrópicos en la prescripción de la primera dosis de metilfenidato en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025. Identificar las reacciones adversas relacionadas con el consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en el Hospital Regional de Ica durante el segundo semestre del 2024 y el primer semestre del 2025.		Unidad de análisis: Historia clínica. Técnica de recolección de datos: Se empleó un muestreo probabilístico aleatorizado. Análisis estadístico: se realizó con el paquete estadístico Minitab, donde se aplicará estadística descriptiva para calcular frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar según corresponda: prevalencia total de pacientes con TDAH, prevalencia según sexo masculino, proporción de prescripción de metilfenidato, tiempo promedio para alcanzar dosis estable, media de dosis estable, porcentaje de coprescripción con otros psicotrópicos y frecuencia de efectos secundarios asociados al metilfenidato Instrumentos de recolección de datos: Se empleará una ficha de recolección de datos.
--	--	--	--

Anexo 4. Datos del análisis estadístico de la variable: “Patrón de consumo de metilfenidato”

N°	Edad	Sexo	Fecha de diagnostico	Se prescribió Metilfenidato	1° Prescripción	Dosis inicial	Dosis estable	Alcanzo dosis estable	Tiempo en alcanzar dosis estable	Prescribió otro psicotrópico	Tipo de Psicotrópico	Se registraron Reacciones adversas	Tipo de reacción adversa
1	6 años	Masculino	26/09/2023	Si	26/09/2023	5 mg/24h	10 mg/24h	si	4 meses	Si	Acido valproico (4ml/12h)	No	Ninguno
2	5 años	Masculino	19/02/2020	Si	30/03/2023	2.5 mg/12h	5 mg/24h	Si	8 meses	No	Risperidona (6 gotas/12h)	No	Ninguno
3	6 años	Masculino	27/06/2023	Si	20/05/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
4	7 años	Masculino	18/11/2024	Si	18/11/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	2 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
5	9 años	Femenino	6/01/2025	Si	4/02/2025	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	2 meses	No	Risperidona (1tb/24h)	No	Ninguno
6	6 años	Femenino	23/03/2023	Si	16/05/2023	2.5 mg/24 h	5 mg/24h	Si	6 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
7	6 años	Masculino	3/12/2024	Si	5/02/2025	10 mg/24h	10 mg/24h	si	3 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
8	4 años	Masculino	6/12/2022	Si	6/12/2022	5 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Risperidona (3 gotas/12h)	No	Ninguno
9	8 años	Masculino	20/07/2022	Si	20/07/2022	5 mg/24h	10 mg/24h	Si	6 meses	No	Risperidona (5 gotas/12h)	No	Ninguno
10	3 años	Femenino	15/11/2024	Si	15/11/2024	2.5 mg/24h	5 mg/24h	No	4 meses	Si	Risperidona	No	Ninguno

11	6 años	Femenino	24/01/2024	Si	15/02/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	No	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
12	4 años	Masculino	19/01/2023	Si	19/01/2023	5 mg/24h	5 mg/24h	Si	5 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
13	7 años	Masculino	18/06/2024	Si	2/07/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
14	3 años	Masculino	3/04/2024	Si	3/04/2024	5 mg/24h	5 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
15	6 años	Masculino	26/12/2024	Si	26/12/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	5 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
16	4 años	Femenino	19/11/2024	Si	19/11/2024	5 mg/24h	10 mg/24h	No	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
17	5 años	Masculino	17/04/2024	Si	17/04/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	5 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
18	7 años	Masculino	20/07/2024	Si	20/07/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
19	8 años	Masculino	16/07/2023	Si	25/09/2023	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
20	5 años	Masculino	19/09/2024	Si	19/09/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	5 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
21	7 años	Masculino	20/06/2024	Si	20/06/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	2 meses	No	Risperidona	No	Ninguno
22	9 años	Femenino	19/06/2022	Si	20/01/2023	10 mg/24h	15 mg/24h	Si	4 meses	Si	Acido Valproico	No	Ninguno
23	6 años	Masculino	14/04/2023	Si	30/05/2024	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	2 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
24	3 años	Masculino	10/01/2023	Si	7/02/2023	5 mg/24h	5 mg/24h	Si	3 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
25	6 años	Masculino	17/04/2019	Si	17/04/2019	5 mg/24h	10 mg/24h	Si	4 meses	No	Ninguno	No	Ninguno

