



# **PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TDAH EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**Consejería de Salud. 2017**

## INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar, y en sus actividades cotidianas.

Los síntomas nucleares son:

- 2. Hiperactividad:** exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela); grandes dificultades para permanecer quieto cuando las situaciones lo requieren (levantarse del asiento, tocarlo todo, "parecen movidos por un motor"); hablar en exceso y hacer demasiado ruido durante actividades tranquilas.
- 3. Impulsividad:** impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno; a menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas; actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta.
- 4. Déficit de atención:** dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido; fácil distracción ante estímulos irrelevantes, dificultad para seguir órdenes e instrucciones, para organizar tareas y actividades, frecuentes olvidos y pérdidas de objetos; a menudo parecen no escuchar.

**Aunque estos síntomas tienden a manifestarse juntos, algunas personas son predominantemente hiperactivas e impulsivas y otras son predominantemente o solo inatentas.**

Padecer un TDAH es un factor de riesgo evolutivo para el que lo padece y para su entorno. La presencia de los síntomas nucleares del TDAH, conlleva un peor uso de las capacidades cognitivas y puede tener importantes repercusiones en el comportamiento, ocasionando alteraciones a nivel médico, cognitivo, emocional y conductual. De esta manera, tener un TDAH aumenta el riesgo de morbilidad (Dalsgaard S. et al, 2015), problemas de aprendizaje y fracaso escolar, problemas emocionales, trastornos de la conducta, psicopatología comórbida asociada, problemas de interacción y comunicación social, que condicionan el pronóstico evolutivo y funcional del niño/a que presenta un TDAH. El adulto con TDAH puede presentar trastornos de personalidad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, mayor riesgo de morbilidad y problemas con la justicia.

## **EPIDEMIOLOGIA**

El TDAH es uno de los trastornos más prevalentes en salud mental de la infancia y la adolescencia en todo el mundo, con una prevalencia en estas edades en España del 6.8% [95% (CI) 4.9 – 8.8%] (Catalá-López, F, et al, 2012).

Esta variabilidad viene dada, entre otras causas, por:

- La dificultad para llegar a un diagnóstico claro, puesto que los síntomas principales del trastorno pueden confundirse o aparecer en la mayoría de los cuadros psicopatológicos o evolutivos
- La imposibilidad de encontrar una etiología clara,
- La falta de instrumentos específicos para su evaluación

Polanczyk et al, 2014 realiza una interesante reflexión sobre la prevalencia del TDAH a lo largo de las tres últimas décadas, concluyendo que ésta no tiene grandes cambios a lo largo del tiempo, la variabilidad viene dada por la metodología de los estudios, especialmente por la fuente de información y los criterios diagnósticos utilizados y no por cambios sustanciales en la prevalencia a lo largo del tiempo, cuando se realizan estudios comunitarios bien diseñados.

Es cierto que ha aumentado el diagnóstico del trastorno, pero esto no significa que haya aumentado la prevalencia.

## **ETIOPATOGENIA**

La etiología del TDAH sigue investigándose, existen en la actualidad numerosos estudios genéticos que demuestran la heredabilidad del trastorno; de neuroimagen que evidencian anomalías estructurales y funcionales en el cerebro de los pacientes con TDAH; estudios sobre la implicación de factores biológicos no genéticos del periodo prenatal y perinatal y factores neurotróficos.

Asimismo se han demostrado interacciones entre los factores biológicos y los factores ambientales, que aunque no se consideran causales por sí mismos, pueden influir en la magnitud y la evolución del TDAH modificando la expresión clínica de la carga genética.

Estos hallazgos están aún lejos de suponer un beneficio tangible para las personas afectadas en términos de diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

Los modelos explicativos más importantes del TDAH son el déficit de atención, el déficit del control inhibitorio y la alteración en las funciones ejecutivas del cerebro, que son las responsables de gestionar las funciones cognitivas del mismo (Barkley, 1997; Brown, 2006).

