

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

Evaluación del cumplimiento de la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por parte de los médicos psiquiatras adscritos y residentes de la misma institución.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Liliana Arteaga Hernández

TUTORA:

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

ANTECEDENTES. El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) inicia en la infancia, su prevalencia a nivel mundial es de 5.29% y constituye la principal causa de solicitud de atención psiquiátrica en la población infantil; no obstante sólo el 50% de ellos son atendidos por un especialista en salud mental y el resto por otros médicos. Lo anterior ha dado como resultado una variabilidad en el manejo del mismo. Las guías de práctica clínica (GPC) surgieron como respuesta de los sistemas de salud ante los problemas de la diversidad en la práctica clínica. Así, el personal médico en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN) en México, desarrolló una Guía Clínica para el TDAH, con la finalidad de unificar los criterios para la mejora en la atención. A través de estudios se ha observado que los médicos no siguen las sugerencias de las guías, entre ellos los psiquiatras otorgaban el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a su experiencia clínica.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia con la cual el TDAH se maneja de acuerdo a lo indicado en la guía clínica para el TDAH del HPIJNN, así como analizar el apego al procedimiento diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento y los lineamientos para envío de pacientes a segundo nivel indicados en la misma guía para dicho trastorno.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrolectivo y homodémico a través de la revisión de expedientes de los pacientes que acudieron a consulta al HPIJNN y recibieron diagnóstico de primera vez de TDAH, de enero 2011 a diciembre 2012, se excluyeron con información incompleta.

RESULTADOS. 575 expedientes fueron elegidos para ser revisados. La edad promedio de los pacientes fue de 8.18 (± 3) años, la mayoría correspondía al grupo de escolares (58.8%) y pertenecía al sexo masculino (82.8%). Sólo en el 2.3% de los expedientes se incluyeron los criterios diagnósticos para el TDAH; en 6% de los casos se establecieron los criterios diagnósticos de los trastornos comórbidos; en 26.6% se reportó que se brindó psicoeducación, el 85.7% de las notas refirió el empleo de medicamentos de primera línea para el TDAH, no obstante sólo el 54.4% reportó el uso de la dosis indicada en la guía. Los expedientes mostraron un apego a 4.67 de los lineamientos de la guía.

CONCLUSIÓN. Los médicos del HPIJNN realizaron un apego regular a los lineamientos indicados en la guía para el TDAH de la misma institución.

PALABRAS CLAVE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), guía clínica, niños, adolescentes.

ÍNDICE.

| | |
|-----------------------------------|----|
| ▪ INTRODUCCIÓN | 3 |
| ▪ MARCO TEÓRICO | 4 |
| ▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| ▪ JUSTIFICACIÓN | 11 |
| ▪ HIPÓTESIS | 12 |
| ▪ OBJETIVOS | 12 |
| ○ Objetivo General | 12 |
| ○ Objetivos Específicos | 12 |
| ▪ MATERIAL Y MÉTODOS | 13 |
| ○ Tipo de diseño | 13 |
| ○ Población | 13 |
| ○ Variables y escalas de medición | 14 |
| ○ Tamaño de la muestra | 17 |
| ○ Procedimiento | 18 |
| ○ Análisis estadístico | 19 |
| ▪ CONSIDERACIONES ÉTICAS | 19 |
| ▪ RESULTADOS | 20 |
| ▪ DISCUSIÓN | 23 |
| ▪ REFERENCIAS | 27 |
| ▪ ANEXOS | 31 |

INTRODUCCIÓN.

Las Guías de Práctica Clínica constituyen un conjunto de recomendaciones que se elaboran con base en los últimos avances o en la información más reciente que ha permitido la investigación sobre la enfermedad que se trate, por lo tanto, su finalidad es mantener al profesional de la salud actualizado así como facilitar sus decisiones diagnósticas y terapéuticas.

El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un conjunto de síntomas cuyos inicios se presentan en la infancia sin embargo, su curso es crónico por lo que puede continuarse en la adolescencia o incluso en la edad adulta. Su tratamiento resulta de suma importancia pues de no ser diagnosticado y tratado oportunamente puede derivar en disfuncionalidad de los pacientes en el ámbito escolar, laboral, familiar y/o social.

Debido a la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno del TDAH, surgen las guías de práctica clínica ante la necesidad de unificar los criterios diagnósticos y ofrecer el mejor tratamiento con base en la evidencia clínica. Así el clínico tendrá acceso a la información más reciente del TDAH, lo cual le permitirá establecer un diagnóstico oportuno y por ende un tratamiento adecuado, con la finalidad de favorecer el pronóstico y evitar la presencia de comorbilidades.

A pesar de la existencia de diversas guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento del TDAH, los clínicos encargados de su manejo siguen de forma mínima las recomendaciones que en ellas se presentan debido a diversos motivos, tales como el desconocimiento de las guías, ya sea por no saber que están elaboradas y al alcance de ellos o bien porque en ocasiones dichas guías no son del todo claras.

Por lo anterior resulta importante la valoración del apego a la guía para el TDAH, la cual fue realizada en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y se ha encontrado accesible para todos los psiquiatras desde el año 2010, lo cual permitiría una mejoría en la atención de los pacientes.

MARCO TEÓRICO

El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una enfermedad crónica, cuyos inicios se observan en la infancia y en la mayoría de los casos continúa durante la adolescencia y la vida adulta ⁶, esto es en aproximadamente el 60% de los casos ³³, su origen es biológico sin embargo también participan en su expresión diversos elementos psicosociales ⁵. Su sintomatología característica gira en torno a la inatención, hiperactividad e impulsividad, las cuales producen un deterioro a nivel del funcionamiento familiar, escolar, laboral y social ⁶.

La prevalencia del TDAH a nivel mundial es alta, a través de estudios epidemiológicos se ha calculado entre 3 a 5% ²³, siendo el grupo de 6 a 9 años el que ha presentado la mayor prevalencia con 8% ⁶. En Latinoamérica se encuentran afectados aproximadamente 36 millones de personas ³. Este trastorno constituye la principal causa de solicitud de atención psiquiátrica en la población infantil de nuestro medio y se ha observado un incremento en su diagnóstico en los servicios de salud mental, actualmente se ha calculado en un 31% ³³. Existe un predominio del trastorno en el sexo masculino, en proporción de 3-1 a favor de los varones ⁶.

Cuando los pacientes con TDAH no reciben el tratamiento adecuado de forma oportuna se puede presentar un incremento en la posibilidad de presentar accidentes, o bien surge la presencia de complicaciones como el bajo rendimiento escolar o problemas de autoestima. Así mismo lo anterior se podría asociar con el consumo de sustancias, incluso se relaciona con inestabilidad laboral y fracaso en las relaciones de pareja ⁵.

Alrededor del mundo se ha calculado que existe una prevalencia del TDAH de 5.29% ²⁷, aunque en algunas regiones se reporta una prevalencia más alta, tal es el caso de África con un 8.5% y Sudamérica con 11.8%, específicamente en algunos países como Estados Unidos la prevalencia se ha calculado en 5.5% al 9.3% en niños y adolescentes de 4 a 17 años de los cuales sólo el 4.3% de ellos reciben tratamiento ^{7, 25}; por otra parte en Francia se ha reportado una prevalencia del 3.5% al 5.6%, y de ellos el 3.5% reciben tratamiento ¹⁴.