26	8 años	Masculino	22/08/2023	Si	22/08/2023	10 mg/24h	15 mg/24h	Si	4 meses	Si	Risperidona	No	Ninguno
27	6 años	Masculino	21/08/2017	Si	21/08/2017	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	2 meses	Si	Risperidona	No	Ninguno
28	7 años	Masculino	18/09/2023	Si	18/09/2023	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	3 meses	No	Ninguno	No	Ninguno
29	5 años	Masculino	8/04/2019	Si	8/04/2019	10 mg/24h	10 mg/24h	Si	6 meses	Si	Sertralina	No	Ninguno
30	6 años	Masculino	26/09/2023	Si	26/09/2023	5 mg/24h	5 mg/24h	Si	4 meses	Si	Acido Valproico	No	Ninguno

Anexo 5. Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Preguntas	Técnica	Instrumento	Escala de medición
Patrón de consumo de metilfenidato Se definirá como el número total de dispensaciones del principio activo N06BA04 (metilfenidato), registradas en las oficinas de farmacia de una población determinada, durante un periodo específico de tiempo (por ejemplo, un año), en pacientes menores de 19 años.	Diagnóstico de TDAH	Diagnóstico registrado en historia clínica	¿El paciente tiene diagnóstico de TDAH según historia clínica?	Análisis documental	Ficha de recolección	Nominal
	Sexo del paciente	Sexo biológico registrado	¿Cuál es el sexo del paciente?	Análisis documental	Ficha de recolección	Nominal
	Prescripción de metilfenidato	Número de pacientes con prescripción de metilfenidato	¿Se prescribió metilfenidato al paciente?	Análisis documental	Ficha de recolección	Nominal
	Dosis estable	Dosis estable alcanzada (mg)	¿Cuál fue la dosis estable alcanzada por el paciente?	Análisis documental	Ficha de recolección	Cuantitativa continua
	Tiempo hasta alcanzar dosis estable	Tiempo (en días) desde la primera dosis hasta alcanzar dosis estable	¿Cuántos días pasaron hasta alcanzar la dosis estable?	Análisis documental	Ficha de recolección	Cuantitativa continua
	Coprescripción de psicotrópicos	Presencia de otros psicotrópicos al inicio del tratamiento	¿Se prescribieron otros psicotrópicos con la primera dosis?	Análisis documental	Ficha de recolección	Nominal
	Reacciones adversas	Reacciones adversas reportados en la historia clínica	¿Qué tipo de reacciones adversas fueron registrados?	Análisis documental	Ficha de recolección	Cualitativa nominal

Anexo 6. Confiabilidad del instrumento

Para evaluar estadísticamente la confiabilidad de las preguntas del cuestionario para los datos para desarrollar el estudio sobre: “Análisis retrospectivo del patrón de consumo de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH en un hospital de Ica-2025”, se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach.

Se aplicó a los datos obtenidos de 8 Historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión en el Hospital Regional de Ica. Se utilizó el programa estadístico Minitab 22.0.

Ho: El indicador Alfa de Cronbach = 0

H1: El indicador de Alfa de Cronbach $\neq$ 0

$\alpha = 0,05$

Resumen de los casos

Casos	n	%
Validos	8	100%
Excluidos *	0	0%
Total	8	100%

Estadística de confiabilidad para el cuestionario de “Hábitos alimentarios”

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.8265	8

El instrumento a aplicar tiene un alto grado de confiabilidad.