El conjunto de las funciones ejecutivas son:

a) *Inhibición* o habilidad para resistir a los impulsos y detener una conducta en el momento apropiado

b) *Flexibilidad*, entendida como la habilidad para hacer transiciones y tolerar cambios, flexibilidad para resolver problemas y pasar el foco atencional de un tema a otro cuando se requiera

c) *Control emocional* o regulación de las emociones

d) *Iniciativa* o habilidad para iniciar una tarea o actividad sin ser incitado a ello

e) *Memoria de trabajo* o capacidad para mantener información en la mente con el objeto de completar una tarea, registrar y almacenar información o generar objetivos

f) *Organización*, que implica la habilidad para ordenar la información e identificar las ideas

principales o los conceptos claves en tareas de aprendizaje, y la planificación involucra plantearse un objetivo y determinar la mejor vía para alcanzarlo

g) *Orden* o habilidad para ordenar las cosas del entorno y tener la certeza que los materiales que se necesitan para realizar una tarea estén disponibles

h) *Control o supervisión*, que comprende el hábito de controlar el propio rendimiento durante la realización de una tarea o inmediatamente tras finalizar la misma con el objeto de cerciorarse de que la meta propuesta se haya alcanzado apropiadamente, y el autocontrol, que refleja la conciencia del niño acerca de los efectos que su conducta provoca en los demás.

Las personas con TDAH experimentan mayor dificultad en el desarrollo y uso de estas funciones que la mayoría de las personas de la misma edad y nivel de desarrollo. (Brown, 2006)

Una vez revisada la literatura se presentan dos posturas claramente definidas en cuanto a la conceptualización del problema:

- El modelo fisiopatológico, que entiende el TDAH como un trastorno neurológico definido por la presencia de uno o más de los tres síntomas principales (inquietud, desatención e impulsividad) y que considera como comorbilidad cualquier otro síntoma que frecuentemente se presenta asociado. Este modelo entiende que los factores

psicológicos y psicopatológicos, además de implicar un gran sufrimiento y malestar, tienen un papel determinante en las manifestaciones del TDAH y no son sólo comorbilidades sobreañadidas a un trastorno neurológico puro

- El modelo psicopatológico que, además de contemplar la base orgánica, da una explicación más integradora y amplia otorgando también peso específico a los aspectos relacionales, sociales y ambientales y considerando los otros síntomas concurrentes como parte del trastorno cuando no su causa primaria.

En este Escenario surge la necesidad de buscar respuestas operativas, por lo que últimamente y dada la gran demanda que está generando, han surgido numerosas guías de práctica clínica de fiabilidad y aplicabilidad desigual.

## **SINTOMATOLOGIA/CRITERIOS DE GRAVEDAD**

En el TDAH existen tres presentaciones clínicas: 1) con predominio de la sintomatología de inatención, 2) con predominio de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, y 3) combinada, caracterizada por la conjunción de las dos anteriores.

Criterios de gravedad

**LEVES:** Se considera leve cuando existen pocos síntomas (habitualmente sólo los necesarios para el diagnóstico) con un deterioro mínimo del funcionamiento académico, social y/o laboral

**MODERADOS:** Incidencia en la esfera escolar, relación con iguales, dinámica familiar y actitudes oposicionistas

**GRAVES:** (deterioro en todas las áreas de relación del menor y fragilidad en las medidas de apoyo, acompañamiento y soporte).

Además de los síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad) del TDAH, el 63% de los niños presentan tres o más síntomas no nucleares al diagnóstico, que son en muchas ocasiones los que motivan la consulta y el objetivo principal a mejorar con el tratamiento, además de la mejora de los síntomas nucleares.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico del TDAH debe realizarse con un enfoque Bio-Psico-Social, **basado en la clínica**, ya que no existe en la actualidad ninguna prueba analítica o psicométrica que pueda considerarse diagnóstica.

Es importante realizar una detección precoz. Para ello en los controles de salud sobre todo a partir de los 6 años se puede utilizar el "Cuestionario de evaluación o detección precoz del TDAH

basado en la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Pediatría” (Anexo 1 del Protocolo)

Para realizar el diagnóstico de TDAH se requiere que el niño cumpla como criterio de inclusión los criterios diagnósticos del DSM-5 y/o CIE 10 (Anexo 4 del protocolo). Y como criterio de exclusión, que no exista otra mejor explicación alternativa para los síntomas. (Anexo 3 del Protocolo)

La historia clínica es la columna vertebral de la evaluación y debe ser lo más detallada posible para conocer todos los aspectos del desarrollo, salud, factores psico-socio-familiares del niño, además de los síntomas específicos del TDAH. ( Anexo 2 del Protocolo: Modelo de Historia Clínica de la Apap- Andalucía)

Se debe comprobar que los síntomas sean suficientes en número e intensidad. El TDAH es un trastorno dimensional, no categorial, es decir, los síntomas no son en sí mismos una manifestación anormal, el cumplimiento del criterio viene dado porque se presentan con una frecuencia e intensidad que son desadaptativas para el funcionamiento del niño y no se corresponden a su nivel de desarrollo.

