

NORMAS TÉCNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERCINETICOS EN LA ATENCION PRIMARIA



MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE PROGRAMAS
Departamento de Salud de las Personas
Unidad de Salud mental

**NORMAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERCINETICOS
EN LA ATENCION PRIMARIA**
(F 90 / Trastorno por Déficit Atencional / Hiperactivo)

Aprobada por Resolución N° 1472 del 3 de octubre de 1997.

Serie MINSAL 01: Normas Técnicas y Administrativas S.M. N°1

1998

www.serviciodesaludaconcagua.cl

Ministerio de Salud, Chile
Unidad de Salud Mental
Mac Iver 541
Miraflores 590 Of.9
Fonos: 639 4001 anexo 775 639 5880 Fax: 638 2238

Ilustraciones portada: José Yz.

Revisión de Texto y Producción Editorial: Patricia Narváez

Diseño y Diagramación: Publiprom Ltda.
1998

INDICE

NORMAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERCINETICOS EN LA ATENCION PRIMARIA	5
I. ANTECEDENTES:	5
II. DIAGNOSTICO	8
1. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO F 90	8
2. EXPLORACION	10
3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	11
III. TRATAMIENTO	11
1. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	12
2. INTERVENCIONES EN EL NIÑO	13
IV. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO	17
V. ATENCIONES DE SALUD BASICAS EN NIÑOS CON TRASTORNOS HIPERCINETICOS	18

BIBLIOGRAFIA

AUTORES

NORMAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERCINETICOS EN LA ATENCION PRIMARIA

(F 90 / Trastorno por Déficit Atencional / Hiperactivo)

I. ANTECEDENTES:

Los trastornos de la actividad y la atención son frecuentes en pre-escolares y escolares. Afectan las condiciones para el aprendizaje y la conducta social del niño, especialmente en situaciones de mayor exigencia de autocontrol. Deterioran el rendimiento escolar y pueden generar problemas emocionales y conductuales. Habitualmente sobrepasan la capacidad de la escuela y de la familia para influir en la conducta del niño, favoreciendo altos niveles de frustración y ansiedad y aumentando el riesgo de maltrato.

Los niños normalmente pueden presentar, en forma transitoria, conducta hiperactiva durante períodos de adaptación, especialmente al sistema escolar, ya que no necesariamente están acostumbrados a acatar normas ni a mantener la atención en una tarea. Por otro lado, los síntomas ansioso - depresivos en el niño se acompañan con frecuencia de hiperactividad y dificultades de atención.

En estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos hipercinéticos, utilizando criterios DSM III-R, es de 3 a 5 %, pero se han encontrado prevalencias de hasta un 19%, en niños varones. Con criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la prevalencia es algo menor (1.7 %). En general, se estima que 1 a 2 de cada 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico por este trastorno. Existen variaciones geográficas de la prevalencia, relacionadas, al parecer, con diferencias regionales en los criterios diagnósticos utilizados, en las posibilidades de acceso a atención especializada, en las creencias y estilos de crianza, en las características del sistema educativo, así como en las expectativas de los adultos acerca del rendimiento y comportamiento infantil.

En Chile, la prevalencia de los trastornos hipercinéticos es alta. En una muestra de niños de 1º básico explorados por psiquiatra infantil, el 6.2% presentaban este trastorno. Constituyen el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquia-

tría y Salud Mental Infantil, lo que significa que deben dedicar la mayor parte de sus escasos recursos a la atención de estos trastornos. En los establecimientos de atención primaria es uno de los motivos de consulta de salud mental más frecuente en población menor de 15 años. En conjunto con la enuresis, dan cuenta de dos tercios de las consultas de salud mental en ese nivel.

Con la información científica disponible, es posible afirmar que en la mayoría de los casos, se trata de un trastorno con una base biológica (variaciones de la estructura anatómica cerebral, de neurotransmisores, hormona tiroidea, etc) determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente. Su relación con otros trastornos como el de Gilles de Tourette no es clara.

El diagnóstico es clínico. Algunos estudios funcionales cerebrales, como por ejemplo, E.E.G., Mapeo E.E.G., Potenciales Evocados y S.P.E.C.T. pueden ser de utilidad para los especialistas cuando el diagnóstico diferencial es difícil.