Anexo 7. Imágenes

HISTORIAS CLINICAS

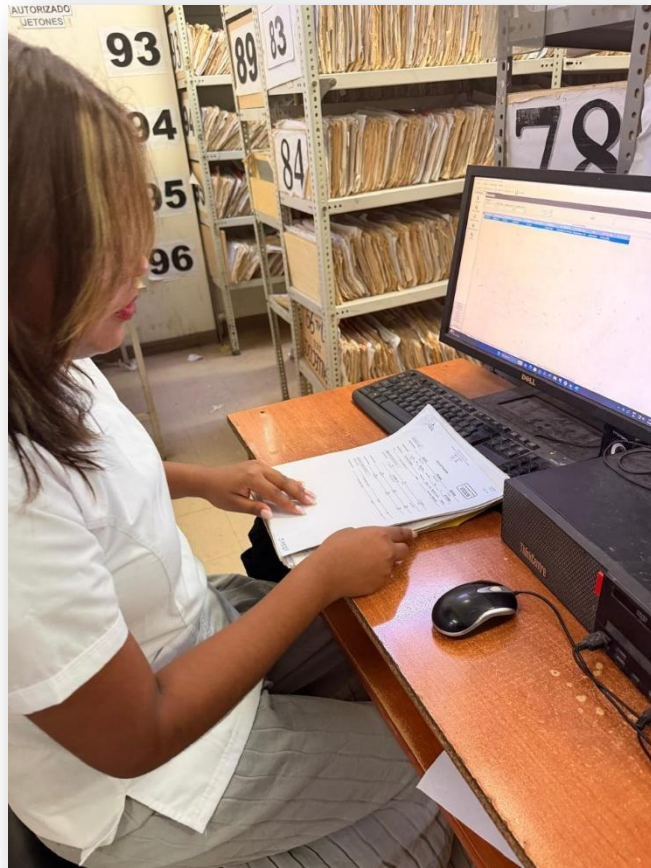
+



BUSQUEDA DE HISTORIAS CLINICAS



ANALISIS DE LA INFORMACIÓN



Anexo 8. Autorización del Hospital Regional de Ica



GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 749 -2025-HR/DE.



Resolución Directoral

Ica 14 de Noviembre del 2025

VISTO:

El Expediente N° 75-020384 que contiene el Memorando N° 1376-2025-HR/DL, de fecha 10 de Noviembre del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 368-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 26 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas solo confiere a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 368-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI, de fecha 10 de Noviembre del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis titulado: **"ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN UN HOSPITAL DE ICA -2025"** presentado por el Investigador: **RAMIREZ LLOCCLA, DIANA CAROLINA**, alumna de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, para optar el Título de Licenciado en Farmacia y Bioquímica, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 10 de Noviembre del año 2025.

Que, con Memorando N° 1376-2025-HR/DL, de fecha 10 de Noviembre del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado en el Oficio N° 368-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

111

III...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-CORRE-ICA; y con la visión de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
	"ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN UN HOSPITAL DE ICA -2025"	- RAMIREZ LLOCLLA, DIANA CAROLINA



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.-----

Regístrese y Comuníquese.

OFICINA
REGIONAL DE
DE CARLOS BERNARDO MENDOZA
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
DPT. US9270

US9270
HRI/D.E.A.D.M.
Y.M.M./J.O.R.H.H.
MANM.C.A.J

RESOLUCIÓN DECANAL



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

RESOLUCION DECANAL N° 436-D/FFB-UNICA-2025

Ica, 01 de setiembre de 2025

VISTO:

El Oficio N° 1815-UI/DI-FFB-UNICA-2025, de fecha 28 de agosto de 2025, Exp. N° 3302 de fecha 29 de agosto de 2025, presentado por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, haciendo llegar el reporte y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud al proyecto de tesis presentado por el (la) **Bach. RAMIREZ LLOCLLA DIANA CAROLINA (Autor)**.

CONSIDERANDO:

Que, según Resolución Presidencial N° 100-CEU-UNICA-2024 de fecha 26 de Setiembre de 2024 emitida por el Comité Electoral Universitario, se resuelve proclamar ganadores del proceso Electoral de Decanos de las Facultades de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga realizado el 25 de setiembre del 2024, figurando como Decano electo en la Facultad de Farmacia y Bioquímica el Dr. SURCO LAOS, FELIPE ARTEMIO.

Que, según Resolución Rectoral N° 1578-R-UNICA-2024 de 28 de setiembre del 2024 se nombra al Dr. SURCO LAOS FELIPE ARTEMIO como Decano de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga para el período comprendido del 30 de setiembre del 2024 al 29 de setiembre del 2025.

Que, la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", es una unidad fundamental de organización, formación académica y profesional integrada por profesores y estudiantes, la misma que es autónoma en lo académico, administrativo, económico y normativo como lo establece el Estatuto de la UNICA.