Los síntomas deben haber aparecido antes de los 12 años y estar presentes todos o algunos de ellos en varios ámbitos. Y lo que marca realmente el umbral diagnóstico es que interfieren en la vida del niño de manera importante, ya sea en su rendimiento académico, social, emocional, e incluso en su tasa de morbi-mortalidad (Dalsgaard S. et al, 2015) (Fernández Jaén, A. et al, 2016)

Para no cometer sesgos, la información para comprobar los criterios diagnósticos, debe obtenerse de **varios informantes** (el niño-a, padres y/o cuidadores principales, profesores, etc.), en **varios ámbitos** (familia, escuela) y a través de **varios métodos** (Historia clínica, entrevistas, escalas, observación directa, etc.) y además teniendo en cuenta factores psicosociales exógenos y endógenos que puedan influir en la aparición o expresión de los síntomas.

Es obligado descartar las patologías psiquiátricas comórbidas, ya que condicionan el pronóstico y el plan terapéutico.

No debemos olvidar investigar las fortalezas y habilidades del niño, los aspectos que le ilusionan y motivan, no sólo sus áreas de debilidades. Así establecemos una relación con un niño o adolescente y su familia que hace más fácil la motivación y planificación de la intervención.

**La exploración clínica** tendrá como objetivo evaluar otras condiciones médicas que pudieran ser la causa de la sintomatología o contribuir a la misma, y conocer la situación basal de la persona para poder valorar posibles efectos secundarios del tratamiento.

Interesa valorar el fenotipo, descartar rasgos dismórficos (síndrome de Williams, alcohólico fetal, X frágil, etc.) una exploración sensorial, neurológica, cardiovascular, somatometría y signos de maltrato o abuso.

El examen físico debe ser documentado. Esto es importante desde el punto de vista práctico, clínico y médico-legal, sobre todo antes de iniciar un tratamiento farmacológico. (Anexo 5 del Protocolo).

No son pertinentes pruebas biológicas, salvo cuando existan signos o síntomas razonables que lo hagan necesario (sospecha de anemia ferropénica, hipotiroidismo, rasgos dismórficos...)

Las pruebas neuropsicológicas y cognitivas son útiles para conocer el perfil del funcionamiento cognitivo y la comorbilidad, pero no son imprescindibles para el diagnóstico de TDAH.

Por último, pero no menos importante, hay que contar con la evaluación psicopedagógica por parte de los Equipos de Orientación Educativa de zona o los Departamentos de Orientación Educativa (centros concertados e IES).

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Son muchos los trastornos que pueden hacer pensar en un TDAH. Por ello, conviene descartarlos o valorar si están presentes de forma concomitante: (CADDRA; NICE; DSM-5; ICSI...) (Anexo 3 del Protocolo)

### **CODIFICACION**

La codificación se realizará según la CIE 10, dado que ésta es la utilizada en el Sistema Sanitario Público Andaluz. (Anexo 5 del Protocolo)

### **TRATAMIENTO**

Aunque no se dispone de evidencia científica acerca de cuál es el mejor modelo de atención al niño-adolescente con TDAH (NICE, 2016) existe la opinión generalizada de que el abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar y que las decisiones sobre el tratamiento deben individualizarse para atender las necesidades concretas del paciente y familia, concordar los objetivos, desarrollar un plan y evaluar la respuesta.

En relación al tratamiento, se señala como más eficaces los denominados multimodales, en los que confluyen las orientaciones psicopedagógicas en el nivel educativo, y los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales como primera opción, complementados por los farmacológicos cuando sea necesario, en el nivel sanitario.

En resumen, el plan de acción incluye: educación, tratamiento no farmacológico, farmacológico y revisiones periódicas. Y su aplicación necesita un equipo (familia-salud-educación) que trabaje de forma coordinada.