En México se estima que 1.8 millones de niños y adolescentes podrían tener el diagnóstico de TDAH²⁹. Este trastorno constituye la primera causa de búsqueda de atención psiquiátrica en nuestra población infantil³³, así mismo, se ha calculado que aproximadamente el 30% de los pacientes que acuden a consulta de primera vez en atención psiquiátrica infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad²³.

En la ciudad de México se calculó la prevalencia de dicho trastorno siendo del 3.8% al 9.7%, lo anterior dependiendo del subtipo específico así como de la gravedad del trastorno⁴. Cabe hacer mención que en México no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia de dicho trastorno, sin embargo el Hospital Psiquiátrico Infantil al ser la unidad de referencia por excelencia en atención psiquiátrica en niños y adolescentes, en el año 2007, obtuvo una prevalencia en la atención de pacientes con TDAH de 29.87%²⁸.

A pesar de que los pacientes con TDAH constituyen un poco más del 50% de la población en atención psiquiátrica infantil, sólo la mitad de ellos son atendidos por un especialista en salud mental, lo anterior de acuerdo a lo reportado en Estados Unidos¹⁵. En Latinoamérica únicamente el 7% de los pacientes con TDAH cuentan con un tratamiento farmacológico adecuado y apenas un 23% reciben apoyo terapéutico⁵. Lo anterior se explica por una parte debido al poco personal de ésta área de la salud¹⁵ por lo que estos niños son evaluados por médicos de primer nivel como los médicos familiares o en su defecto por pediatras, quienes muestran diferencias en el método diagnóstico y el tratamiento recomendado². Aunado a lo anterior dichos facultativos tienen poca preparación al respecto lo cual se ha observado desde su formación al carecer de una rotación por psiquiatría, además de que emplean con dificultad los sistemas de clasificación. Así en un estudio realizado en más de 400 clínicos, se observó que sólo el 40% de ellos utiliza los criterios de DSM IV para el diagnóstico de TDAH, sin embargo no obtenían información adicional sobre el cuadro clínico a través de un segundo informante, lo anterior a pesar de estar sugerido en algunas de las guías de tratamiento para dicho trastorno¹⁵.

En un estudio realizado por Leslie y colaboradores mostró que los médicos de primer nivel se encontraron con dificultad al momento de decidir con quién derivar a los pacientes con sospecha de TDAH, pues no sabían con qué médico especialista tenían que derivarlos. A lo

anterior se suma que dichos facultativos no cuentan con los conocimientos suficientes para la prescripción de estimulantes ni para su titulación de acuerdo a lo recomendado por las guías ¹⁵, o bien desconocen la existencia de formulaciones de acción prolongada que se administran una sola vez al día y que además han demostrado una mayor efectividad ⁸.

Así Fogelman y Kahan en el 2007, realizaron un estudio por medio de un panel de expertos en el tema de TDAH, donde concluyeron que las diferencias entre los sistemas diagnósticos, es decir entre el DSM IV y el CIE 10, pueden tener como consecuencia un infra diagnóstico o un sobre diagnóstico de dicho trastorno y por ende variaciones en el tratamiento del mismo, los expertos además concluyeron que los especialistas encargados tanto del diagnóstico como el tratamiento del TDAH deberían apegarse a las guías clínicas existentes a fin de evitar variaciones en el diagnóstico y/o tratamiento ⁸.

Por lo tanto, la gran variabilidad en el diagnóstico y por ende en el tratamiento es debido a las diferentes metodologías con las cuales se realizan las mismas, aunado a lo anterior persiste la diferencia en los sistemas de clasificación que se emplea, pues en países occidentales la clasificación empleada es el DSM IV en tanto que en países europeos la clasificación es la correspondiente a la Organización Mundial de la Salud (CIE 10) ²⁷.

Las guías de práctica clínica (GPC) surgieron como respuesta de los sistemas de salud ante los problemas que representaban la diversidad de la práctica clínica, sus altos costos y la variabilidad en los resultados. De esta forma con la aparición de las guías se logra la reducción en dicha variabilidad y por ende mejora la atención en los pacientes ²¹. Además por medio de las guías se logra integrar la información más reciente que se obtiene a través de la investigación ⁹. Así las GPC no son reglas rígidas, sino fuentes de información para resolver dudas durante la práctica cotidiana. Existen diversos tipos de guías de acuerdo a su formación, aquellas que se realizan por la opinión de los expertos, por consenso o con base en la evidencia ¹⁷.

De esta forma las características de las guías de práctica clínica son ³²:

- Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica más reciente para el manejo de trastornos por los profesionales de la salud.

- Pueden ser el punto de referencia para establecer normas que permitan la evaluación de los profesionales de la salud.
- Contribuyen a la educación y formación de los profesionales de la salud.
- Mejoran la comunicación entre el paciente, su cuidador y los profesionales de la salud.
- Ayudan a identificar áreas prioritarias para futuras investigaciones.

La complejidad de las diversas guías alrededor del mundo es variable, sin embargo todas ellas intentan resolver el problema de salud pública de la localidad donde surgieron, por lo que difícilmente se podrían aplicar en países diferentes de donde se elaboraron. Por lo anterior, la falta de guías propias obliga a intentar adoptar aquellas realizadas en otros países, lo cual sólo sería posible si el sistema de salud fuese el mismo. Por otra parte algunas de dichas guías no se han revisado con la periodicidad prevista por lo que sus referencias bibliográficas no son recientes. Algunas de las guías internacionales para el TDAH se muestran en la tabla 1, siendo las más importantes la guía NICE y AACAP ¹⁸.

Tabla 1. PRINCIPALES GUÍAS INTERNACIONALES

| GUÍA | AÑO | PAÍS |
|-------------|------------|----------------|
| SING | 2009 | Reino Unido |
| NICE | 2008 | Reino Unido |
| NICE TA 98 | 2006 | Reino Unido |
| BPS | 2000 | Reino Unido |
| RACP | 2009 | Australia |
| CADDRA | 2007-08 | Canadá |
| BAP | 2007 | Reino Unido |
| UMHS | 2005 | Estados Unidos |
| CCHMC | 2004 | Estados Unidos |
| EUNETHYDIS | 2004 | Europa |

Tabla 1. CONTINUACIÓN...

| GUÍA | AÑO | PAÍS |
|-------------------|------------|----------------|
| AAP | 2000-01 | Estados Unidos |
| AACAP | 2007 | Estados Unidos |
| Texas | 2006 | Estados Unidos |
| ICSI | 2010 | Estados Unidos |
| Sentara B. Health | 2006 | Estados Unidos |
| SHP Wisconsin | 2007 | Estados Unidos |
| PHP Albuquerque | 2007 | Estados Unidos |
| NASP (DuPaul) | 2004 | Estados Unidos |

Nota: Fuente: Montañés F, Gastaminza X, Catalá M, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro P, Herreros H, et al. Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2010 (p. 634).