Algunos estudios recientes permiten comenzar a diferenciar lo que algunos autores han denominado un "trastorno primario de la vigilancia" como una entidad clínica diferente a los trastornos hipercinéticos, relacionada con el síndrome de disfunción hemisférica derecha del adulto.

Tan importante como la base biológica es la influencia de factores psicosociales del ambiente familiar y escolar del niño, los que pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para la mantención del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos. Algunos de estos factores son:

- Interacción conflictiva entre el temperamento del niño y los estilos de crianza de su familia o de la institución que lo tiene a su cargo
- Técnicas inadecuadas de crianza, de educación y de relación con el niño
- Permanencia del niño en espacios reducidos y con grandes exigencias de autocontrol
- Metodologías pedagógicas poco motivadoras, demasiado rígidas o desestructuradas
- Estrés y/o disfuncionalidad de la familia
- Altas expectativas de la familia y/o niño con capacidad intelectual limítrofe / trastorno del desarrollo o del aprendizaje
- Dificultades severas de acceso a actividades deportivas y de recreación

La modificación de estos factores psicosociales ha demostrado influir significativamente el pronóstico y requiere de un abordaje Intersectorial.

En otros países existe abundante experiencia y estudios que han demostrado la efectividad del tratamiento por médicos generales o pediatras de los casos más leves, que son los más frecuentes. En nuestro país existe experiencia satisfactoria, (aunque no evaluada en forma sistemática) en el tratamiento de estos trastornos en establecimientos de atención primaria, con acceso a capacitación y asesoría regular de profesionales de la salud mental.

Los principios básicos que deben ser considerados para la atención de estos trastornos en los Servicios de Salud son:

La capacidad resolutive de los equipos de salud de la Atención Primaria para detectar, diagnosticar y realizar tratamiento integral puede aumentarse con orientaciones técnicas, capacitación y asesoría de profesionales de salud mental.

Los aspectos psicosociales deben ser siempre considerados, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Los consultorios especializados de Neurología y Psiquiatría Infantil, Centros Comunitarios de Salud Mental u otros, como parte de la red de servicios, debiera asegurar la atención especializada a los casos más severos, con patología asociada o con insuficiente respuesta al tratamiento, así como la asesoría a los profesionales de atención primaria.

Cuando se prescribe psicofármacos deben tomarse medidas que aseguren que el medicamento sea efectivamente administrado a niños y evitar su utilización ilícita.

La coordinación con las escuelas (programas de salud escolar) y con otros servicios y organizaciones locales es fundamental para la detección precoz y el tratamiento integral.

II. DIAGNOSTICO

La clasificación en uso por el Ministerio de Salud en su sistema de registro es la Clasificación Internacional de Enfermedades. En la atención primaria puede utilizarse una versión simplificada y adaptada del capítulo correspondiente a los "Trastornos Mentales y del Comportamiento". En la CIE - 10 los trastornos hipercinéticos integran el código F 90, con cuatro sub categorías. En el D.S.M. IV, la definición de la categoría diagnóstica correspondiente es más exhaustiva en la descripción de la conducta del niño en distintas situaciones y más precisa en los plazos.

A pesar de las diferencias, es posible clasificar a los mismos niños con trastornos equivalentes: Trastornos Hipercinéticos (CIE 10) y Trastorno por Déficit Atencional Hiperactivo (DSM III).

En la C.I.E. - 10 existen tres sub categorías de los Trastornos de la actividad y la atención:

- F 90.1 Trastorno hipercinético disocial**
- F 90.8 Otros trastornos hipercinéticos**
- F 90.9 Trastorno hipercinético sin especificación**

Se ha descrito un trastorno de déficit atencional sin hiperactividad, el que cursaría más frecuentemente con trastornos emocionales.

En la atención primaria no es necesario la clasificación en una sub categoría, pero es importante indagar siempre por comportamientos disociales y manifestaciones de ansiedad, los que deben ser considerados en el manejo del caso.

1. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO F 90

La mayoría de los casos que los padres y/o profesores califican como hiperactividad y dificultad de atención, corresponden a conductas transitorias en niños con una tendencia de temperamento en ese sentido, a periodos de adaptación a ambientes nuevos, a crianza y/o educación preescolar o escolar de estructuradas o permisivas o a un nivel de ansiedad elevado.

- Inicio precoz, antes de los 6 años
- Más frecuente en niños que en niñas. La proporción estimada entre niños y niñas fluctúa entre 1,9:1 y 4:1.
- Comportamiento distinto a lo esperable para la edad y el nivel intelectual del niño, caracterizado por:
 - Déficit de atención: interrupción prematura de tareas, cambio frecuente de actividad, no termina la tarea.
 - Hiperactividad: actividad excesiva, especialmente en situaciones que requieren relativa calma, imposibilidad de permanecer sentado, verborrea, alboroto, saltos, carreras, gesticulación, comportamiento pobremente modulado
 - Desinhibición en la relación social
 - Falta de precaución en situaciones de peligro
 - Quebrantamiento impulsivo de normas sociales

Este comportamiento representa una tendencia temprana en el niño, (como una forma de ser), es persistente y se presenta en cualquier contexto, aunque es más evidente en situaciones estructuradas y que exigen mayor autocontrol.

Es frecuente que exista discrepancia respecto de los síntomas descritos en el colegio, en el hogar y la conducta observada en la consulta. Las exigencias de la actividad en la escuela ponen en evidencia o exacerban los síntomas.

- Antecedentes de familiares consanguíneos con trastornos similares.
- Existen distintos grados del trastorno, siendo más frecuentes los leves y moderados.
- Se presenta en niños con nivel intelectual normal, pero con frecuencia se asocia a trastornos del aprendizaje y puede darse en niños con nivel intelectual inferior.
- Habitualmente, este comportamiento hace que los niños sean impopulares entre sus compañeros, los expone a ser criticados y castigados por los adultos e incluso rechazados; por esto, son frecuentes los trastornos emocionales reactivos.
- Los niños menores pueden presentar dificultades motoras, especialmente finas y de coordinación, detectables al examen neurológico y que pueden interferir su rendimiento actividades específicas.
- Las características más tempranas, detectables incluso desde el primer año de vida, son los trastornos de sueño y de alimentación.

- Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de ser maltratados
- En niños mayores de 6 años puede asociarse con conductas disociales (se estima esto se da en al menos 4 de cada 10 niños con este trastorno), lo que permite diferenciar la sub categoría F 90.8

2. EXPLORACION

2.1. La anamnesis pediátrica debe enfatizar en:

- Descripción exhaustiva del comportamiento de niño
- Antecedentes del desarrollo, para descartar exigencias inadecuadas
- Existencia de familiares consanguíneos con trastornos similares
- Características de la familia que pudieran estar favoreciendo la expresión del trastorno o que pudiera ser reforzada como factores positivos para superarlo. Estas características se refieren a su estructura, funcionalidad, estilos de relación, recursos para enfrentar el estrés, etc.
- Características de la escolaridad y del pre escolar o escuela al que asiste el niño que pudieran estar favoreciendo la expresión del trastorno o que pudiera ser reforzada como factores positivos para superarlo: sistema pedagógico, disciplina, relación del niño con la profesor (a), espacio físico, número excesivo de alumnos en el curso, etc.
- Problemas psicosociales: en especial los que se refieren a condiciones anormales de crianza, conflictos entre las expectativas de los adultos y el rendimiento escolar y social del niño y/o sistemas educativos excesivamente rígidos o desestructurados.

2.2. Descripción de la conducta del niño en el pre escolar o escuela, puede utilizarse un cuestionario específico para ser respondido por la profesora.

2.3. Observación de la conducta espontánea en la consulta y entrevista al niño.

2.4. Exámen neurológico breve, permite precisar si existen dificultades de coordinación fina, sincinesias no esperadas para la edad, lateralidad mal definida u otros signos neurológicos.

- 2.5. Exploración psicológica y psicopedagógica: puede ser necesaria para el diagnóstico diferencial o de trastornos asociados: psicometría, test de atención, test proyectivo, observación del comportamiento en grupo de pares, trastornos del aprendizaje. Este tipo de exploración debe ser solicitado por especialista.