**Tratamiento no farmacológico:** a realizar en AP, ámbito educativo y USMC:

En todos los niveles: Parentalidad positiva, estimulación ambiental

En nivel educativo: Apoyo psicopedagógico

A nivel de USMC/USMIJ , valorar:

- Programas grupales de formación/educación para progenitores y cuidadores de niños y adolescentes con TDAH.
- Tratamiento psicológico grupal consistente en terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales.
- En los niños de mayor edad, valorar tratamiento psicológico individual si los enfoques conductuales o psicológicos grupales no han sido efectivos.

**Tratamiento farmacológico:** Anexo 9 del Protocolo Tratamiento Farmacológico Actualizado.

## **SEGUIMIENTO**

Siguiendo los criterios de la Guía NICE, las ofertas de tratamiento deben diferenciarse según edad y severidad:

En los niños de Educación Primaria y Secundaria, si el trastorno tiene un intensidad leve, debemos ofertar, inicialmente, los Programas de Parentalidad Positiva, los tratamientos psicológicos, individuales y grupales con los menores (Terapia Cognitivo Conductual y entrenamiento en HHSS y Solución de Problemas), y los apoyos psicoeducativos propuestos por los Orientadores de los EOE de zona ó departamentos de Orientación Escolar. El tratamiento farmacológico se reserva para aquellos casos en los que el plan anterior no ha producido modificación alguna y objetivamos un deterioro en el ajuste del menor. La incorporación del tratamiento farmacológico no implica el abandono de las líneas psicológicas de ayuda.

Se realizarán visitas de seguimiento para lograr el “tratamiento óptimo”, definido como aquel capaz de producir cambios de estilo de vida, remisión de síntomas y disminución o normalidad de la disfunción y mejor calidad de vida.

En las revisiones, al menos cada 6 meses, se valorarán presencia y remisión de síntomas, presencia de efectos secundarios, adherencia y satisfacción con el tratamiento.

La disfuncionalidad debe ser objetivada mediante una escala, por ejemplo SDQ (The strengths and difficulties questionnaire) o WFIRS (Escala de impedimento funcional de Margaret Weiss [[https://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011WFIRS\\_S.pdf](https://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011WFIRS_S.pdf)] , CADDRA, 2011), para poder valorar posteriormente su evolución con el tratamiento instaurado.

La falta de respuesta al tratamiento puede reflejar: 1) objetivos poco realistas; 2) diagnóstico incorrecto; 3) un trastorno coexistente; 4) falta de adherencia al régimen de tratamiento, y 5) fallo del tratamiento.



El periodo de transición de la etapa pediátrica a la adulta, es especialmente crítico para los adolescentes con TDAH y trastornos asociados que a menudo experimentan un vacío asistencial con niveles reducidos de apoyo en las consultas de medicina de familia y USMC adultos.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

La magnitud de este trastorno (11% de los menores de 18 años atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria y 29% de los atendidos en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles de Andalucía en el año 2015) la complejidad diagnóstica, y las posibilidades de mejora con un tratamiento correcto, hacen necesario una evaluación y un abordaje adecuados en los niveles de atención de salud y educación.

El circuito de diagnóstico y tratamiento que siguen los niños con TDAH y sus familias es largo, azaroso y variable significativamente de unas zonas a otras.

Poner en práctica un consenso entre familias, profesores y profesionales de la salud sobre los elementos clave de diagnóstico, intervenciones y comunicación, estructurados, que aseguren un cuidado consistente, bien coordinado y coste-efectivo, es clave para el futuro de los niños con TDAH y de la sociedad en general.

Existen numerosas guías diagnósticas con aplicación muy desigual, los manuales DSM-5 y CIE-10, y las guías de práctica clínica de la American Academy of Pediatrics, del National Institute Clinical Excellence, la canadiense CADDRA, la española de la Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS, 2010; antes AATRM), entre otras, en las que el lector puede ampliar la información.

Con la puesta en marcha de este protocolo que canaliza el flujo de las intervenciones en el sistema sanitario andaluz, de manera coordinada y colaborativa con el sistema educativo, ***pretendemos mejorar la calidad y la continuidad de la intervención que se realiza en los niños y niñas con TDAH en Andalucía, facilitando la detección y el diagnóstico precoz, reduciendo la variabilidad y determinando las acciones más efectivas a realizar en cada momento y por los profesionales que deben llevarlas a cabo***, confluyendo con una de las líneas estratégicas fundamentales del tercer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA III)

En el PISMA III se plantean la creación de **Espacios de Colaboración** entre Atención Primaria y Salud Mental centrados en la población menor, y la creación de **Comisiones Intersectoriales** donde participen Servicios Educativos, Sanitarios (Atención primaria y Salud Mental) y Servicios Sociales

Comunitarios. Estos espacios hasta su completa instauración o generalización, pueden coexistir con los formatos actuales al objeto de no condicionar la puesta en marcha del protocolo.