En México se cuenta con diversas GPC para el diagnóstico y tratamiento del TDAH, entre las cuales cabe destacar la creada en el Instituto Nacional de Psiquiatría y la de Secretaría de Salud, sin embargo a pesar de que fueron realizadas especialmente para la población mexicana, sus lineamientos de manejo difieren pues en el tratamiento algunas de ellas establecen tanto las anfetaminas como los estimulantes como primera línea de tratamiento mientras que en otras sólo son los estimulantes, además de que en nuestro país sólo los estimulantes se encuentran disponibles ^{3,33}.

Por tal motivo, el personal médico en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN) en México, se dio a la tarea de desarrollar una Guía Clínica para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad la cual se encuentra disponible a partir de diciembre del año 2010, con la finalidad de unificar los criterios para la mejora en la atención ²⁸.

El propósito de dicha guía es dar a conocer al personal de salud, ya sea médicos generales, pediatras, psiquiatras, psiquiatras infantiles, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, o de otra índole relacionados a la salud, que se encuentren laborando en primer, segundo o tercer nivel de atención, las características sobresalientes del trastorno acerca de

sus sintomatología, etiología, comorbilidad, prevalencia, diagnóstico, tratamiento y su evolución, de manera que tengan la capacidad de diagnosticar a los pacientes con dicho trastorno y brindarle el tratamiento oportuno y con ello evitar las complicaciones del mismo, y de esta forma lograr un manejo homogéneo de los pacientes usuarios al HPIJNN ²⁸.

La guía está compuesta por información actualizada a cerca de la epidemiología del trastorno, así como de su etiología, fisiopatología, características clínicas, su evolución, diagnóstico y comorbilidad. Así mismo tiempo ofrece las pautas a seguir para un manejo integral de los pacientes, divididos por edades, es decir en preescolares, escolares y adolescentes. En lo que se refiere al tratamiento farmacológico, específicamente en el grupo de adolescentes, este se basó en el primer consenso latinoamericano sobre TDAH, donde se establecen 6 etapas dentro de las cuales se dosifica el medicamento o bien en caso de no haber resultados durante un tiempo determinado se brindan otras opciones de tratamiento que han demostrado eficacia en el manejo del TDAH ²⁸.

Así mismo ofrece una serie de características para el manejo del TDAH a través de los diferentes tipos de atención (desde primer hasta tercer nivel) dando las características necesarias para su valoración y tratamiento en cada uno de ellos ²⁸.

Se han realizado diversos estudios, sobresaliendo aquellos realizados en Estados Unidos, donde se ha observado que aproximadamente del 30% al 40% de los pacientes que se encuentran en tratamiento farmacológico para el TDAH no reciben el manejo tal como está indicado en las GPC ¹¹.

En un estudio realizado por Vreeman y colaboradores en médicos pediatras a cerca del cumplimiento de las guías clínicas para diagnóstico y tratamiento del TDAH recomendadas por la Asociación Americana de Pediatría se encontró que sólo el 12% de la muestra llevó a cabo las directrices indicadas en dicha guía, así mismo sólo el 12% de los pacientes diagnosticados con TDAH cumplieron con los criterios establecidos por el DSM IV, el 67% de ellos recibió como tratamiento un estimulante sin embargo de ellos sólo el 51% se administró de acuerdo a lo indicado en la guía ³⁵. No obstante Wasserman y colaboradores realizaron un estudio a través del cual observó que de los niños que acudían a consulta por problemas de

atención a sólo el 37% les aplicaron instrumentos para validar o descartar tal sintomatología y sólo el 38% emplearon los criterios diagnósticos de TDAH del DSM IV, lo anterior contribuye a la variabilidad en los diagnósticos y por consecuencia del tratamiento ²².

Los estudios sobre el conocimiento y apego a las Guías Clínicas de tratamiento del TDAH han mostrado variaciones entre los médicos de diferentes especialidades, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. CONOCIMIENTO Y APEGO A LAS GPC DEL TDAH

| ESTUDIO | MEDICOS | CONOCIMIENTO DE GUÍA | APLICACIÓN DE LA GUÍA |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Healy y cols, 2004 | Psiquiatras | 69% | 0% |
| Rushton y cols, 2004 | Pediatras | 91.5% | 78.1% |
| Rushton y cols, 2004 | Médico familiar | 59.8% | 39% |
| Lanham y cols, 2006 | Residentes de Medicina Familiar | 22% | 12.9% |

Nota: Fuente: Healy D, Goldman M, Florence T, Milner K. A survey of Psychiatrist's Attitudes Toward Treatment Guidelines. *Community Mental Health Journal* 2004 (p. 178). Morley C. The effects of patient characteristics on ADHD diagnosis and treatment: a factorial study of family physicians. *BMC Family Practice* 2010 (p. 5).

Estos autores finalmente encontraron que los psiquiatras otorgaban el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a su experiencia clínica, en tanto que 34.9% de los pediatras y 14.3% de los médicos familiares lo hacían respecto a lo sugerido por las GPC. También se observó que 70% de los médicos residentes de medicina familiar, diagnosticaban y trataban de acuerdo al comportamiento del paciente en la consulta, incluso el 53% de ellos utilizaban la respuesta a los estimulantes como prueba diagnóstica ^{12, 20}. A pesar de lo anterior se ha señalado que los pacientes con TDAH cuyo tratamiento este basado en alguna de las guías existentes han presentado una mayor mejoría y menor riesgo de polifarmacia ²⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la importancia del manejo oportuno del TDAH descrita previamente, y que esta se base en la evidencia científica que ha mostrado eficacia para el mismo, se plantea la siguiente pregunta: En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, ¿con qué frecuencia los médicos psiquiatras infantiles y residentes de la misma especialidad cumplen los lineamientos indicados en la guía clínica para el TDAH que fue elaborada en la misma unidad?

JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una enfermedad crónica que genera alteraciones en más de un ambiente del individuo, por lo que su identificación así como su evaluación y manejo temprano pueden contribuir a la modificación del desarrollo académico y psicosocial de los niños aunado a la prevención de comorbilidades ². Por lo anterior el tratamiento del TDAH ha demostrado ser benéfico tanto a mediano como a largo plazo lo cual repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes ³.

Así mismo también se ha observado que los médicos de diferentes especialidades que se encuentran brindando atención a los niños (médicos familiares, sub especialistas, psiquiatras y médicos no relacionados al área de la salud) varían ampliamente en la forma en la cual utilizan los criterios diagnósticos para el TDAH del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM IV) ².

Dadas las complicaciones psicológicas, sociales, académicas y económicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, resulta importante mejorar la calidad con la cual se lleva a cabo su diagnóstico y por ende su tratamiento; ya que de no realizar un adecuado manejo integral a los pacientes con este trastorno implica una disminución en la calidad de vida, así como problemas en autoestima e interpersonales generando así mayores riesgos para presentar en la vida futura de los pacientes comorbilidades lo cual nuevamente repercutirán en la calidad de vida de los mismos. Por lo cual las mejoras en la atención de los

pacientes con TDAH, lo cual incluye el adaptar la información reciente con evidencia de buenos resultados a la práctica clínica permitirá mejorar las intervenciones a nivel preventivo, diagnóstico y terapéutico.