3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La anamnesis, el examen del niño y la información de la escuela o pre escolar permite hacer el diagnóstico diferencial con:

- 3.1 Niño sin trastorno, padres y profesores aprehensivos y/o ambiente desorganizado
- 3.2. Trastorno del desarrollo
- 3.3. Trastorno de ansiedad
- 3.4. Efecto de fármacos de uso en la infancia: efecto paradójal de barbitúricos y benzodiacepinas, y de algunos broncodilatadores (solbutamol).

Otros cuadros clínicos a considerar en la atención especializada son:

- 3.4. Trastorno de comportamiento disocial
- 3.6. Trastornos del humor (afectivos)
- 3.7. Trastornos somáticos con agitación (p. ej. enfermedad reumática)

III. TRATAMIENTO

El tratamiento está orientado a modificar los factores psicosociales involucrados en cada caso y influir en el comportamiento del niño mediante técnicas de apoyo y acción farmacológica.

Su objetivo es disminuir la hiperactividad y la impulsividad que crean al niño dificultades de adaptación y mejorar las insuficiencias de atención y concentración que deterioran su rendimiento. Con estas medidas puede prevenirse el desajuste los comportamientos disociales, el deterioro de la autoestima, el fracaso escolar, la ansiedad secundaria en el niño y su familia.

Las intervenciones para modificar factores psicosociales, el apoyo al niño y la prescripción y control de la medicación en dosis habituales, pueden ser realizadas por el equipo de salud de establecimientos de atención primaria con acceso a la capacitación y la asesoría de profesionales de salud mental.

1. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

1.1. A nivel de la familia

- Entregar información acerca del problema, modificando las creencias y mitos y reforzando el carácter no intencional de la conducta del niño, favoreciendo formas de relación positivas con el niño.
- Enseñar técnicas de manejo conductual
- Orientar a los padres a servicios de apoyo en salud mental si presentan un trastorno emocional o baja tolerancia al estrés.
- Realizar actividades grupales con madres y padres de niños con este trastorno, para facilitar y reforzar los cambios.

1.2. A nivel de la escuela

- Información acerca del diagnóstico, sus implicancias y programa de tratamiento.
- Sugerencias para el logro de formas positivas de control de conducta. Por ejemplo: permitir al niño interrumpir su actividad y disponer de espacio y un breve tiempo para actividad motora, facilitándole recuperar su capacidad de autocontrol, programar actividades que aumenten su acceso a refuerzo social.
- Enseñar bases de acondicionamiento operante para el manejo del refuerzo en la sala de clases.
- Cuando es necesario, evaluación diferenciada privilegiando el rendimiento oral y rehabilitación del trastorno del aprendizaje asociado.
- Facilitar acceso a actividades deportivas u otras
- Actividades regulares de capacitación y asesoría a los profesores. El manejo de cada caso debe servir para aumentar el conocimiento de la escuela acerca de estos problemas y para mejorar la coordinación con la escuela (programa de salud mental en la escuela)

2. INTERVENCIONES EN EL NIÑO

2.1 Apoyo psicológico:

- Entregar al niño información acerca del problema, tranquilizar los sentimientos de culpa y estímulo para modificar los sentimientos de insuficiencia, de acuerdo a la edad.
- Entrenamiento cognitivo - conductual para mejorar el autocontrol, por ejemplo, con técnicas para "parar y pensar".
- Incentivar actividades alternativas potencialmente exitosas de acuerdo a las características del niño.
- Entrenar habilidades sociales.
- Estimulación psicomotriz en niños menores, cuando existen dificultades de coordinación fina, sincinesias no esperadas para la edad, lateralidad mal definida u otros signos neurológicos que interfieren en el desempeño.
- Rehabilitación psicopedagógica si existe retraso escolar o trastorno de aprendizaje.

