1. INTRODUCCIÓN

La guía de práctica clínica para el manejo integral del déficit de atención e hiperactividad es una herramienta fundamental para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes que presentan este trastorno en el Centro de Neurorehabilitación APAES. El déficit de atención e hiperactividad es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en la infancia y puede persistir en la edad adulta. Este trastorno puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes, incluyendo su rendimiento escolar, relaciones interpersonales y su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

La guía tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica actual para el diagnóstico y tratamiento del trastorno.

En resumen, la guía de práctica clínica para el manejo integral del déficit de atención e hiperactividad es una herramienta esencial para mejorar la calidad de la atención, estandarizar la práctica clínica, y mejorar el bienestar de los pacientes que presentan este trastorno.

2. OBJETIVOS

- Proporcionar una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica actual para el diagnóstico y tratamiento del TDAH.
- Mejorar la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes que presentan este trastorno, así como estandarizar la práctica clínica en el manejo del mismo en el Centro de Neurorehabilitación APAES.

3. ALCANCE

Esta guía, define los lineamientos para llevar a cabo los procesos terapéuticos de los usuarios con diagnóstico de TDAH que acuden al centro de Centro de Neurorehabilitación Apaes.

4. TALENTO HUMANO

Terapeutas con título profesional del Centro de Neurorehabilitación Apaes.

5. DOTACION

Para trabajo de descarga sensorial se puede requerir:

- Caminadora

6. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

Para trabajo de descarga sensorial se puede requerir:

- Balón terapéutico

7. ENFOQUE DIRERENCIAL

Relacionado en el documento Atención con enfoque diferencial con Código: A-DC-212

8. POBLACIÓN

Esta guía considera los siguientes grupos de pacientes:

• Pacientes de ambos sexos entre 5 y 18 años.

• Pacientes con sospecha de TDAH.

• Pacientes con diagnóstico confirmado de TDAH.

9. ANTECEDENTES (1)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se considera una enfermedad del neurodesarrollo que se manifiesta principalmente con falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Inicia durante el período de desarrollo, típicamente desde la niñez temprana (3 a 6 años), a la mitad de la niñez (6 a 12 años) y puede continuar hasta la edad adulta.

Este trastorno puede manifestarse de tres maneras diferentes: 1. Falta de atención o también denominado de predominio inatento, que se refiere a la dificultad para mantener la concentración en tareas sencillas diarias, escolares o de la casa y se distraen fácilmente al dar instrucciones o al conversar con otras personas. 2. La hiperactividad se refiere a la actividad motora excesiva y las dificultades para permanecer quieto, en momentos y lugares donde se espera que las personas permanezcan sentadas, interrumpir a los demás mientras hablan o hablar sin parar. 3. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias. Estos últimos 2 conforman el tipo de predominio hiperactivo/impulsivo y se puede presentar como mixto, es decir tanto inatento como hiperactivo/impulsivo. Estas 3 manifestaciones específicas del trastorno varían entre los individuos, y pueden cambiar a lo largo del desarrollo.

Los niños con TDAH presentan bajo desempeño académico, problemas de interacción social, tienen mayor riesgo de hospitalización, de lesiones, de trastornos físicos y mentales derivados del uso de sustancias y reducción de ingresos o menor participación en el mercado laboral en la edad adulta. Durante la niñez el TDAH se puede encontrar asociado a otro tipo de patologías como trastornos de conducta, de aprendizaje, depresivos, de ansiedad, de lenguaje, de espectro autista o epilepsia. En la etapa adulta, este trastorno se puede presentar conjuntamente con enfermedades psiquiátricas como el trastorno bipolar, trastorno depresivo o de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, fobias o trastornos de la personalidad.