HIPÓTESIS

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” el manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se realiza en base a lo indicado por la guía clínica para dicho trastorno elaborada en la misma unidad.

OBJETIVOS

a) Objetivo General

Determinar la frecuencia con la cual el TDAH se maneja de acuerdo a lo indicado en la guía clínica para el TDAH del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

b) Objetivos Específicos

Determinar el porcentaje de apego al procedimiento diagnóstico indicado en la guía para TDAH del HPIJNN

Determinar el porcentaje de apego a las recomendaciones de tratamiento indicadas en la guía para TDAH del HPIJNN

Determinar el porcentaje de apego a los lineamientos para envío de pacientes a segundo nivel indicados en la guía para TDAH del HPIJNN

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrolectivo y homodémico

POBLACIÓN

Se consultó los expedientes de los pacientes con diagnóstico de TDAH que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de enero 2011 a diciembre 2012, con los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes de cualquier sexo

Expedientes de los pacientes con edades de 4 a 18 años de edad

Expedientes de los pacientes que recibieron por primera vez el diagnóstico de TDAH.

b) Criterios de exclusión

Expedientes de los pacientes que tras haber recibido diagnóstico de TDAH por primera ocasión no hubieran regresado a consultas de seguimiento.

c) Criterios de eliminación

Aquellos expedientes que no contaron con información completa.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLES:

Todas las variables clínicas se valorarán de acuerdo a los lineamientos indicados en la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 1), debiendo estar consignada dicha información en el expediente clínico.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICIÓN | VALOR |
|----------|---|--------------------|-------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento | Cuantitativa | Años |
| Sexo | Diferencias físicas y constitutivas del hombre y la mujer | Nominal | Femenino=0, masculino=1 |

VARIABLES CLÍNICAS

| | | | |
|---|--|---------|---|
| Diagnóstico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | Criterios clínicos necesarios para realizar el diagnóstico de TDAH | Nominal | Se asignó valor de 1 si los criterios diagnósticos del paciente se mencionaban en el expediente. |
| Herramientas apoyo al diagnóstico | Herramientas empleadas para hacer una valoración adicional al paciente | Nominal | Se otorgó valor de 1 si en el expediente se justificaba su utilización o si no se solicitaban. |
| Trastornos comórbidos | Trastornos psiquiátricos coexistentes con el TDAH | Nominal | Se asignó valor de 1 si en el expediente constaban los criterios diagnósticos para algún trastorno comórbido o si no se mencionaba tener comorbilidad |

VARIABLES CLÍNICAS (Continuación)

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICIÓN | VALOR |
|---------------------------|---|---------------------------|--|
| Psicoeducación | Educación o información que se ofrece a los pacientes y familiares sobre un trastorno psiquiátrico | Nominal | Se dio valor de 1 si en el expediente se mencionó que se otorgó psicoeducación a los familiares y/ paciente. |
| Uso de escalas | Instrumentos empleados para evaluación de síntomas de TDAH | Nominal | Se asignó valor de 1 si en el expediente se refirió el uso de escalas (Cuestionario para maestros, SNAP IV, Conners) para apoyo diagnóstico. |
| Tratamiento farmacológico | Tratamiento farmacológico empleado para control de síntomas del TDAH | Nominal | Se concedió valor de 1 si en el expediente se refería el uso del medicamento de acuerdo a los lineamientos de la guía. |
| Dosis | Cantidad de medicamento indicado por el médico para tratamiento de TDAH | Nominal | Se otorgó valor de 1 si en el expediente se había consignado el uso de la dosis por peso de acuerdo a lo sugerido en la guía. |
| Entrenamiento a padres | Curso especializado dirigido a los padres de pacientes con diagnóstico de TDAH sobre el trastorno y aplicación de límites | Nominal | Se dio valor de 1 si en el expediente se refirió haber enviado a los padres al curso especializado. |

VARIABLES CLÍNICAS (Continuación)

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICIÓN | VALOR |
|---|--|---------------------------|---|
| Servicios de apoyo | Servicios que apoyan por medio de valoración y tratamiento a disminuir síntomas adyacentes al TDAH | Nominal | Se consignó valor de 1 si en el expediente se justificó el envío a cualquier servicio de apoyo, o si no se refería haber sido necesario su envío. |
| Referencia | Envío del paciente a otras unidades | Nominal | Se asignó valor de 1 si en el expediente hubiera constado la referencia del paciente a segundo nivel o si no se mencionaba la necesidad de referencia de acuerdo a los lineamientos de la guía. |
| Referencia a la guía de TDAH del HPIJNN | Nota por medio de la cual se hace constar que el manejo del TDAH se hizo en base a la guía para el TDAH del HPIJNN | Nominal | Se dio valor de 1 si en el expediente se anotó que el manejo y tratamiento del paciente se basaba en la guía para TDAH del HPIJNN. |

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos, en el cual se desglosó cada lineamiento necesario para realizar adecuadamente el diagnóstico y tratamiento del TDAH con base en lo señalado por la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad desarrollada en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Por medio de dicho formato, se recabó la información de cada uno de los lineamientos indicados en la Guía Clínica, valorando cada uno de ellos con un valor de 1 en caso de que se cumpla con lo indicado en la guía y en su defecto se le dará un valor de 0. (Anexo 2).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para la determinación del tamaño de la muestra para la estimación de proporciones, con un nivel de confianza 0.95 y margen de error de estimación 0.05:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

Donde,

N= población

z= 1.96

p= 0.5

q= 0.5

d= 0.5

En este estudio se utilizaron los siguientes datos:

Población 2011: 1043

Población 2012: 1153

Sustitución de datos:

$$n = \frac{1043 (1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1042) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \qquad \frac{1153 (1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1152) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{1001.28}{3.5654} \qquad \frac{1106.88}{3.8404}$$

n= 280 y 295 respectivamente

PROCEDIMIENTO

Se presentó el proyecto al Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, tras la aprobación por dicho comité se revisaron los expedientes de los pacientes de entre 4 a 18 años de edad, quienes habían acudido al servicio de urgencias de la misma unidad y habían recibido el diagnóstico por primera vez de TDAH, de enero 2011 a diciembre de 2012.

La selección de expediente se llevó a cabo por medio de las hojas de productividad proporcionadas por parte del servicio de Epidemiología de dicho Hospital, posterior a ello se contabilizó el total de pacientes, clasificando la población por edad en tres grupos preescolares, escolares y adolescentes, posteriormente se obtuvo el porcentaje que cada uno de ellos representaba del total de la población.

