

Protocolo de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Santo Domingo, D. N.
Junio 2018

Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Tyrone Then.

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana
Junio, 2018



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

FORMULADORES

Dr. Deseado Guzmán.
Dra. Sachideybi Santiago.
Lic. Stephane Suárez.
Lic. Melissa Fiallo.
Dra. Zuleika Morillo de Nieto.

EVALUADOR EXTERNOS

Dra. Evelyn Lora



“Año del Fomento de las Exportaciones”

RESOLUCIÓN NO. 000013

19-06-18

QUE PONE EN VIGENCIA LA TERCERA GENERACIÓN DE VEINTINUEVE (29) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y UNA (1) GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000013

19-06-18

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución de la Republica Dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio ele 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000013

19-06-18

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de la siguiente guía de práctica clínica protocolos de atención en salud:

1. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.
2. Protocolo Terapéutico de Inmunosupresión del Trasplante Renal en el Adulto.
3. Protocolo de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
4. Protocolo de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Depresión.
5. Protocolo de Atención en Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos del Espectro Autista (TEA).
6. Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes.
7. Protocolo de Terapia Electroconvulsiva.
8. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Adulto Hospitalizado.
9. Protocolo de Manejo Nutricional Intrahospitalario en Neonatos Enfermos.
10. Protocolo de Soporte Nutricional al Paciente Adulto Politraumatizado en Estado Crítico.
11. Protocolo de Manejo Nutricional en Paciente Adulto Quemado Crítico.
12. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con pancreatitis Aguda.
13. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Cirrosis Hepática Descompensada.
14. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Oncológico Hospitalizado.
15. Protocolo de Asistencia Nutricional a Pacientes Diabéticos Hospitalizados
16. Protocolo de Atención para el Manejo del Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar no Cetónico.
17. Protocolo para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2.
18. Protocolo de Atención para el Manejo de la Cetoacidosis Diabética en Adultos
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de la Gastroquiasis en Neonatos.
20. Protocolo de Manejo de la Atresia Esofágica.
21. Protocolo para el Manejo de la Malformación Anorectal.
22. Protocolo de Atención para el Manejo de Enfermedad de Hirschsprung.
23. Protocolo de Atención para el Manejo de Niños/as con Síndrome Congénito Asociado a Virus Zika.
24. Protocolo de Atención para el Manejo de la Enterocolitis Necrotizante en Neonatos.
25. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica.
26. Protocolo de Atención de Neumonía Neonatal.
27. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Hipertensión Pulmonar Persistente.
28. Protocolo de Hemorragia Pulmonar en el Recién Nacido.
29. Protocolo de Atención de VIH/SIDA y Coinfección VIH/TB en Adultos.
30. Protocolo Para El Manejo Quirúrgico De La Obstrucción Intestinal.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto

000013

representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diecinueve (19) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



0. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), de etiología multifactorial, es una alteración del cerebelo que puede afectar todo el sistema nervioso central, produciendo los siguientes síntomas:

- Aumento de actividad.
- Impulsividad.
- Falta de atención. Esta condición impacta el desempeño y el desarrollo óptimos del individuo en su contexto familiar, social, emocional y académico, durante al menos seis meses.

Afecta a entre un tres y un siete por ciento de los niños y las niñas en edad escolar y su prevalencia estimada a lo largo de la vida es de 5.2 % (Polanczyk & Rohde, 2007). En un estudio reciente realizado en la República Dominicana (Guzmán & Morillo, 2017), la proporción de este trastorno en los pacientes que asisten al servicio de salud mental en el hospital Dr. Robert Reid Cabral es de 8.1 %.

Muchos niños, niñas y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y de comportamiento (APA, 2001).

1. OBJETIVO

Estandarizar la atención de niños, niñas y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad mediante la identificación, el diagnóstico y la intervención psicoterapéutica y farmacológica.

2. EVIDENCIAS

- Vásquez, J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. México, DF Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Alda Diez, J. Boix Lluch, C., Colomé Roura, Fernández Anguiano, M., Ministerio de sanidad, política, social e igualdad, España (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes.

Las GPC que se utilizaron en la formulación de este protocolo son las de más reciente publicación.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales y especialistas en medicina familiar, pediatría, psiquiatría, psiquiatría infantil y adolescente, neuropsicología y neuropediatría.