2.2. Tratamiento Farmacológico

- La medicación no es el primer ni único recurso terapéutico. Algunas experiencias sistemáticas clínicas permiten estimar alrededor del 60% de los niños que cumplen con los criterios requeridos para el diagnóstico y se benefician efectivamente con éste.
- Los estimulantes del S.N.C. son los fármacos más activos y específicos para el control sintomatológico del trastorno, permitiendo una actividad más organizada y dirigida, una mejor ejecución de tareas cognitivas y la disminución de las conductas desadaptativas.
- La prescripción debe realizarse después de un período no menor de 3 meses y siempre asociada al manejo de los aspectos psicosociales.
- Es necesario que los padres estén informados de los efectos del fármaco, así como de sus posibles efectos secundarios y autorizar su prescripción.
- Eventualmente, puede ser necesario prescribir los estimulantes después de que la familia haya participado en algunas sesiones de grupos de padres.
- La administración debe ser discontinua: los días en que el niño asiste a clases, y eventualmente, los días en que el niño debe estudiar para pruebas y exámenes.
- El tratamiento continuo está indicado en cuadros muy severos o en el caso de niños que viven en ambientes muy inadecuados y no susceptibles de modificar. El tratamiento continuo no debe prolongarse más de un año.

- El tratamiento debe mantenerse mientras sea necesario para disminuir la sintomatología, evaluando su necesidad con la asistencia del niño a clases sin medicación durante dos a tres semanas, al inicio del período escolar.

a) Aspectos generales de los estimulantes:

- Contraindicaciones:

- La contraindicación **absoluta** es la hipersensibilidad al fármaco y la insuficiencia renal o hepática
- Las contraindicaciones **relativas** son:
 - Historia familiar de esquizofrenia u otras psicosis
 - Personalidad borderline en niños mayores y adolescentes
 - Antecedente de posible consumo o abuso de drogas en el niño o de alguna persona del ambiente familiar. En caso de existir posibilidad de mal uso del medicamento, éste podría ser administrado en el establecimiento de salud.
- Síntomas ansiosos evidentes en el niño
- Interacciones con otras drogas:
 - No debe ser administrada conjuntamente con inhibidores de la mono amino oxidasa (14 días después de su supresión)
 - Si se administran simultáneamente con antidepresivos tricíclicos, se potencia el efecto de ambos fármacos.
 - Potencian el efecto de la cocaína
 - Disminuyen el efecto depresor de las benzodiacepinas. El litio puede inhibir el efecto estimulatorio de la anfetamina

- Efectos secundarios:

En general se presentan síntomas secundarios leves en el 20% de los niños, lo que obliga a una disminución de la dosis.

Inmediatos: insomnio, anorexia, náusea, dolor abdominal, cefalea, cambios de humor, irritabilidad, sed, tristeza, taquicardia, sudoración y cambios en la presión arterial. La mayoría disminuye o desaparece en algunas semanas, no así los cardiovasculares. Pueden agravar la sintomatología ansiosa.

Diferidos: se han descrito brotes de esquizofrenia en pacientes con antecedentes familiares y cuadros psicóticos en niños con trastornos de personalidad, los que des-

2. Pemolina (Cylert R, Seraciv R)

Está contraindicado en niños con daño hepático.

Indicaciones: Niños mayores de 6 años que presentan hipersensibilidad, intolerancia o no responden al metilfenidato.

Dosificación: Se comienza con 37,5 mg en una dosis diaria, aumentando 18.75 mg por semana hasta alcanzar el efecto deseado. Dosis máxima 112.5 mg/día.

La vida media plasmática 12 horas, el 90 % se elimina por vía renal y el resto en el hígado.

Presentación: Tabletas de 37.5 mg.

Efectos: Es algo menos efectiva y sus efectos aparecen más tardíamente, alcanzando su mayor efecto a las tres o cuatro semanas después de iniciada la administración.

El efecto aparece a las 2 ó 3 horas y dura hasta 6 horas.

Efectos secundarios: Son escasos: movimientos coreiformes, que aparecen con el nivel plasmático más alto. Insomnio y anorexia, habitualmente transitorios. Existe riesgo de toxicidad hepática, por lo que se recomienda realizar niveles de transaminasas y fosfatasas alcalinas antes de iniciar y a los 6 meses de tratamiento.

3. Anfetamina

No debe indicarse si no existe seguridad del uso adecuado del fármaco y no se recomienda en niños con trastornos convulsivos.

Indicaciones: Trastorno severo en niños mayores de 5 años, cuando el metilfenidato y la pemolina no son efectivos. Debe ser indicado por especialista.