Una vez obtenido el total de porcentajes que conformaba la población total, se continuó con la obtención de la muestra representativa, donde se realizó un muestreo probabilístico estratificado, es decir la muestra representativa estaba conformada con los mismos porcentajes que la población total, donde cada cuarto expediente fue revisado, eliminando aquellos que no contaban con suficiente información, hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

Por medio del instrumento de recolección se recabó la información de cada uno de los puntos planteados en la GPC para el TDAH del HPIJNN, señalando si se llevó a cabo o no los pasos para el diagnóstico y tratamiento adecuado del TDAH de acuerdo a la guía. Se otorgó valor de 1 cuando se cumplió el lineamiento y 0 cuando no fuese así; lo anterior debía estar consignado dentro de la nota del expediente clínico. La recolección de la información se llevó a cabo dentro de las instalaciones del HPIJNN, se mantuvo en anonimato la información sobre los pacientes así como del médico quien hubiera otorgado la atención.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos en formato de Microsoft Excel y PASW, posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo, determinándose el porcentaje de apego a cada uno de los indicadores tanto en lo individual como en las

diferentes etapas de atención (diagnóstico y tratamiento).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó el programa estadístico PASW versión 18, se utilizó estadística descriptiva para la información obtenida expresada como frecuencias de distribución. Se empleó la prueba de chi cuadrada de tendencia lineal para comparar las proporciones en las variables cualitativas entre grupos de edad. El grado de apego a las guías se clasificó de acuerdo al número de lineamientos seguidos, donde de 0 a 3 se consideró insuficiente, 4 a 7 regular y 8 a 10 adecuado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

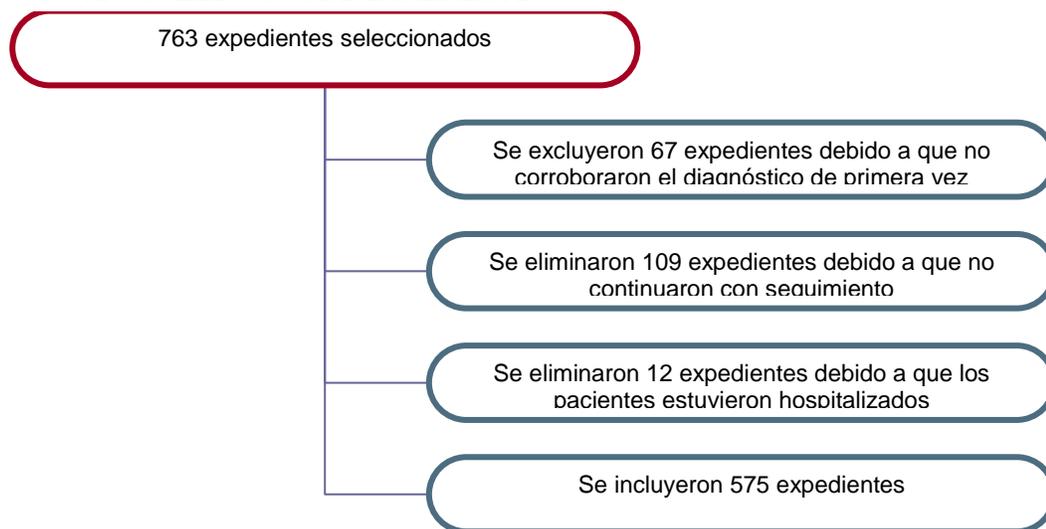
El estudio está catalogado como investigación sin riesgo. El presente estudio se apegó a los principios de investigación médica, establecidos en Helsinki, así como al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Así mismo, este estudio obtuvo aprobación por parte de los Comités de Investigación y de Ética del HPIJNN.

RESULTADOS

En el año 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se abrieron 3,323 expedientes en total, de los cuales 1,105 (33%) correspondieron a pacientes con TDAH, asimismo en el año 2012 se abrieron 3,207 expedientes de los que 1,205 (38%) fueron para pacientes con TDAH.

De los expedientes correspondientes al TDAH 575 fueron elegidos para ser examinados (uno de cada cuatro expedientes del total de 2310), en caso de que no contara con la información completa se seleccionó otro a revisar, así hasta completar la muestra final. La figura 1 muestra el proceso de eliminación de expedientes durante el seguimiento.

FIGURA 1. SELECCIÓN DE EXPEDIENTES



La edad promedio de los pacientes fue de 8.18 (± 3) años, la mayoría correspondía al grupo de escolares (58.8%) y pertenecía al sexo masculino (82.8%).

De acuerdo a la información obtenida en los expedientes se observó que sólo el 2.3% de ellos incluían al total de criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; en 6% de los casos se establecieron los criterios diagnósticos de los trastornos comórbidos y no se mencionó comorbilidad en 43.7%; las herramientas de apoyo diagnóstico se solicitaron de forma justificada o no se consideraron necesarias en 44.5%; en 26.6% se reportó que se brindó psicoeducación, el uso de escalas se observó en

35.5%, el 85.7% de las notas refirió el empleo de medicamentos de primera línea para el TDAH, no obstante sólo el 54.4% reportó el uso de la dosis indicada en la guía. Asimismo en el 33.6% se indicó que se refirieron a entrenamiento para padres y en el 78.8% de las notas se mostraba envío a servicios de apoyo de forma justificada o no se solicitaron dichos servicios. Se encontró que 56.3% de los pacientes no ameritaban la referencia a primer o segundo nivel de atención, ya sea porque tenían comorbilidad o pobre respuesta a tratamiento, del 43.7% restante sólo se refirió a un paciente a solicitud de sus padres. En ningún caso se mencionó que el proceso diagnóstico y terapéutico estuviera basado en la guía para el TDAH elaborada en la misma unidad.

Al dividir los expedientes de acuerdo al grupo de edad al que pertenecían los pacientes, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables. En general, los clínicos a cargo de los adolescentes se apegaban a un mayor número de lineamientos de las guías, mientras que los servicios a escolares tenían mayor apego al tratamiento multimodal (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias por grupo de edad

| VARIABLE | PREESCOLARES N= 124 (%) | ESCOLARES N= 338 (%) | ADOLESCENTES N= 113 (%) | χ^2 | <i>p</i> |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------|-----------------|
| Criterios Diagnósticos TDAH | 0 | 2.7 | 3.5 | 3.44 | NS |
| Empleo de herramientas de apoyo | 32.3 | 42.3 | 64.6 | 24.51 | 0.00 |
| Trastornos comórbidos | 66.1 | 43.5 | 53.1 | 4.57 | 0.03 |
| Psicoeducación | 12.1 | 25.4 | 46 | 34.41 | 0.00 |
| Uso de escalas | 36.6 | 40.8 | 18.6 | 7.72 | 0.005 |

Tabla 3. Continuación...

| VARIABLE | PREESCOLARES N= 124 (%) | ESCOLARES N= 338 (%) | ADOLESCENTES N= 113 (%) | χ^2 | <i>p</i> |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| Tratamiento farmacológico | 86.9 | 90.2 | 72.6 | 9.35 | 0.002 |
| Dosis | 70.5 | 61.4 | 15.9 | 68.23 | 0.00 |
| Entrenamiento a padres | 22.6 | 45.6 | 9.7 | 3.34 | NS |
| Empleo de servicios de apoyo | 71.8 | 79.9 | 83.2 | 4.71 | 0.03 |
| Referencia | 48.4 | 57.7 | 61.1 | 3.95 | 0.04 |

Al evaluar posibles diferencias de acuerdo al año examinado, se encontró que durante el 2011 los clínicos incluían en el expediente los criterios diagnósticos de los trastornos comórbidos con mayor frecuencia o bien no mencionaban comorbilidad (55.7% vs 45.1%, $\chi^2= 6.49$, $gl=1$, $p=0.01$). Asimismo en cuanto al entrenamiento de padres se observó que en 2012 se envió a dicho curso con una mayor frecuencia (27.5% vs 39.3%, $\chi^2= 9.00$, $gl=1$, $p=0.00$). Finalmente dentro de las diferencias por año se encontró que en 2012 se llevaron a cabo con más frecuencia referencias de acuerdo a los lineamientos indicados en la guía. (52.1% vs 60.3%, $\chi^2= 3.92$, $gl= 1$, $p=0.05$).