Que, el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, aprobado con RR. N° 048-R-UNICA-2021 (25-01-2021), establece que, para la obtención del Título Profesional mediante Tesis, el Bachiller debe cumplir con el desarrollo de un proyecto de tesis, con el asesor designado.

Que, habiendo presentado el (la) **Bach. RAMIREZ LLOCLLA DIANA CAROLINA (Autor)**, su solicitud pidiendo aprobación de Proyecto y Asesor con fecha 10 de abril de 2025, Exp. N° 1199, se acuerda aceptar la propuesta de asesor: **Dr. GARCÍA MUÑOZ ELEUTERIO JUAN**, asesor colaborador: **Q.F. CAMPANA TAPIA SAUL HERLES**; con Oficio N° 801-UI-CI-FFB-UNICA-2025 de fecha 25 de abril de 2025 (reunión de fecha 23 de abril de 2025), quien debe coordinar y revisar el proyecto enviando un documento que está apto para pasar el antiplagio de acuerdo al Artículo 32.- Procedimiento para la obtención del Título profesional donde señala que el proyecto de tesis pase por el sistema antiplagio, y una vez aprobada deberá ser formalizada mediante Resolución Decanal.

Que, habiéndose reunido la Comisión de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica el día 12 de agosto de 2025, fecha en la cual se acepta con Oficio N° 1708-UI-CI-FFB-UNICA-2025 del 13 de agosto de 2025, la rectificación del título de proyecto de tesis solicitada el 11 de agosto de 2025, Exp. N° 2909.

Que, mediante Resolución Rectoral N° 048-R-UNICA-2021 de fecha 25 de enero de 2021, se aprueba el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", y sus modificatorias con Resolución Rectoral N° 976-R-UNICA-2021 y Resolución Rectoral N° 2304-2022 R-UNICA.



Que, mediante Resolución Rectoral N° 565-R-UNICA-2025 de fecha 24 de marzo de 2025, se Aprueba la Directiva Excepcional para la Obtención del Título Profesional en las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, estableciéndose en el numeral VII. Disposiciones Específicas: Procedimientos para la obtención del Título Profesional.

Que, mediante el Oficio N° 1815-UI/DI-FFB-UNICA-2025, de fecha 28 de agosto de 2025, Exp. N° 3302 de fecha 29 de agosto de 2025; el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, hace llegar el reporte de Antiplagio y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud de fecha 27 de agosto de 2025, así como la fecha y hora de su aprobación: 21-08-2025, 12:00 m; para la emisión de la Resolución Decanal de aprobación del Proyecto de Tesis "ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN UN HOSPITAL DE ICA, 2025" presentado por el (la) **Bach. RAMIREZ LLOCLLA DIANA CAROLINA**, habiendo obtenido el calificación de Aprobado con el

*Campus Universitario (Panamericana Sur Km 305) – Facultad de Farmacia y Bioquímica - ICA
Email: farmacia@unica.edu.pe*

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

1% de similitud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4°, Inciso 4.3 del Reglamento para la Evaluación de Originalidad de los Documentos de Investigación aprobado con RR. N°1668-R-UNICA-2020 (14-12-2020) y R.R. N° 761-R-UNICA-2021 (04-05-2021) que Aprueba el uso obligatorio de servicio de iThenticate de Trimn.

Que, en aplicación a lo dispuesto en la Resolución Rectoral N° 048-R-UNICA-2021 y Resolución Rectoral N°565-R-UNICA-2025, se debe efectuar la aprobación del Proyecto de Tesis mencionado.

Que, en virtud a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano en el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar, el Proyecto de Tesis presentado por el (la): **Bach. RAMIREZ LLOCLLA DIANA CAROLINA** (Autor), Titulado: **"ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN UN HOSPITAL DE ICA, 2025"** para la obtención del Título Profesional.

ARTÍCULO 2°.- Debiendo continuar desarrollando el proyecto con el asesor designado: **Dr. GARCÍA MUÑOZ ELEUTERIO JUAN** con N°Orcid.org/0000-0003-1567-3075, asesor colaborador: **Q.F. CAMPANA TAPIA SAUL HERLES**; cumpliendo con el cronograma de proyecto.

ARTÍCULO 3°.- Transcribir la presente resolución a los interesados a instancias pertinentes para los fines correspondientes.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

DR. ELEUTERIO MUÑOZ GARCÍA
EN CARGO