La prevalencia global de TDAH en niños menores de 18 años se ha estimado en un 7.2%, según reporte de un metaanálisis que incluyó 175 estudios en el año 2015. Según el Health United States-2019, para el periodo 2016-2018, en los Estados Unidos se encontró que el 10.8% de niños entre los 5 y 17 años fueron diagnosticados alguna vez con TDAH; de éstos, el 14.6% correspondía al sexo masculino y el 6.9% al sexo femenino. En Europa, se han informado tasas de prevalencia de 1.8% en niños de edad preescolar y en niños y adolescentes entre el 5.3 y el 7.2% (13–15). En Colombia diferentes estudios han reportado prevalencias de TDAH que oscilan entre 5.7% y 20%, debido a la variabilidad en la

población incluida y la heterogeneidad de los estudios incluidos. Un estudio realizado en Antioquia en el año 2005 incluyó niños entre 4 y 17 años, reportando una prevalencia de TDAH de 20.4% sin tener en cuenta el coeficiente intelectual y 15.8% con un coeficiente intelectual mayor a 80 puntos. En Bogotá, un estudio realizado en el 2008 incluyó niños entre 5 y 12 años con una prevalencia del 5.7%. En Barranquilla en el año 2019, se estudiaron 383 niños entre 6 y 17 años encontrando que esta fue del 15%. A nivel nacional los datos más actualizados se encuentran en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, que incluyó información de 16.147 personas y, donde por primera vez se incluyeron trastornos mentales en niños y adolescentes. La encuesta incluyó entre los instrumentos aplicados a la población entre 7 y 11 años, el "Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV- P)", que permitió medir la prevalencia de TDAH en dos periodos: TDAH de cualquier tipo, descrito los últimos 30 días, estimado en 2.3% (IC95% 1.5 a 3.4) y TDAH de cualquier tipo, descrito los últimos 12 meses de 3.0% (IC95% 2.1 a 4.1).

El trabajo desarrollado por el grupo de salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos años ha contribuido a la optimización en el conocimiento, diagnóstico y manejo integral de la enfermedad mental en el país. El Observatorio de Salud Mental ha publicado de manera periódica los indicadores nacionales sobre el tema. En el reporte nacional de salud mental, se ha observado un aumento en el porcentaje de personas atendidas por "Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia" entre los 0 y 19 años. En 2016 estos trastornos oscilaban entre el 1.65% y el 7.32%, mientras que para el año 2020 se encontraron entre el 1.4% y 11.23%.

La etiología de este trastorno es aún desconocida, aunque existen varias teorías descritas en la literatura, no son claras las causas que pueden llevar a presentar TDAH. Puddu y colaboradores, realizaron un estudio a partir de polimorfismos de nucleótido único (SNP) de genoma completo y descubrieron una comorbilidad genética moderada entre el TDAH y el trastorno depresivo mayor del 10% (23). También se le atribuye su origen a factores ambientales y psicosociales, exposición a sustancias como el cigarrillo y el alcohol en el embarazo y problemas perinatales.

Establecer el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica afectada por el TDAH no es sencillo. La evaluación de criterios clínicos en los niños es fundamental para el diagnóstico del TDAH. Sin embargo, no siempre es fácil detectar síntomas en el contexto clínico, es necesario identificarlos en su hogar y en el ámbito escolar. No existe suficiente evidencia científica de alta calidad, que respalde el uso de exámenes paraclínicos para la confirmación de casos de TDAH. Un método diagnóstico usado en el estudio de la neurobiología del TDAH son las neuroimágenes. Se ha observado en los estudios imagenológicos muestran retraso en la maduración cerebral de los niños con TDAH, sugiriendo un perfil inmaduro de activación funcional.

El diagnóstico correcto de los pacientes con TDAH permite comenzar a tiempo intervenciones no farmacológicas y disminuir el retraso en el inicio del tratamiento farmacológico, de ser requerido. En este sentido, estudios como el de Danielson y colaboradores han incluido indicadores que permiten medir objetivamente la recepción de un diagnóstico de TDAH (por tanto, un antecedente patológico de por vida) por parte de un proveedor de servicios de salud y el inicio del tratamiento conductual y/o con medicamentos. El riesgo de no establecer un diagnóstico claro por desconocimiento en el área, puede inducir fallas en el tratamiento, ausencia de red de apoyo familiar o social e incluso alentar el uso de etiquetas sociales discriminatorias innecesarias, lo que debe evitarse con el fin de defender el derecho de los pacientes con TDAH a una atención médica y psicosocial oportuna.