En cuanto al apego a los once lineamientos de la guía para el manejo y tratamiento del TDAH del HPIJNN (realización del diagnóstico, herramientas de apoyo diagnóstico, evaluación de comorbilidad, aplicación de psicoeducación, uso de escalas, tratamiento farmacológico, prescripción de dosis adecuada, entrenamiento a padres, envió a servicios de apoyo, referencia a segundo nivel, manejo y tratamiento basado en la guía), los expedientes mostraron un apego en promedio a 4.67 lineamientos, el 2% de los expedientes mostraron un apego adecuado, sin diferencias por grupo de edad.

DISCUSIÓN.

Dentro de las características de los expedientes revisados, los presentes resultados confirman que el TDAH es el trastorno más frecuente en los pacientes atendidos en esta institución, estas cifras (38%) son incluso mayores a las reportadas en estudios como el de Joffre y colaboradores, quienes investigaron la frecuencia del TDAH en la consulta de paidopsiquiatría por medio de expedientes clínicos, encontrando que era el trastorno más frecuente con una prevalencia del 26%.¹³, así como el estudio de Martínez y colaboradores donde la frecuencia de TDAH en la consulta fue del 31%¹⁶.

La mayoría de los expedientes correspondieron a pacientes del sexo masculino, es decir el 82.8%, lo anterior es similar a otros reportes en población clínica³⁴.

En cuanto al proceso diagnóstico, encontramos que sólo el 2.3% de los expedientes contaba con los criterios necesarios para el establecimiento del diagnóstico de TDAH, quedando por debajo de estudios como el de Vreeman y colaboradores donde encontraron que el 12% de su muestra cumplían criterios diagnósticos del TDAH³⁵, la importancia de seguir los lineamientos se demostró en el estudio de Olson, donde el diagnóstico correcto aumento del 4% al 82% cuando se realizaba conforme a una guía clínica²², de igual forma Polaha y colaboradores reportaron que tras implementar el entrenamiento a médicos generales, éstos aumentaron el empleo del uso de los criterios del DSM IV de 3% al 93%²⁶.

En lo que respecta al uso de escalas, en nuestro estudio encontramos que el 35.5% reportó su utilización, de los cuales casi en su totalidad el instrumento empleado fue el cuestionario para maestros elaborado en la misma institución. Se ha establecido que el empleo de instrumentos puede ayudar al diagnóstico, como lo muestra el estudio elaborado por Alda y Serrano quienes compararon el diagnóstico de forma clínica y el elaborado mediante el instrumento SNAP IV encontrando que existía una buena concordancia entre ambas con un índice de kappa: 0.64¹. Lo anterior nos permite observar que el uso de dichos instrumentos permitiría al médico descartar aquellos pacientes que muy probablemente no tengan el diagnóstico de TDAH. Por otro lado, el uso de la escala permite identificar los síntomas más frecuentes y severos de cada paciente y determinar aquellos que deben modificarse con el

tratamiento.

Los criterios diagnósticos de los trastornos comórbidos a menudo no fueron especificados, resultado en una frecuencia muy por debajo de la reportada en la literatura (6%), ya que se ha mencionado que los pacientes con TDAH presentan comorbilidad alta con trastornos de conducta (33-77%), trastornos de ansiedad (25%) y trastornos afectivos (3-75%). Esto indica la necesidad de contar con un instrumento estructurado que permita la búsqueda y diagnóstico de la comorbilidad en los pacientes ³⁰.

En lo que corresponde a la solicitud justificada de herramientas de apoyo diagnóstico, en nuestro estudio encontramos que en 55% de los casos se solicitaron estudios de laboratorio y gabinete sin justificación. Lo anterior se relaciona con lo publicado en la literatura donde se ha reportado el uso innecesario de estudios de laboratorio en la población abierta, incluso en un estudio realizado por Weydert y colaboradores, cuyo propósito era investigar si la solicitud de exámenes de laboratorio dentro de un hospital general se realizaba de forma justificada, se encontró que ninguna de las 160 solicitudes examinadas incluía una justificación para su realización ³⁶; se ha observado la misma situación con los estudios de electroencefalograma (EEG), dado que dicho estudio resulta útil en el caso de epilepsia y poco útil en otras entidades, ya que se ha reportado que hasta 79% de los EEG realizados a niños con psicopatología son normales ³¹. Si bien podría argumentarse que el solicitar estudios de laboratorio ayuda a tener información sobre el estado general de salud de los pacientes, esta práctica no parece justificada y por el contrario, implicaría un uso inadecuado de los recursos de salud. Aunado a lo anterior, debido a que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia, y por lo tanto ha existido una gran investigación al respecto, se han establecido lineamientos con base en la evidencia clínica, que indican que si bien existen alteraciones médicas que pueden simular los síntomas de TDAH, como el hipertiroidismo, únicamente se deberán solicitar estudios de laboratorio cuando existan síntomas de otras enfermedades que pudieran encontrarse relacionadas con el TDAH y no como evaluación de rutina ²⁵.

En lo que se refiere a la psicoeducación, en nuestro estudio encontramos que sólo el 26.6% la recibió, y que su uso estaba asociado a mayor edad de los pacientes, es probable que el

proceso psicoeducativo se facilite porque los pacientes adolescentes están más interesados que los escolares en recibir información acerca de su enfermedad. La importancia de dicha técnica ha sido ampliamente descrita en la literatura, tal como lo hacen Montoya y colaboradores quienes hicieron una revisión de la literatura durante 20 años encontrando que ésta mejora el conocimiento del trastorno, la satisfacción de los niños con el uso de fármacos, la conducta de los padres frente al tratamiento y el apego al mismo ¹⁹. Dentro de los resultados cabe señalar al entrenamiento para padres, lo cual en nuestro estudio se reportó en el 33.6%, lo que resulta muy similar en lo reportado por psicoeducación, pues es otra herramienta cuyo empleo ha mostrado eficacia sobre algunos síntomas de los pacientes con TDAH al mejorar su conducta, así como disminuye el estrés de los padres y aumenta su confianza en el tratamiento ³⁷. En nuestro estudio la aplicación de ésta técnica muestra un patrón inverso, es decir se observa con menor frecuencia en los adolescentes en comparación con los escolares; aunque la efectividad de la misma es igual en ambos grupos de edad ³⁷ es importante adecuar su contenido a la edad de los pacientes que se tratan.

