



HRE

CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

AUTORAS:

MARTA ALEMANY ALBERT

VIRGINIA BALLESTEROS COGOLLOS

SERVICIO DE PEDIATRIA

HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es el trastorno del neurodesarrollo más prevalente en la sociedad actual. La falta de atención y la disfunción ejecutiva conllevan dificultades en el aprendizaje, en la programación de tareas y en el rendimiento escolar, desencadenando en una baja motivación para el estudio y riesgo de fracaso escolar. El diagnóstico temprano del TDAH y sus comorbilidades junto con una intervención psicoeducativa y farmacológica adecuada e individualizada, han demostrado mejorar el pronóstico académico a corto y largo plazo. Para este propósito, es imprescindible la participación activa tanto de familiares como de profesionales del ámbito educativo y sanitario. Con este protocolo se pretende dotar de recursos a los profesionales de salud de atención primaria para el manejo de este trastorno y clarificar los criterios de derivación a Neuropediatría o Unidad de Salud Mental Infantil y del Adolescente (USMIA).

2. ¿QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE TDAH?

La sospecha de TDAH suele llegar al Pediatra de Atención Primaria a través de la preocupación de los padres o por la detección de síntomas compatibles por parte de los profesores.

Para que un paciente sea diagnosticado de TDAH, los síntomas de hiperactividad, impulsividad o inatención deben estar presentes en los diferentes ámbitos de su vida: social, familiar y escolar.

Por tanto, en caso de que los padres sospechen que su hij@ padece TDAH deberemos recoger la siguiente información:

- Inicio de los síntomas, gravedad y repercusión de los mismos.
- Informe escolar con escalas estandarizadas (adjuntamos en ANEXO 1 y 2): Conners, DSM-V, EDAH... junto con una evaluación de las dificultades que presenta el alumno, así como la sospecha de que presente afectación cognitiva u otro trastorno del Neurodesarrollo como Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para ello aportaremos un informe de solicitud al centro escolar (ANEXO 3).
- Exploración física y neurológica del niño buscando estigmas de otras enfermedades orgánicas como neurofibromatosis tipo 1, hipertiroidismo...
- Investigar la coexistencia de sintomatología psiquiátrica o problemas sociales.

La importancia de valorar la repercusión de los síntomas por los que se consulta estriba en que es fundamental para establecer el diagnóstico según las clasificaciones utilizadas. Si no existe una repercusión suficiente o no se da en todos los ámbitos, no se puede definir como un trastorno y solo precisará un manejo conductual y una adaptación de sus necesidades educativas especiales en el colegio, valorando por supuesto la evolución a largo plazo.

Del mismo modo **no se puede establecer un diagnóstico hasta aproximadamente los 6 años de edad** porque previamente pueden considerarse los síntomas como un proceso evolutivo normal y sólo aquellos cuya sintomatología sea más grave precisarán una valoración y tratamiento más exhaustivos.

3. ¿QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TDAH?

Todo paciente diagnosticado de TDAH según las escalas estandarizadas, debe ser evaluado por el gabinete psicopedagógico, con tal de determinar las limitaciones en el aprendizaje que presenta y así poder realizar la adaptación metodológica más adecuada en cada caso.

Además deben adoptarse unas medidas conductuales a nivel familiar. Para ello aportaremos recursos bibliográficos y sitios web de ayuda para padres (ANEXO 4).

En los casos leves o con poca repercusión, las medidas psicopedagógicas serán suficientes para garantizar el aprendizaje adecuado del niño y el manejo del paciente debe realizarse desde atención primaria.

Si la sintomatología del TDAH es moderada o genera una repercusión importante en todos los ámbitos de la vida del niñ@, se deben aplicar las medidas previamente expuestas tanto a nivel familiar como escolar, y en caso de que tras 6 meses de aplicación de estas medidas el paciente continúe presentando importantes dificultades en el aprendizaje, se debe ofrecer terapia farmacológica.

4. CRITERIOS DE REMISIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- **NEUROPEDIATRÍA:**

- TDAH moderado/grave en el que las medidas psicopedagógicas aplicadas durante 6 meses han fracasado o son insuficientes para garantizar un aprendizaje adecuado del niño.
- TDAH comórbido con otro trastorno del neurodesarrollo como discapacidad intelectual, trastorno específico del lenguaje...
- TDAH con sospecha de enfermedad orgánica o neurológica: epilepsia, neurofibromatosis tipo 1, trastorno de la coordinación motora...
- TDAH en pacientes con rasgos dismórficos.
- TDAH en pacientes con antecedente de infecciones graves del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico grave, prematuridad extrema...

- **USMIA:**

- TDAH comórbido con TEA, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de conducta oposicionista-desafiante, trastorno de la conducta disocial, trastorno de ansiedad, trastorno afectivo...
- Antecedentes familiares de patología mental grave: esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis...

ATENCIÓN: Todos los pacientes que se deriven a atención especializada deben contar con un informe psicopedagógico escolar que incluya escalas para la evaluación del TDAH, el cual deberá ser aportado por los padres en el momento de la primera visita.