**Bibliografía consultada:**

- American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. *Pediatrics* 2011;128;1007. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/128/5/1007.full.pdf>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 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.
- Barkley RA: Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. Third Edition. The Guilford Press, London 2006.
- Brown TE. Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2006 March; 53, (1): 35–46
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011. Disponible en: <http://caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>
- Catalá-López, F. Peiró S. Rido M. Sanfélix-Gimeno G. Gènova-Maleras R. Catalá M.A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012, 12:168.
- Dalsgaard S. et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 2015; 385: 2190–96
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Fernández-Jaén A. et al. Disfunción en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. *Rev Neurol* 2016; 62 (Supl 1): S79-84.

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.
- Hodgkins, P. Setyawan, J. Mitra, D. Davis, K. Quintero, J. et al. Management of ADHD in children across Europe: patient demographics, physician characteristics and treatment patterns. *Eur J Pediatr* 2013; 172:895–906
- International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, Fifth edition, 2016. Disponible en:
- Lora Espinosa, A. Diaz Aguilar. M.J. y Grupo de Trabajo TDAH-APAap. Accidentes y trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en escolares de 6 a 14 años de Andalucía. Conocer sus características, primer paso para su prevención. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/premiosaludinvestiga/anteriores/2010/PREMIOS\\_SALUDINVESTIGA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/premiosaludinvestiga/anteriores/2010/PREMIOS_SALUDINVESTIGA.pdf)
- NICE. Attention deficit hyperactivity disorder. Quality standard 2013 (QS39). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs39/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-2098614641605>
- NICE. Attention deficit hyperactivity disorder overview 2016. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/attention-deficit-hyperactivity-disorder>
- Polanczyk GV et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):434-42.