En lo que respecta al tratamiento, en nuestro estudio encontramos que en el 85.7% de los pacientes se emplearon los medicamentos de primera línea, es decir metilfenidato o atomoxetina, para el tratamiento del TDAH sin embargo sólo en 54.4% se prescribió la dosis adecuada, mostrando una relación inversa con la edad de los pacientes. Lo anterior queda debajo de lo reportado en la literatura como es el caso del estudio de Vreeman y colaboradores donde el 100% de su muestra había recibido estimulantes como tratamiento de elección para el TDAH en una dosis promedio de 0.72mg/kg/d ³⁵. La dosis efectiva para la disminución de la sintomatología del TDAH ha sido calculada a razón de $0.7 \pm 0.4\text{mg/Kg/d}$ ¹⁰.

En general, en nuestro estudio encontramos que el apego a los lineamientos de la guía se puede considerar regular, el apego adecuado es menor al 5% reportado en la literatura ³⁵.

Los presentes resultados deben examinarse tomando en cuenta que la información obtenida directamente de las notas de los expedientes puede ser limitada, debido a diversas razones entre ellas que los médicos cuentan con tiempo escaso para valorar a los pacientes lo cual podría llevarlos a no incluir toda la información necesaria en el expediente a pesar de realizar

dichas actividades con el paciente.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de realizar cambios en el abordaje del paciente con TDAH en nuestro hospital, ya que al ser el primer Hospital Psiquiátrico Infantil debería marcar la pauta para el correcto manejo y tratamiento de las psicopatología en la infancia y adolescencia por lo cual el manejo de los pacientes debería ser uniforme, por lo que los médicos deberían apegarse a los lineamientos de la guía del TDAH, emplear instrumentos de tamizaje para el diagnóstico a fin de reforzar el diagnóstico o bien ayudar a distinguir aquellos pacientes con síntomas de los que no tienen, el uso de instrumentos semiestructurados para la búsqueda de comorbilidad así como referir a los pacientes que no requieran un manejo en tercer nivel, lo cual disminuiría la carga de trabajo de los médicos permitiendo un mayor tiempo en la consulta y por ende mayor tiempo para la consignación de la información en el expediente. Finalmente valdría la pena evaluar de forma periódica el uso de la guía por parte de los médicos aunado a la evaluación de la misma guía ya que ésta deberá estar a la par de los nuevos conocimientos surgidos de la investigación.

En conclusión, la frecuencia con la cual se maneja el TDAH en el HPIJNN de acuerdo a los lineamientos indicados en la guía de la misma unidad es del 2%, con respecto al apego del procedimiento diagnóstico de la misma guía es del 2.3%, en tanto que la frecuencia con la cual se siguen las recomendaciones de tratamiento es del 85.7% para la indicación de medicamentos de primer línea y 54.4% para la dosis del mismo. Finalmente la frecuencia de apego a los lineamientos para el envío de pacientes a segundo nivel de acuerdo con la guía fue del 43.7%.

REFERENCIAS

1. Alda J, Serrano E. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: concordancia entre la impresión clínica y el cuestionario de cribado SNAP IV. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (2): 76-83.
2. American Academy of Pediatrics. Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105:1158-1170.
3. Barragán E, De la Peña F, Ortiz S, Ruiz M, Hernández J, Palacios L, Suárez A. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 326-343.
4. Caraveo JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescente: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007, 30 (1): 48-55.
5. De la Peña F, Palacios JD, Barragán E. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev Cienc Salud* 2010; 8(1): 95-100.
6. De la Peña F. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43 (6): 243-244.
7. Doshi J, Hodkins P, Kahle J, Sikirica V, Cangelosi MJ, Setyawan J, et al. Economic Impact of Childhood and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 2012; 1-13.
8. Fogelman Y, Kahan E. Common Dilemmas in the Diagnosis and Treatment of ADHD. Expert' Opinions for the Improvement of Practice Management in the Outpatient Setting. *Arch Med Fam* 2007; 9 (1): 41-48.
9. García M. Guías de práctica Clínica en la Asistencia Médica Diaria. Univ Malaga 2003; 1: 1-204.
10. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J. Efficacy and Safety of Immediate-Release Methylphenidate Treatment for Preschoolers With ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 2005; 45 (11): 1284-1293.
11. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-1230.
12. Healy D, Goldman M, Florence T, Milner K. A survey of Psychiatrist's Attitudes Toward

- Treatment Guidelines. *Community Mental Health Journal* 2004; 40 (2): 177-184.
13. Joffre VM, García G, Matínez G. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos atendidos en un hospital psiquiátrico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 153-160.
 14. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord* 2011; 16 (6): 516-524
 15. Leslie L, Weckerly J, Plemmons D, Landsverk J, Eastman S. Implementing the American Academy of Pediatrics Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnostic Guidelines in Primary Care Settings. *Pediatrics* 2004; 114 (1): 129-140.
 16. Martínez A, Moreno DM, Soler B. Evaluación del diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad en España mediante la técnica Achievable Benchmarks of Care (ABC). *Rev. Neurol* 2008; 47(9): 451-456.
 17. Mellman T, Miller A, Weissman E, Crismon ML, Essock S, Marder S. Evidence-Based Pharmacologic Treatment for people With Severe Mental Illness: A focus on Guidelines and Algorithms. *Psychiatric evidences* 2001; 52 (5): 619-625.
 18. Montañés F, Gastaminza X, Catalá M, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro P, Herreros H, et al. Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2010; 51 (10): 633-637.
 19. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* 2011; 26 (3): 166-175.
 20. Morley C. The effects of patient characteristics on ADHD diagnosis and treatment: a factorial study of family physicians. *BMC Family Practice* 2010; 11 (11): 1-10.
 21. Morris A. Treatment algorithms and protocolized care. *Curr Opin Crit Care* 2003; 9: 236-240.
 22. Olson B, Rosenbaum P, Dosa N, Roizen N. Improving Guideline Adherence for the Diagnosis of ADHD in an Ambulatory Pediatric Setting. *Ambulatory Pediatrics* 2005; 5: 138-142.
 23. Palacios-Cruz L, De la Peña F, Valderrama A, Patiño R, Calle SP, Ulloa RE. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2011; 34: 149-155.

24. Pliszka S, Crismon L, Hughes C, Conners K, Emslie G, Jensen P, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45 (6): 642-656.
25. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2007; 46 (7): 894-921.
26. Polaha J, Cooper S, Meadows T, Kratochvil C. *Pediatrics* 2005; 115(2): 120-126.
27. Polanczyk G, Silva M, Lessa B, Biederman J, Rohde LA. The worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (6): 942-948.
28. Poza MP, Valenzuela MV, Becerra D. Guía 1: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En: Ulloa RE, Fernández C, Gómez HD, Ramírez J, Reséndiz JC, editores. Guías Clínicas Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2010. p. 3-25.
29. Ruiz M, Saucedo JM. Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. 1ª ed. México: Alfil; 2012.
30. Shur S, Chang H, Yung C, Tsuen W, Wu Y, Ying L, Nan Y. Psychiatric comorbidity among children and adolescents with and without persistent attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 135-143.
31. Suastegui RA, Garza S, Espinosa R, Perez M, Aveleyra E. Utilidad y costo del electroencefalograma. Experiencia de 1000 casos en un hospital de tercer nivel en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 171-180.
32. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009.
33. Ulloa RE, Arroyo E, Ávila JM, Cárdenas JA, Cruz E, Gómez D, et al. Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental* 2005; 28 (5): 1-10.
34. Valdizan JR. Metilfenidato en niños y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad: estudio DIHANA. *Acta Pediatr Esp* 2013; 71 (3): 67-76.