Algunos estudios dirigidos al tratamiento de TDAH, han demostrado que los pacientes no tratados tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en comparación con el grupo de pacientes con TDAH en tratamiento (OR 0.15; IC95% 0.04 a 0.6), con peor pronóstico y evolución de la patología (29). Respecto al tipo de tratamiento hay disparidad entre los grupos de expertos en el manejo de dicha patología. Los tratamientos no farmacológicos, incluyen múltiples metodologías en su desarrollo, con resultados de efectividad y de seguridad no concluyentes y heterogéneos e insuficiente evidencia para comprobar su efectividad.

10. RECOMENDACIONES (1)

1. Se sugiere que el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes sea realizado por un especialista en psiquiatría infantil, neuropediatría o pediatría. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, el análisis del neurodesarrollo y del ambiente psicosocial del niño o adolescente; esta debe incluir un análisis sobre el comportamiento y los síntomas en los diferentes dominios y ambientes del niño o adolescente.

   Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

   Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

2. Se recomienda que el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes se base en la entrevista clínica, examen físico, neurológico y mental.

   Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

3. Se recomienda para el diagnóstico de TDAH, que los síntomas de hiperactividad/impulsividad o inatención deben:

   • Cumplir los criterios diagnósticos en DSM-5 o CIE-10 o su versión más actualizada.

   • Causar una disfunción psicológica, social, ocupacional y/o educativa leve, moderada o grave, basándose en la entrevista o la observación directa de múltiples ambientes.

   • Ser generalizados, en al menos dos ambientes (social, familiar, educativo u ocupacional) que afecte la calidad de vida.

   Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

4. Se recomienda evaluar el entorno psicosocial, familiar y las áreas ocupacionales, educativas y de salud.

Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

5. Se recomienda valorar siempre la percepción del niño y adolescente con TDAH para determinar la alteración de su funcionalidad.

   Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

6. Se sugiere al médico tratante solicitar pruebas neuropsicológicas estandarizadas específicas adicionales, de acuerdo con su criterio en cada caso particular. Estas valoraciones pueden aportar información útil frente al perfil intelectual, cognitivo (pruebas específicas de atención, memoria, lenguaje, praxis, funciones ejecutivas), habilidades de aprendizaje, así como el establecimiento de recomendaciones para la implementación de tratamientos no farmacológicos.

   Certeza en la evidencia: Muy baja (basada en consenso)

   Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

7. Se recomienda que los profesionales a cargo de los niños y adolescentes con TDAH realicen psicoeducación continua a los pacientes, sus cuidadores, y profesores, teniendo en cuenta su edad y grado de escolaridad, que incluya por lo menos los siguientes aspectos:

   • Características clínicas, signos y síntomas del TDAH.

   • Curso y pronóstico con o sin tratamiento.

   • Intervenciones terapéuticas, adherencia y continuidad.

   • Pautas de crianza y manejo de límites.

   Certeza en la evidencia: Muy baja

   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

8. Se recomienda que los profesionales a cargo de los niños y adolescentes con TDAH realicen entrenamiento a padres y cuidadores donde se profundicen los aspectos mencionados en la psicoeducación, en formato grupal o individual, en el que se haga énfasis en los siguientes temas:

   • Generalidades del TDAH (diagnóstico, curso y consecuencias).

   • Pautas de crianza (normas, rutinas y límites).

   • Normas para la participación en el entorno escolar.

   • Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

   Certeza en la evidencia: Moderada

   Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

9. Se sugiere la estimulación de funciones cognitivas y estrategias de aprendizaje para niños y adolescentes con TDAH, realizado por terapeuta ocupacional, psicólogo clínico o neuropsicólogo, con una intensidad de al menos 1 vez a la semana y en modalidad individual o grupal, de no más de tres niños por sesión.

   Certeza en la evidencia: Muy baja

   Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

10. Se sugiere la intervención en estrategias de regulación emocional por psicólogo clínico, preferiblemente con experiencia en niños y adolescentes con TDAH.