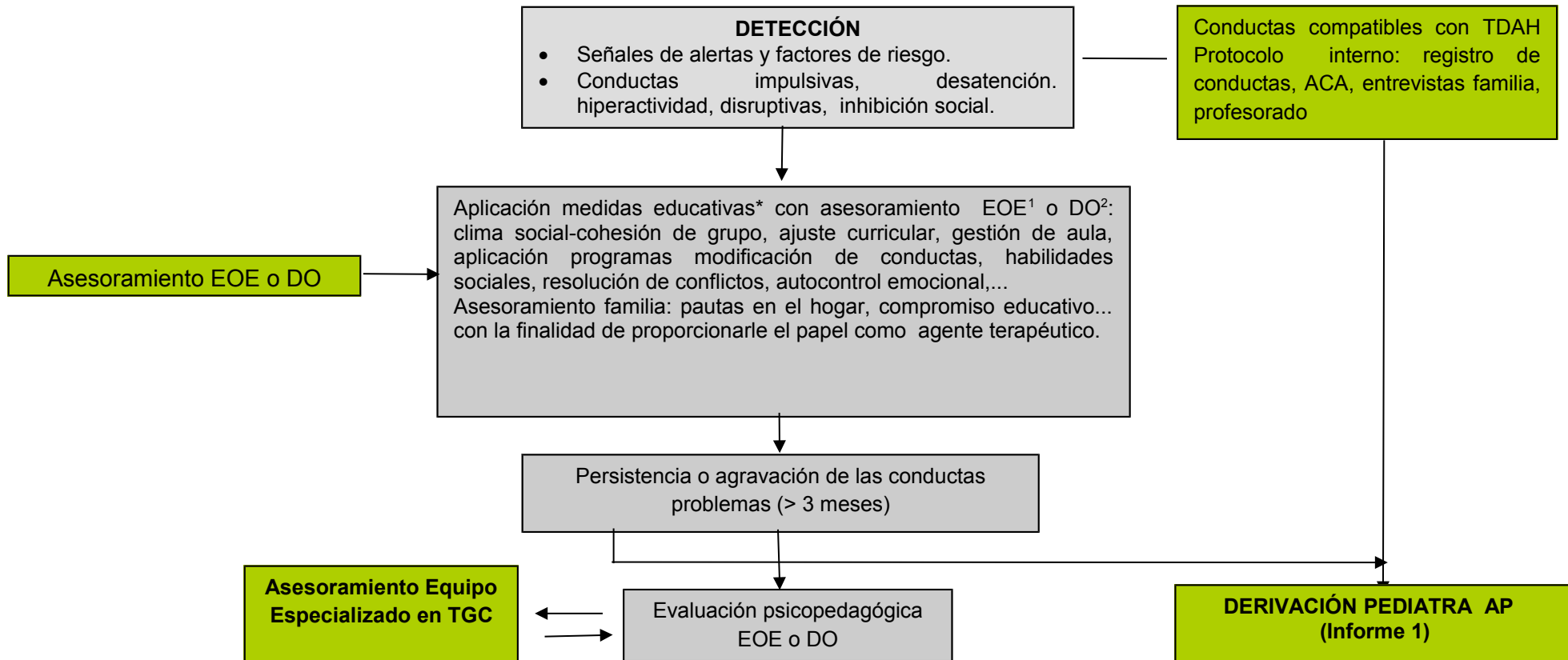
#### **Protocolos y Guías consultadas**

- *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes del SNS*
- *Proyectos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Proyecto: Optimización en el abordaje del TDAH. 2013-2015*
- *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*
- *Protocolo Murciano de TDAH*
- *Protocolo Gallego de TDAH*

## ÁMBITO EDUCATIVO

### FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL TDAH

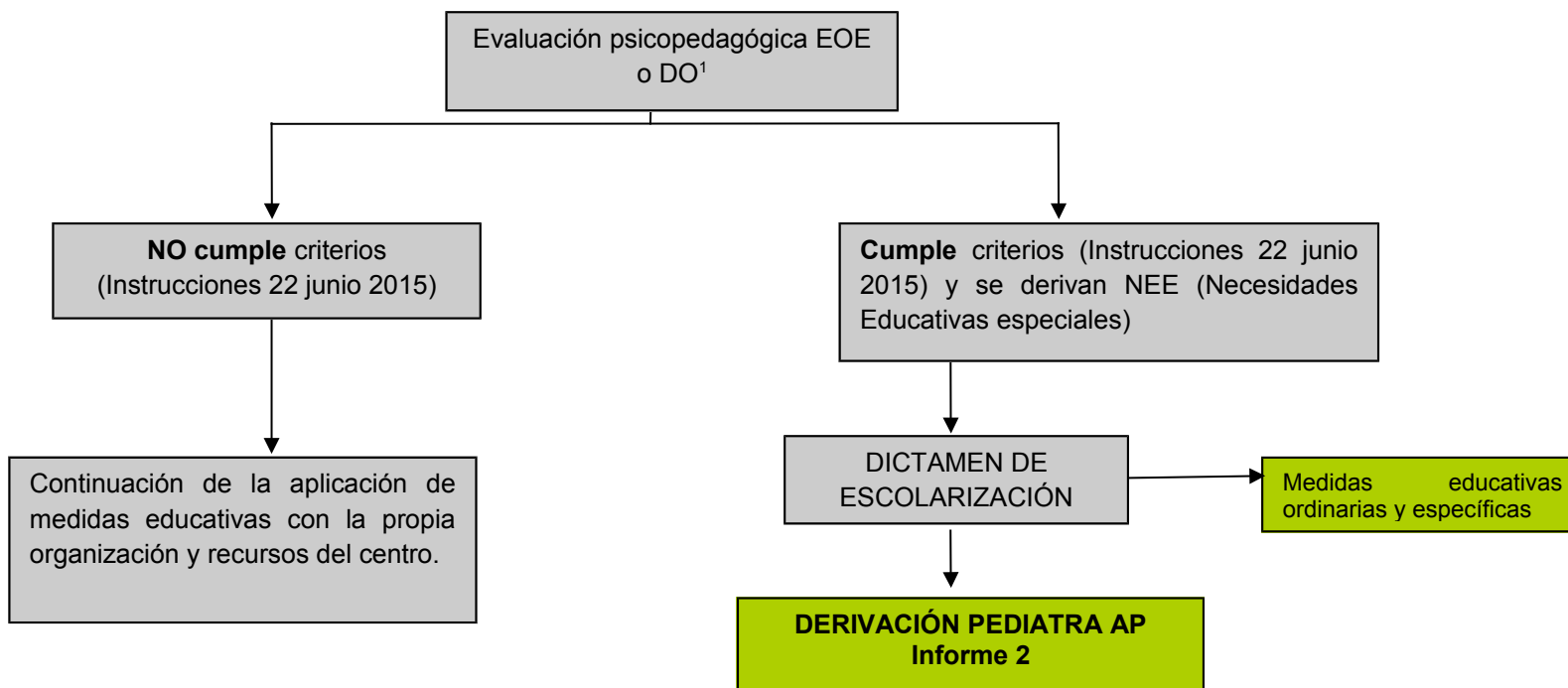
#### INTERVENCIÓN EDUCATIVA (1)