35. Vreeman R, Madsen K, Vreeman D, Carroll A, Downs S. Compliance with guidelines for ADHD: a pilot study of an evaluation tool. *The Journal of Pediatrics* 2006; 149: 568-571.
36. Weydert J, Nobbs N, Feld R, Kemp J. A Simple, Focused, Computerized Query to Detect Overutilization of Laboratory Tests. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129: 1141-1143.
37. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis J. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;12, Art. No.: CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Folio: _____

Nombre: _____

Expediente: _____

Edad del paciente: _____ (años)

Sexo: Femenino: _____

Masculino: _____

| | INDICADOR | SI =1 | NO=0 |
|---|---|----------|------|
| 1 | <p>DIAGNÓSTICO TDAH</p> <p>Para el diagnóstico de <i>déficit de atención</i>: se requieren la presencia de 6 de los siguientes síntomas persistentes al menos 6 meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego 3. A menudo no aparenta escuchar lo que se le dice 4. Frecuente incapacidad para cumplir con las tareas escolares asignadas u otras omisiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originadas por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones) 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran esfuerzo mental mantenido 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas. <p>Para el diagnóstico de <i>hiperactividad</i> se requieren al menos 3 de los siguientes síntomas persistentes, durante al menos 6 meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud) 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas 5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. <p>Para el diagnóstico de <i>impulsividad</i> se requiere de al menos uno de los siguientes síntomas persistentes durante al menos 6 meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño: 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas; 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo; 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás; 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a los límites sociales. El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años (normalmente aparece en los primeros 5 años de vida). Los criterios deben de cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica, requiriendo información suministrada por varias fuentes. Los síntomas ocasionan un malestar clínicamente significativo una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. El trastorno no cumple criterios de un trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.</p> | | |
| 2 | <p>HERRAMIENTAS DE APOYO DIAGNÓSTICO</p> <p>Empleo de herramientas tales como solicitud de laboratorios, pruebas psicológicas, electroencefalograma de forma justificada.</p> | | |
| 3 | <p>TRASTORNOS COMÓRBIDOS</p> <p>Trastorno de conducta disocial, trastorno opositor desafiante, trastornos del aprendizaje, trastornos de lenguaje, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de Gilles de la Tourette, trastorno por uso de sustancias, otros</p> | | |
| 4 | <p>PSICOEDUCACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Entrenamiento a los padres, el cual deberá incluir técnicas asertivas en relación al manejo de sus hijos como establecimiento de límites, horarios, reforzamientos positivos, motivación, manejo de contingencias, ayudar al menor a desarrollar habilidades sociales. b) Facilitar atención y apoyo familiar a quien lo requiera o en aquellos casos donde se detecten problemas en el funcionamiento familiar. c) Otorgar información actualizada a los maestros que así lo soliciten. d) Otorgar información sobre el diagnóstico a padres y al paciente | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 5 | USO DE ESCALAS SNAP IV / Cuestionario para maestros | | |
| 6 | TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO <ul style="list-style-type: none"> • PRE-ESCOLARES <ul style="list-style-type: none"> 1ª línea: Metilfenidato 2ª línea: Atomoxetina / Imipramina 3ª línea: Clonidina • ESCOLARES <ul style="list-style-type: none"> 1ª línea: metilfenidato/atomoxetina Dosis: 1mg/Kg/d ó 1.2 a 1.5 mg/Kg/d Tiempo: 4 / 6 semanas 2ª línea: Imipramina / Clonidina / Modafinilo / Bupropión Dosis: 1 a 5mg/kg/d; 1 a 3mcg/Kg/d; 100 a 400mg/Kg/d; 3 a 6mg/Kg/d 3ª línea: Antipsicóticos atípicos (Olanzapina/risperidona) • ADOLESCENTES: <ul style="list-style-type: none"> 1ª línea: metilfenidato/atomoxetina Dosis: 1mg/Kg/d ó 1.5 mg/Kg/d 2ª línea: Bupropión / Modafinilo Dosis: 3 a 6mg/Kg/ en mayores de 35Kg: 150 a 300mg / 200 a 500mg /d 3ª línea: Imipramina / venlafaxina Dosis: 1 a 5mg/Kg/d / Iniciar con 37.5mg/d e incrementar hasta 150 a 300mg/d 4ª línea: Reboxetina 5ª línea: Clonidina Dosis: 3 a 6mcg/Kg/d hasta 4 a 5 mg/Kg/d | | |
| 7 | ENTRENAMIENTO A PADRES Envío de los padres al curso especializado sobre la etiología del TDAH, manejo de límites en casa. | | |
| 8 | SERVICIOS DE APOYO Lenguaje: Si existe problema de lenguaje Apoyo psicopedagógico: Si existe un trastorno del aprendizaje Psicomotricidad: Si existe problema de la coordinación motora Terapia física: Si existe discapacidad física Terapia ocupacional: Si existe gran dificultad en la adaptación a su ambiente familiar, escolar y social Terapia conductual: Si no respeta reglas, no obedece, arremete, etc Terapia cognitivo-conductual: Si existe asociado un trastorno depresivo y/o ansioso Terapia de socialización: Si existe gran dificultad para establecer relaciones con pares Terapia de juego: Si existe dificultad para respetar turnos, no sabe perder, no tolera la crítica, etc. Terapia psicodinámica: Si existen problemas emocionales, duelos no resueltos, baja auto-estima, etc. | | |
| 9 | REFERENCIA Segundo nivel: Tratamiento de TDAH sin trastornos comórbidos | | |
| 10 | MANEJO Y TRATAMIENTO BASADO EN LA GUÍA Especificación en el expediente sobre si el manejo y tratamiento del TDAH estuvo basado en la guía de la misma unidad. | | |



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/838/0113
Dictamen: Aprobación.

México, D.F., a 13 de Febrero de 2013

Dra. Liliana Arteaga Hernández
Presente

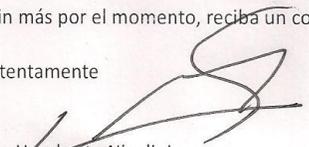
Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Evaluación del empleo de la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/01/0113 para obtener la diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, ha sido **Aprobado**.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dr. Humberto Nicolini
Presidente del Comité de Investigación

C.c.p Dra. Rosa Elena Ulloa Flores. Tutor HPIDJNN
Registro de productividad HPIDJNN
Archivo.



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/847/0213

Asunto: Dictamen transitorio de ética
México, D.F., a 19 de Febrero de 2013

Dra. Liliana Arteaga Hernández
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Evaluación del empleo de la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/01/0113, considerado **sin riesgo**, ya que solamente hará revisión de expedientes; **ha obtenido un dictamen transitorio aprobatorio de ética para su realización.**

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Dora Ma. Pérez Ordaz
Directora del Hospital Psiquiátrico Infantil
Dr. Juan N. Navarro



C.c.p Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo. Jefe de la División de Investigación HPIDJNN. Presente
Archivo.