4. POBLACIÓN DIANA

Todo niño o niña mayor de tres años, con sintomatología de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) según los criterios diagnósticos del DSM-5 y el CIE-10.

5. DEFINICIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia y afecta a niños y niñas en edad escolar. Puede acompañar al paciente a lo largo de la vida y se caracteriza por niveles de impulsividad, actividad y atención inadecuados para su correspondiente etapa de desarrollo.

6. CLASIFICACIÓN

Sistemas de clasificación internacional:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (APA, 2014).
- Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales e Hiperkinéticos (CIE-10) (OMS, 1992).
- En la edición del CIE-11 se denomina como TDAH (OMS, 2016).

6.1 Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5

- a. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales con frecuencia:

- Falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente (ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (ej., inicia tarea, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades (ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas o teléfono móvil).

- Se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- Olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

Hiperactividad e impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas o laborales con frecuencia.

- Juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes y reuniones. Los demás pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Habla excesivamente.
- Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
- Le es difícil esperar su turno (ej., mientras espera en una cola).
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes, en otras actividades).

- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral o reducen la calidad de los mismos.
- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

Especificar:

- **314.01 (F90.2) Presentación combinada:** si se han cumplido el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.
- **314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:** si se ha cumplido el Criterio A1 (inatención); pero no se ha cumplido el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.
- **314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** si se ha cumplido el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se ha cumplido el Criterio A1 (inatención) durante los últimos seis meses.

Especificar:

En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios; pero no todos los criterios se han cumplido durante los últimos seis meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

- Leve:** pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen un deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado:** síntomas o deterioros funcionales presentes en niveles entre "leve" y "grave".
- Grave:** presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves; o los síntomas producen un deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

6.2 Los criterios diagnósticos según el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10)

a. F90 Trastornos hiperkinéticos.

- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

Excluye:

- Trastornos generalizados del desarrollo (F84).
- Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0).
- Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).
- Esquizofrenia (F20).

7. DIAGNÓSTICO

- Realizar una entrevista clínica al niño, la niña o la persona adolescente; así como a sus padres.
- Valorar la información obtenida del ámbito escolar y de la relación con sus iguales. Además de la exploración física (descarte de organicidad).
- Utilizar escalas como:
 - Escala de Conners en sus diferentes versiones (autorreporte, para maestros, para padres).
 - Escala de Brown.
- Será agregada la aplicación de las siguientes escalas, para especificar y descartar otras condiciones que puedan acompañar a esta patología:
 - Escala Weschler para niños y niñas (WISC IV) y /o Toni 4.
 - Test de atención D2.
 - Trial making test A y B.
 - Test de colores y palabras (STROOP).
 - Cuestionario sobre el comportamiento de niños y niñas (CBCL).

7.1 Historia clínica

Investigaciones sobre la heterogeneidad y la concordancia de la información han demostrado que es preciso acudir a múltiples informantes (paciente, padres, maestros, etc.), para elaborar la historia clínica. Es imprescindible realizar una exhaustiva

evaluación inicial para detectar otras patologías, dada la alta comorbilidad del TDAH con otros padecimientos psiquiátricos y orgánicos.

a. Anamnesis

- Inicio de los síntomas.
- Antecedentes heredofamiliares de síntomas similares al TDAH.
- Evaluar la presencia de signos y síntomas de otras enfermedades neurológicas y del neurodesarrollo.
- Explorar la historia general del desarrollo.
- Ingesta de medicamentos que producen alteraciones conductuales.

b. Signos y síntomas

▪ **Signos**

- La hiperactividad motora.
- La inatención.
- La impulsividad.

▪ **Síntomas**

- Bajo rendimiento académico.
- Dificultad para escuchar.
- Dificultad para acatar normas y límites.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Relaciones interpersonales pobres.

c. Examen físico

La exploración física tiene como objetivo la evaluación de otras enfermedades que puedan ser la causa o contribuir a la sintomatología que motiva la consulta.

d. Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes

▪ **Análisis de laboratorio:**

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| - Hemograma completo. | - Enzimas hepáticas (AST, ALT). |
| - Glicemia. | - ASO. |
| - Perfil tiroideo (T3, T4, TSH). | - Fosfatasa alcalina. |
| - Urea. | - Plomo. |
| - Creatinina. | |

▪ **Exámenes complementarios:**

- Electrocardiograma (EKG).
- Electroencefalograma (EEG).