Dosificación: Dosis única antes de la jornada escolar.

Comenzar con 5mg día y subir 5 mg por semana hasta 40 mg día

Dosis óptima: 0.15 y 0.5 mg/kg, en una o dos dosis.

Presentación: Dextroanfetamina tabletas de 5 mg.

Metanfetamina de eliminación lenta de 5, 10 y 15 mg (Cidrin R).

Efectos: La absorción tarda 30 minutos. Los efectos permanecen durante 6 a 8 horas.

Efectos secundarios: El 4,3 % de los tratamiento iniciados deben suspenderse por efectos secundarios.

Entre el 5 al 10% de los casos se produce aumento de la inquietud, probablemente en niños con síntomas de ansiedad asociados.

aparecen al suspender el medicamento. Se ha reportado pérdida de peso y retraso del ritmo de crecimiento, después de 4 años de tratamiento continuado. No se ha demostrado suficientemente este efecto en tratamientos con interrupciones semanales y vacacionales.

b) Aspectos específicos de los psicoestimulantes en uso:

1. **Metilfenidato**

Indicaciones: Es el fármaco de primera elección. No se recomienda en menores de 6 años ni en niños con antecedentes de tics.

Dosificación: Iniciar con 5 mg, una o dos veces al día, aumentando gradualmente en 50 ó 10 mg. por semana, hasta alcanzar el efecto deseado.

Dosis máxima: 60mg.

Dosis óptima: 0.3 a 0.7 mg/kg en dos o tres tomas

Presentación: Tabletas de 10 mg

De absorción lenta, 20 mg (no existe en Chile)

Efectos: Aparecen 20 minutos después de la administración, y el nivel plasmático máximo se alcanza a las 2 horas y media. La vida media es de 2,5 horas, pero los efectos persisten durante 4 a 6 horas. Se metaboliza en el hígado como ácido ritalínico inactivo.

Efectos secundarios: Son menos frecuentes y menos severos que con la anfetamina: el 1,1% de los tratamientos iniciados debe suspenderse por esta razón.

Insomnio, por lo que se recomienda no administrarlo por las tardes (habitualmente desaparece al disminuir la dosis).

Puede disminuir el umbral convulsivante en niños con antecedentes de crisis comiciales. No existe información acerca de su uso asociado a anticonvulsivantes. No se ha demostrado que produzcan convulsiones.

No se ha demostrado aumento de la tolerancia en dosis terapéuticas, aunque, en una baja proporción de niños hiperkinéticos con respuesta satisfactoria inicial, el efecto disminuye después de algunos meses de tratamiento. En los casos de abuso crónico puede presentarse un aumento de la tolerancia, dependencia física y conducta anormal.

Los estudios con metilfenidato no han demostrado inhibir el crecimiento temprano en el adolescente.

Efecto de rebote: los problemas de atención e hiperactividad pueden hacerse más severos 5 horas después de la toma.

La anfetamina tiene un alto potencial de abuso, la tolerancia puede desarrollarse en forma rápida y produce dependencia psicológica.

c) Otros fármacos:

Se ha utilizado, además Haloperidol, Imipramina y Flenfuramina, una gran cantidad de fármacos, como la Clonidina, Pindolol, Buspirona, Protriptilina, Carbamazepina, Desipramina, Velanfaxine, Dopamina, Fluoxetina, Aponeuron, Tiaoshen liquor, etc No se ha demostrado que tengan una acción específica en el trastorno, pero disminuyen la sintomatología ansioso depresiva asociada.

Las medidas dietéticas, como la oligo antigénica, la rica en cafeína y otras, no ha demostrado suficientemente su efectividad.

IV. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO

La evolución más frecuente es la disminución de la hiperactividad en la adolescencia, pero el déficit atencional puede persistir hasta la edad adulta.

Aunque la hiperactividad y la dificultad de atención desaparezcan, suelen persistir comportamientos disociales y trastornos emocionales. La conducta disocial y el nivel intelectual limítrofe o bajo, se relacionan con un peor pronóstico. Se ha demostrado, en adultos con trastornos del comportamiento y de la personalidad, una mayor frecuencia de antecedentes de trastornos hipercinéticos que en la población general.