    Certeza en la evidencia: Muy baja (consenso de expertos)

    Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

11. Se sugiere integrar al sector educativo en la implementación de los objetivos terapéuticos y académicos, facilitando en este ambiente la consolidación de las competencias personales, académicas y sociales del niño, facilitados por:

    • Actividad física o deportiva

• Grupos pequeños

• Establecer horarios de actividades extraescolares adecuados

• Jornadas académicas acordes

• Recomendaciones a docentes

• Apoyos y ajustes razonables en el colegio y el hogar (ambientales, curriculares y de convivencia).

Certeza en la evidencia: Muy Baja

Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

12. Se sugiere estimular los intereses vocacionales, lúdicos y deportivos de niños y adolescentes con TDAH.

    Certeza en la evidencia: Muy baja

    Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

13. No se sugiere el uso de terapias no farmacológicas que no hayan sido recomendadas en esta guía, tales como el neurofeedback, estimulación transcraneal con corriente directa, terapia de masaje, terapia de meditación, o la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados, zinc o hierro.

    Certeza en la evidencia: Muy Baja

    Fuerza de la recomendación: Condicional en contra

14. Se recomienda iniciar intervención farmacológica a niños mayores de 5 años y adolescentes con TDAH con impacto moderado a severo de la funcionalidad.

    Certeza en la evidencia: Moderada

    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

15. Se sugiere antes de iniciar tratamiento farmacológico estimulante para TDAH la toma de un electrocardiograma y según su resultado y criterio clínico remitir a evaluación por cardiología en los siguientes casos:

    • Antecedentes de cardiopatía congénita o cirugía cardíaca previa.

    • Historial de muerte súbita en un familiar de primer grado menor de 40 años que sugiere una enfermedad cardíaca.

    • Dificultad para respirar en actividades de esfuerzo en comparación con sus compañeros.

    • Síncope o desvanecimiento.

    • Palpitaciones rápidas, irregulares, que comienzan y se detienen repentinamente.

    • Dolor en el pecho que sugiere origen cardíaco.

    • Signos de insuficiencia cardíaca.

    • Un soplo escuchado en el examen cardíaco.

    • Presión arterial clasificada como hipertensa según las tablas para la edad.

    • Alteraciones conocidas en el electrocardiograma.

    Certeza en la evidencia: Muy Baja (consenso de expertos)

    Fuerza de la recomendación: Condicional a favor

16. Se recomienda que el tratamiento farmacológico siempre esté acompañado de las intervenciones no farmacológicas descritas en las recomendaciones anteriores: psicoeducación, entrenamiento a padres y cuidadores, terapia ocupacional, rehabilitación/estimulación de funciones cognitivas, actividad física e intervención por psicología clínica.

    Certeza en la evidencia: Baja

    Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo Nacional de Estupefacientes, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población pediátrica en Colombia, Guía completa 2022 Guía No 64
2. López-López Ana, Poch-Olivé María Luisa, López-Pisón Javier, Cardo-Jalón Esther. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la práctica clínica habitual: Estudio retrospectivo. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2019 Abr; 79(1 Suppl 1): 68-71. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200014&lng=es.
3. Cunill, R., Castells, X., González-Pinto, A., Arrojo, M., Bernardo, M., Sáiz, P. A., ... & San, L. (2021). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*, *34*(2), 168-178.
4. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) / Escardíbul, Mireia;Mabres, Mercè;Martínez, Beatriz;Montaner, Albert;Segú, Sunsi in "Hiperactividades y déficit de atención : comprendiendo el TDAH. - (Con vivencias) - Barcelona : Octaedro, 2014- Casalini id: 2912135" - P. 19-49 - DOI: 10.1400/216007 - Permalink: http://digital.casalini.it/10.1400/216007 - Casalini id: 2912151
5. de la Guía, G. D. T. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes.
6. Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *26*(1), 52-59.
7. Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *83*(3), 148-156.

8. Esperón, C. S., & Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.
9. Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., & Puentes Rozo, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, *21*(83), e101-e108.
10. Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, *12*, 140-150.
11. Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*, *14*, 113-128.