8. CRITERIOS DE INGRESO

Los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad solo ameritarán de ingreso a un centro de salud, en caso de agitación psicomotriz. Con ello se buscará reevaluar el caso y descartar comorbilidades, incluyendo lesiones cerebrales. Para estos fines, es importante valorar el cuadro según la etapa 5 y utilizar los siguientes fármacos:

- Haloperidol en ampolla intramuscular, con dosis máxima de 0.5 a 2 mg en niños y niñas. En adolescentes, a partir de 12 años, de 2 a 5 mg; administrándolo cada 30 minutos, con un pico de 60 minutos.
- En caso de episodio psicótico en curso, agitación motriz, desafío a la autoridad, impulsividad acompañada de conducta de riesgo, y a partir de los 12 años, la olanzapina intramuscular en ampolla, con dosis máxima de 20 mg en 24 horas.
- Contenido el episodio psicótico, egresar al paciente con la medicación correspondiente al TDAH y la comorbilidad que produjo dicho cuadro.

Es importante el llenado del consentimiento informado por parte de los padres o tutores, previo a la evaluación y la intervención farmacológica de un paciente con TDAH.

9. TRATAMIENTO

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH son:

- Terapia conductual basada en un análisis funcional del comportamiento.
- Técnicas de modificación de la conducta, como la economía de fichas.
- Terapia de entrenamiento para padres.
- Terapia cognitiva dirigida al paciente.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Reeducción psicopedagógica.
- Rehabilitación de funciones ejecutivas.
- Programa de entrenamiento para profesores.

9.1 Tratamiento farmacológico

- **Etapa 0: evaluación y diagnóstico**

Para la evaluación y el diagnóstico del TDAH, son utilizados apropiados instrumentos estructurados, semiestructurados o escalas. Una vez establecido el diagnóstico, se elabora un plan de intervención con los padres y el paciente. Cuando la familia no acepta el uso de estimulantes o existen antecedentes de efectos colaterales adversos a causa de estos, debe ser iniciado el tratamiento farmacológico.

▪ **Etapa 2**

Una vez elaborado el plan:

- Realizar una evaluación del perfil de efectos colaterales esperados y una revisión detallada de variables biológicas para T/A, FC, peso y talla basal, en cada seguimiento.
- Obtener un electrocardiograma (ECG), si existen antecedentes de enfermedades cardiovasculares.
- Iniciar el proceso de psicoeducación en torno al reconocimiento de los síntomas del TDAH, la necesidad de un tratamiento multimodal y el uso de fármacos.

Nota: no tenemos un antecedente científico de la secuencia propuesta en la combinación de las intervenciones psicosociales y farmacológicas.

9.1 Intervenciones farmacológicas

▪ **Etapa 1: psicoestimulantes**

Se administra MFD en tomas de 0.6 a 1 mg/kg/día. Hay que tener cuidado de no sobrepasar la dosis diaria máxima total, que es de 72 mg. Las guías NICE han propuesto hasta 2.1 mg/kg/día, con un total máximo de 90 mg/día. Si se utiliza MFD de acción inmediata, se preferirán tres tomas al día. La respuesta del paciente a la medicación será evaluada a las dos semanas de tratamiento.

En caso de no obtener respuesta, se cambia de estimulante a anfetaminas. Se evalúa la respuesta en dos semanas; si es parcial, se pasa a la etapa 2.

▪ **Etapa 2: atomoxetina (ATX)**

Administrar la ATX en dosis de 1.2 a 1.8 mg/kg/día, sin exceder la dosis de 120 mg/día. Suspender gradualmente el estimulante prescrito en etapas previas y evaluar el efecto combinado durante la transición. Iniciar la ATX con el 50 % de la dosis por una semana e indicar posteriormente el 100 % de la dosis.

La respuesta será evaluada cuatro semanas después de alcanzada la dosis óptima. Si la respuesta es parcial, el diagnóstico del TDAH será revisado de forma más exhaustiva y, en caso de confirmarse, se pasará a la etapa 2A. Si la respuesta es parcial, pasar a la etapa 3.