Es recomendable utilizar, además de la ficha clínica, un sistema que permita, mediante el registro de los casos en un fichero o base de datos, individualizar a los niños en tratamiento.

1.1. Criterios para la evaluación del tratamiento

El diagnóstico y tratamiento de la mayoría de los niños con trastornos hipercinéticos puede ser realizada por pediatra o médico general en los establecimientos de Atención Primaria, con participación de la enfermera, asistente social y psicólogo, cuando se cuenta con este recurso.

Al iniciar el tratamiento el control debe ser mensual hasta lograr la mejor respuesta, para reforzar los cambios psicosociales y para adecuar la dosis de fármaco.

La evaluación de los cambios en la conducta se realiza a través de la información del niño, de la familia, del informe del profesor y si es necesario de la observación de la conducta del niño bajo efecto del fármaco.

Cuando se alcance la respuesta adecuada, el control puede ser trimestral y la entrega de medicamentos, mensual, condicionada a la entrega del informe del profesor.

1.2. Criterios para referir al niño a atención por especialista

La interconsulta a psiquiatra o psicólogo infantil de COSAM, Servicio especializado del Hospital u otro del sistema de salud o de otro sector, de la red local de acuerdo a los siguientes criterios:

- Cuadros severos de aparición brusca
- Co - Morbilidad neurológica o psiquiátrica
- Niños que no responden a la modificación de factores psicosociales y tratamiento farmacológico con dosis habituales (30 mg de metilfenidato), tres meses después de iniciado en tratamiento.

El acceso oportuno del niño a este tipo de atención requiere una coordinación eficiente entre los establecimientos de Atención Primaria y los servicios especializados. Los niños que requieren atención especializada, no necesariamente debe seguir siendo controlados en ese nivel. Una alta proporción de estos casos pueden continuar siendo atendidos en el nivel primario, con indicaciones que precisen el tratamiento y los criterios para su nueva referencia o plazos para nuevo control por el especialista.

El alta debe ser explícita y acompañarse de recomendaciones claras, los factores que influyen en esta son el grado de ajuste social y escolar logrado, el soporte psicosocial del niño y la mantención de los logros sin medicación.

V. ATENCIONES DE SALUD BASICAS EN NIÑOS CON TRASTORNOS HIPERCINETICOS

Todo niño debe tener acceso al menos, a las siguientes atenciones:

TIPO DE ATENCION	OBJETIVO	PROFESIONAL	Nº / AÑO
Consulta de morbilidad			
Control de Salud	Detección	Médico general Pediatra	1
Consulta de morbilidad	Diagnóstico		
	Tratamiento	Médico general Pediatra	2
Consulta de morbilidad	Controles	Médico general Pediatra	3
Nº de Consultas al año			6

BIBLIOGRAFIA

- XII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría Neurología de la Infancia y la Adolescencia, octubre 1995 "Déficit Atencional: ¿mito o realidad? Conclusiones del taller "Experiencias de grupos de trabajo en S.D.A. en los Servicios de Salud" y de 11 trabajos de investigación clínica en el tema.
- Centro Nacional de Información de Medicamentos y Fármaco vigilancia CENIMEF, Instituto de Salud Pública de Chile, información solicitada, 1996.
- Revisión de 32 artículos respecto a la atención de trastornos de la actividad y la atención por médico general o pediatra, disponibles en MED - LINE, Internet.
- Normas para el uso de psicoestimulantes en el Síndrome de Déficit Atencional Hospital Exequiel González Cortés, Servicio de Psiquiatría Infantil.
- Normas para el manejo de Anfetaminas en el consultorio
Servicio de Salud Metropolitano Sur, Departamento de Programa de las Personas Programa Infantil - Salud mental
- Normas técnicas para la atención de algunas patologías prevalentes en salud mental del niño y del adolescente.
Unidad de Salud Mental Servicio de Salud Concepcion Arauco
- Documento del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Hospital Sótero del Río
Unidad de Salud Mental
- "Pauta de tratamiento en Consultorio del Niño con T.D.~H.".
Unidad de Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna
- Rutter, Taylor, Herson "Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches" 3rd. Ed. Blackwell Scientific Publications Oxford 1994. Chapter 17 Syndromes of Attention Deficit and Overactivity.
- De la Barra, F., Olivares E. León P. "Pediatría al día" 1990,6:197-203
- Grau, A. "Pediatría al día" 1995, 11:6:12
- J. Am. Acad. Child Adolescens. Psychiatry 34:9 September 1995
- Documento CEAP N0 40, "Taller de Pediatría Conductual"