5. CONTROL EVOLUTIVO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

***RECOMENDACIONES GENERALES**

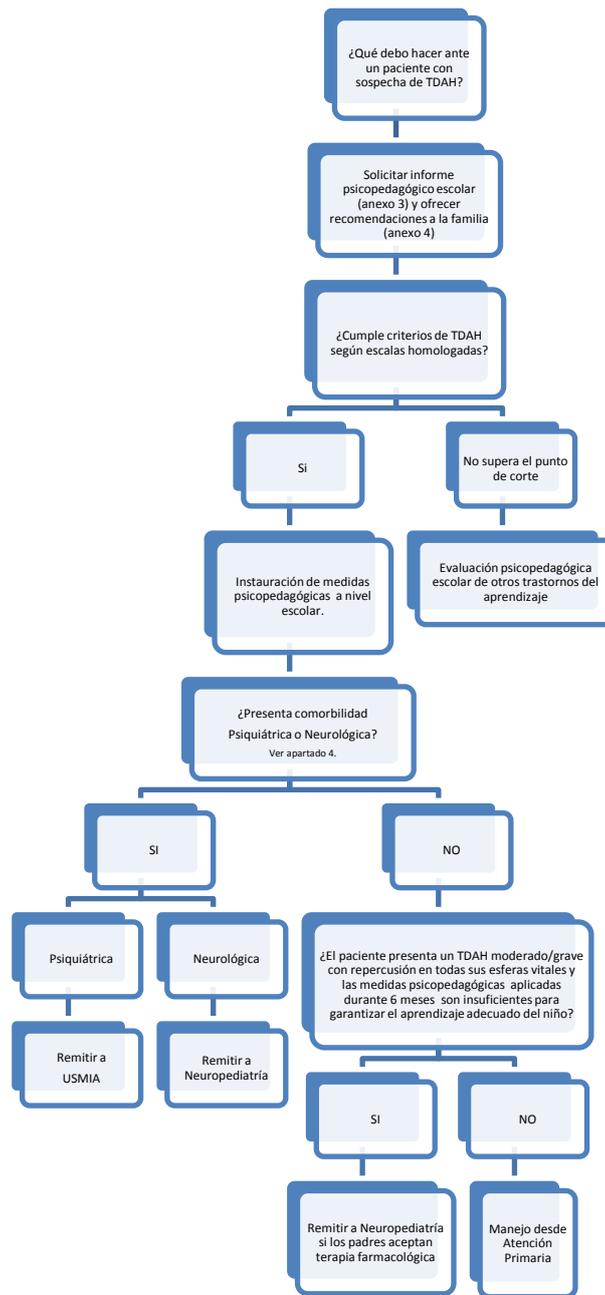
- Apoyo y asesoramiento a los padres tras el diagnóstico, consejos psicoeducativos así como recomendaciones de recursos informativos que pueden consultar (ANEXO 4).
- Vigilancia sobre aspectos sociales y enlace con servicios sociales.

***PACIENTES TRATADOS FARMACOLÓGICAMENTE:**

El tratamiento más frecuentemente utilizado en el TDAH son los psicoestimulantes (metilfenidato fundamentalmente). Los efectos secundarios más frecuentes son taquicardia, cambios en el estado de ánimo, cefalea, insomnio, anorexia, hipertensión, tics... Por tanto, desde atención primaria se debe realizar:

- Seguimiento del desarrollo ponduroestatural del paciente. Controles de peso y talla cada 3 meses. Vigilancia del desarrollo puberal. En caso de que haya una afectación de la talla se disminuirá la dosis, se alternarán periodos sin medicación durante los fines de semana, festivos o verano.
- Seguimiento nutricional del paciente. Es frecuente que el paciente presente inapetencia durante el tiempo del efecto farmacológico, que habitualmente es de 6-8 horas. Debemos recomendar que refuercen la ingesta durante el desayuno, merienda y cena, ya que durante el almuerzo y la comida el paciente estará bajo los efectos del fármaco.
- Seguimiento de riesgo cardiovascular. Control de TA y FC durante los primeros 3-6 meses. Solicitar ECG de control.
- Si aparece insomnio, éste suele ser debido a una prolongación del efecto farmacológico del medicamento por lo que interesaría disminuir la dosis o cambiar por un fármaco de acción más corta.
- Si aparecen efectos secundarios inusuales o que no mejoran con las pautas indicadas, contactar con Neuropediatría. Podéis hacerlo a través del teléfono 963131800 extensión 437353(CCEE)/437363(SECRETARÍA) en horario de 8 a 15 horas.
Neuropediatras: Virginia Ballesteros (Consulta 1, extensión 437429) y Marta Alemany (consulta 7, extensión 437430).

6. ALGORITMO DE MANEJO DE PACIENTES CON TDAH:



Nota: Los casos cuyos progenitores se encuentren separados o divorciados, deben aportar en el momento de la primera visita a USMIA un consentimiento informado firmado por ambos padres o en su defecto el representante legal (salvo que uno de los progenitores haya perdido la patria potestad). Dicho consentimiento se adjunta en ANEXO 5 para que pueda ser entregado a los padres por el pediatra de atención primaria en el momento de la derivación y así disponer del mismo en el momento de la valoración.