▪ **Etapa 3: antidepresivos tricíclicos (ADT): modafinilo y bupropion**

Retirar gradualmente la ATX mientras se administran los ADT y valorar los efectos de forma detallada, incluyendo la evaluación ECG basal y en cada incremento de la dosis. Usar la imipramina o la desipramina, administrando gradualmente a razón de 4 mg/kg/día,

o con un máximo de 200 mg/día. La respuesta del paciente será evaluada en cuatro semanas. En caso de resultar parcial, se cambiará el tratamiento a modafinilo o bupropión.

Se retirará gradualmente la desipramina, mientras se administra modafinilo o bupropion. Prescribir el modafinilo a razón de 5.5 mg/kg/día y no exceder la dosis diaria de 400 mg. Evaluar la respuesta cuatro semanas después de haber sido iniciado el tratamiento.

El bupropion es un producto de venta original como antidepresivo. Debe prescribirse a razón de 150 mg/día y evaluar sus resultados en el paciente a las cuatro semanas del inicio de la terapia. De no obtenerse respuesta, incrementar la dosis a 300 mg/día en dos tomas y volver a considerar la respuesta de tres a cuatro semanas después. Si la respuesta es parcial, cambiar a la etapa 4.

▪ **Etapa 4: Agonistas alfa adrenérgicos**

Si el paciente tomaba modafinilo o bupropion, retire gradualmente el fármaco e inicie el uso de clonidina en dosis de 3 a 5 mcg/kg/día, en dos tomas diarias. Deberá alcanzar esta dosis en el lapso de tres semanas. Posteriormente, en cuatro semanas, evalúe la respuesta del paciente. Asimismo, administre una dosis de guanfacina de 1 a 3 mg/día. La respuesta al medicamento deberá ser evaluada en tres semanas; si es parcial, deberá pasarse a la etapa 5.

▪ **Etapa 5: combinación de fármacos o uso de otros medicamentos**

La combinación de medicamentos o el uso de otros fármacos solo podrán ser prescritos por un médico psiquiatra, un psiquiatra de niños, niñas y adolescentes o por un neuropediatra con amplia experiencia en el tema. La combinación es la de MFD y ATX.

Iniciar con ATX hasta 1.8 mg/kg/día gradualmente, consignar los efectos colaterales y evaluar la respuesta a las cuatro semanas. Si ya se ha alcanzado dicha dosis en el lapso programado, se iniciará MFD con instalación gradual, dependiendo de los efectos colaterales, hasta 1 mg/ kg/día, y se evaluará la respuesta del paciente a la primera o segunda semana de inicio del tratamiento.

Si el paciente ya está recibiendo la terapia con metilfenidato, se verificará que llegue a dosis de 1 mg/kg/día, considerando efectos colaterales, y se administrará de forma gradual la ATX hasta alcanzar 1.8 mg/kg/día, verificando las reacciones secundarias. Se evaluará la respuesta a la cuarta semana. Ambos medicamentos no deben ser administrados de manera simultánea.

9.2 Intervenciones psicosociales en escolares

▪ **Etapa 1A: psicoeducación ampliada**

El proceso psicoeducativo ampliado incluye brindar información a pacientes y familiares sobre las opciones de tratamiento farmacológico, hacerlos partícipes en la toma de decisiones y ofrecer estrategias para afrontar los síntomas que puedan ser aprendidas y ejecutadas por el paciente, sus padres y otros miembros de su círculo íntimo.

Igualmente, será enviado material psicoeducativo a los profesores. Si la respuesta es parcial, al cabo de cuatro a seis semanas será puesta en ejecución la etapa 2.

▪ **Etapa 2A: entrenamiento a padres**

Reforzar el programa psicoeducativo revisando las intervenciones previas y ofrecer un programa de entrenamiento a los padres durante un período de cuatro a seis semanas. Si la respuesta es parcial, reevaluar el diagnóstico del TDAH de forma más exhaustiva, y en caso de confirmarse se pasa a la etapa 3.

▪ **Etapa 3A: intervenciones escolares**

Cerciorarse de que pacientes, padres y maestros conocen los principios básicos y ampliados de psicoeducación; y de que los padres han recibido un entrenamiento para el manejo del TDAH. De no ser así, será preciso desarrollar las debidas intervenciones.