AUTORES

Coordinación y redacción final del documento

Dra. Carmen López Stewart

Unidad de Salud Mental MINSAL

Han contribuido con sus valiosos aportes a estas orientaciones, aportando información, experiencia y revisando los sucesivos borradores

- Psic. Myriam George Lara
Unidad de Salud Mental MINSAL
- Psic. Rosario Domínguez
Unidad de Salud Mental MINSAL
- Farm. Josefina Quinteros
Unidad de Farmacia MINSAL
- **Dr. Mario Sepúlveda**
Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes
- **Dra. Eva Rona**
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Juan de Dios
- **Dr. Arturo Grau**
Servicio de Psiquiatría Infantil Hospital Calvo Mackenna S.S.M. Oriente
- **Dra. Fresia Ulloa**
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- **Dr. Humberto Guajardo**
Hospital Exequiel González Cortés Servicio de Psiquiatría Infantil S.S.M. Sur
- **Dr. Juan Salinas V.**
Departamento de Programa de las Personas S.S.M. Sur
- **Dr. Ricardo Suárez G.**
- Dr. Merardo Arévalo

- **Dr. Mario Valdivia**
Unidad de Salud Mental Servicio de Salud Concepción Arauco
- **Dra. Ana Valdés P.**
Hospital Sótero del Río Unidad de Salud Mental S.S.M. Sur Oriente
- **Dr. Carlos Almonte**
Servicio de Psiquiatría Infantil Hospital Roberto del Río S.S.M. Norte
- **Dr. Luis Dueñas Moreno**
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio Consultorio Integral del Adolescente
- **Dr. Héctor Cameratti Villar**
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
- **Dra. Flora de la Barra M.**
Departamento Psiquiatría y Salud Mental Oriente Universidad de Chile
- **Dr. Hernán Montenegro Arriagada**
Departamento Psiquiatría y Salud Mental Sur Universidad de Chile

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DEPTO. ASESORIA JURIDICA

151
[Signature]

APRUEBA NORMA GENERAL TECNICA
N° 21 SOBRE ORIENTACIONES TEC-
NICAS PARA EL TRATAMIENTO DE
LOS TRASTORNOS HIPERCINETICOS
EN LA ATENCION PRIMARIA.

EXENTA N° 1472 /

SANTIAGO, 3/10/97

VISTO: lo dispuesto en los
artículos 4° y 6° del decreto ley N° 2.763 de 1979; en
el artículo 9° del decreto N° 395 de 1979, del
Ministerio de Salud; en las leyes N° 18.469 y 19.378;
en la resolución N° 55 de 1992, de la Contraloría
General de la República, y

CONSIDERANDO:

-la necesidad de que los
establecimientos de atención primaria cuenten con
orientaciones adecuadas y globales para el diagnóstico
y tratamiento de los trastornos de la actividad y la
atención en pre-escolares y escolares, dicto la
siguiente :

R E S O L U C I O N :

1°.- FIJASE, a contar de la fecha
de la presente resolución, el texto de la norma
General Técnica N° 21 sobre "Orientaciones técnicas
para el tratamiento de los trastornos hipercinéticos
en la atención primaria".

2°.- La norma técnica que se
aprueba en virtud de este acto administrativo, se
expresa en un documento de 17 páginas, cuyo original,
visado por el Subsecretario de Salud, se mantendrá en
poder del Jefe de la División de Salud de las Personas
de este Ministerio.

Todas las copias de la norma en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3º.- REMITASE un ejemplar de la Norma General Técnica N° 21 a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.-



ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCION:

- Gabinete Ministro de Salud
- Gabinete Subsecretario de Salud
- Directores Servicios de Salud del país
- SEREMI de Salud del país
- División de Salud de las Personas
- Depto. Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes

EDITOR ng21 21/4/97