Hablar con los profesores para la implementación de medidas escolares sobre el programa de entrenamiento a los maestros. Evaluar la respuesta de cuatro a seis semanas y, en caso de ser parcial, pasar a la etapa 4.

▪ **Etapa 4: entrenamiento de habilidades sociales**

El paciente, los padres y los maestros conocen los principios básicos y ampliados del psicoeducación y los padres han recibido un entrenamiento para el manejo del TDAH; de no ser así, será preciso desarrollar las debidas intervenciones.

Es necesario contactar a los profesores para la implementación de medidas escolares y ejecutar un programa de entrenamiento en habilidades sociales para el niño. La evaluación de la respuesta debe ser realizada al cabo de un período de cuatro a seis semanas.

10. INFORMACIÓN PARA PACIENTES, PADRES Y/O TUTORES

Es importante informar a pacientes, padres y/o tutores acerca de los procedimientos que serán ejecutados y las diferentes etapas que contemplan. Los padres y tutores deben ser empoderados de estos conocimientos antes de la evaluación y de la intervención farmacológica del paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, a fin de que puedan involucrarse desde el inicio del proceso.

Luego de las explicaciones correspondientes y de responder de manera satisfactoria a preguntas de pacientes, padres y tutores, se procede al llenado del consentimiento informado y a la firma del mismo por parte de los adultos responsables del niño, la niña o la persona adolescente.

11. INDICADORES

Para el seguimiento a la implementación del protocolo clínico se debe recolectar información relacionada a los siguientes indicadores.

Proceso de atención	Indicador
Evaluación clínica: Clasificación de la gravedad del TDAH	Porcentaje de pacientes con TDAH a los cuales se les especificó el tipo de gravedad de acuerdo al protocolo.
Diagnóstico según escala	Porcentaje de pacientes con TDAH a los cuales se les aplicó la escala Conners o Brown para establecer el Diagnóstico

12. IMPLEMENTACIÓN

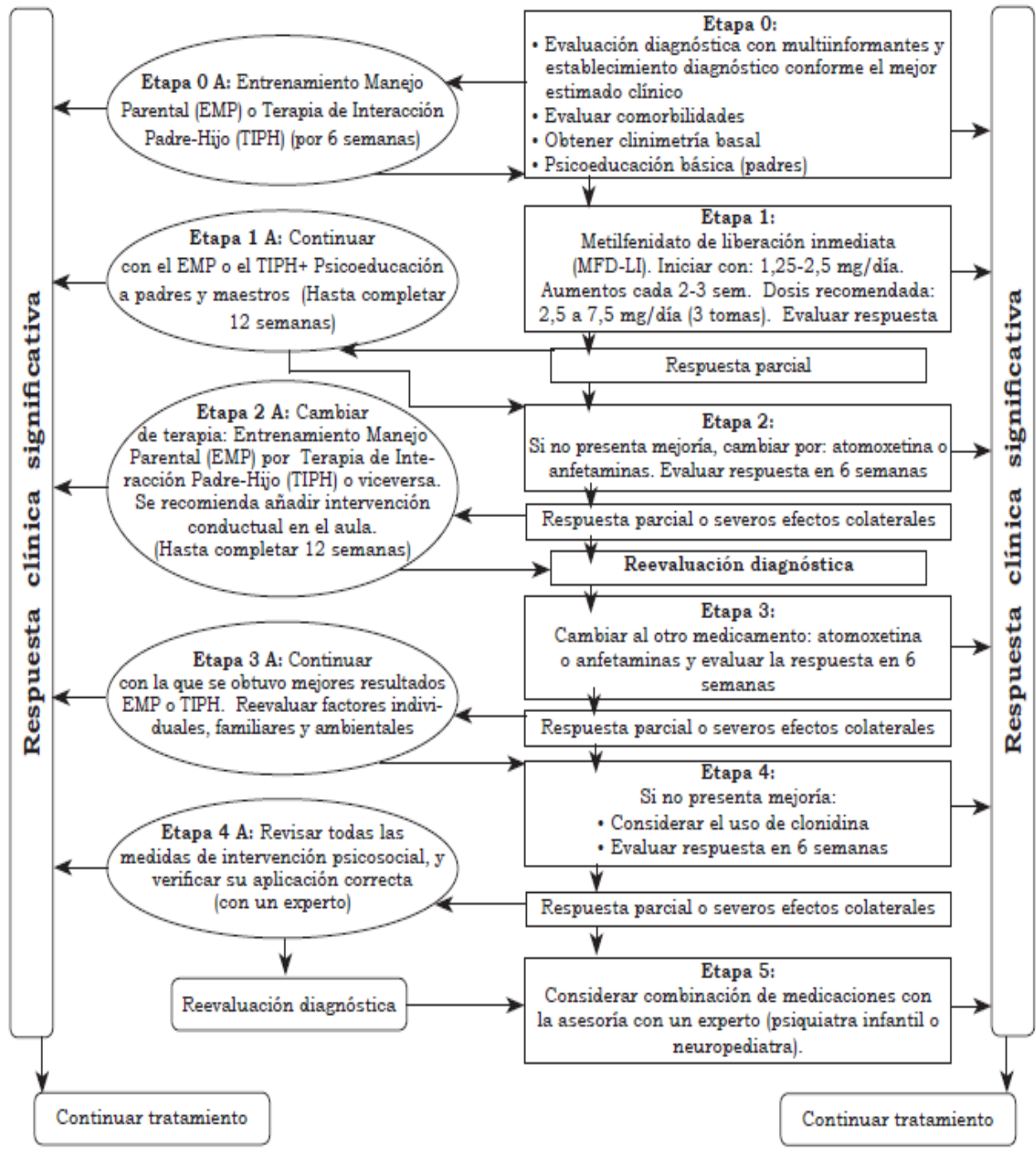
La institución prestadora de servicios de salud según sus condiciones particulares, el tipo y las características de los protocolos a implementar, define las estrategias de implementación que usará para establecer su respectivo plan. Esto permitirá definir más claramente la contribución del proceso al impacto en la gestión de la organización.

El plan de implementación es el conjunto de directrices que deben seguirse para llevar a la práctica y diseminar adecuadamente la guía dentro de cada institución prestadora de servicios de salud. Así mismo el plan de implementación debe identificar acciones y responsables en cada etapa del proceso.

Elementos sugeridos para la implementación

1. Conformar un equipo responsable de impulsar la implementación compuesto por los profesionales de dicha especialidad.
2. Disponibilidad y acceso: Consiste en garantizar la disponibilidad y acceso de los protocolos en todo momento y todo lugar donde se haya definido que se van a utilizar, como los consultorios.
3. Sesiones formativas: Dirigida a crear espacios en que los usuarios de los protocolos puedan revisar sus conocimientos y actitudes acerca del tema tratado en cada uno de los protocolos, con respecto a los conocimientos y actitudes de sus colegas y el contenido de los mismos.
4. Identifique las barreras y facilitadores de la implementación de las recomendaciones seleccionadas
5. Auditoría y retroalimentación: Se basa en la verificación de resultados
6. Recordatorios: Consiste en disponer diferentes actividades y medios que le recuerden a los usuarios permanentemente que existe un proceso de protocolización institucional, que se deben usar los protocolos y algunos contenidos de los protocolos.
7. Incentivos: Consiste en realizar actividades que motiven la aceptación y práctica de las acciones incluidas en los protocolos, disponiendo reconocimientos de diferente clase para los usuarios en proporción directa a los protocolos.
8. Realice un seguimiento a la adopción de las recomendaciones a través de los indicadores propuestos en el protocolo o pueden desarrollarse unos indicadores específicos.

13. ALGORITMO Y/O FLUJOGRAMA



Algoritmo de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH), 2015.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 2016.
2. Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población infantil de 5 a 9 años. Resumen de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica clínica de enfermería. México; Secretaría de Salud, CENETEC, 2017. Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC>.
3. Palacio J., 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, 38, 32. Agosto 2017.
4. Intervenciones farmacológicas para los niños con trastorno de conducta perturbadora, trastorno de la conducta o trastorno negativista desafiante. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q8/es/
5. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). 2016
6. De León, M. Lora, E. López, C. & (2015). Congreso de pediatría, 6to. encuentro de TDAH. Lilapetdah. Incidencia de registros electroencefalográfico del Hospital Infantil Dr. Arturo Grullón, Santiago, República Dominicana. Hospital General Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana. Hospital Central de las Fuerzas Armadas Dominicana, Santo Domingo, República Dominicana.
7. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Año 2018. Versión sin publicar.