1. Equipo de Orientación Educativa. 2. Departamento de Ordenación

\* Instrucciones de 22 de junio de 2015 de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación

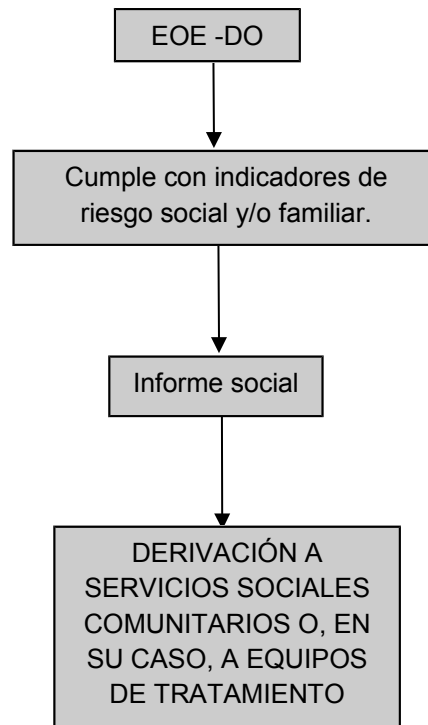
## INTERVENCIÓN EDUCATIVA (2)



<sup>1</sup> Escalas a realizar específicas:

- Escala de valoración del TDAH-IV” (ADHD Rating Scale-IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998).
- Escala Connors. (docentes y padres).
- Escala docente EDAH.
- BARKLEY.
- WISC-IV

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA (3)**  
**SI EXISTE RIESGO SOCIAL ASOCIADO**



## DOCUMENTO 1

### CONTENIDO DEL INFORME DE DERIVACIÓN DESDE EDUCACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

#### 1. Datos personales.

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Centro.
- Curso.
- Datos de los padres, madres o tutores o guardadores legales.

#### 2. Rendimiento escolar.

(Indicar si el rendimiento es adecuado en relación con el curso, ciclo y grupo-clase en el que se escolariza)

Adecuado

No adecuado

Otros (indicar cualquier otro aspecto relevante en relación con el proceso de aprendizaje):

#### 3. Conductas observadas.

- Descripción de las conductas observadas:
- Frecuencia y persistencia de las conductas:
- Las conductas, además de en la escuela, se producen en los siguientes contextos:
- Producen un deterioro en la actividad:

Personal

Social

Académica

#### 4. Actuaciones realizadas hasta el momento.

(Especificar, en su caso, pautas al profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o la alumna.)

## DOCUMENTO 2

### CONTENIDO DEL INFORME DE DERIVACIÓN DESDE EDUCACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

#### 1. Datos personales.

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Centro.
- Curso.
- Datos de los padres, madres o tutores o guardadores legales.

#### 2. Síntesis de la evaluación psicopedagógica.

##### 2.1. Información relevante en relación con:

- Aspectos cognitivos:
- Aspectos socio-afectivos:
- Aspectos de la comunicación y el lenguaje:

##### 2.2. Relación de pruebas aplicadas.

##### 2.3. Rendimiento escolar.

(Indicar si es adecuado en relación al curso, ciclo y grupo-clase en el que se escolariza)

Adecuado

No adecuado

Otros (indicar cualquier aspecto relevante relacionado con el proceso de aprendizaje):

##### 2.4. Conductas observadas.

- Descripción de las conductas observadas:
- Frecuencia y persistencia de las conductas:
- Las conductas, además de en la escuela, se producen en los siguientes contextos:
- Producen un deterioro en la actividad:
  - Personal
  - Social
  - Académica

#### 3. Actuaciones realizadas hasta el momento.

(Especificar, en su caso, pautas al profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o la alumna.)

Fecha, firma y sello

Fdo.: \_\_\_\_\_

(El orientador o la orientadora)

**AMBITO SANITARIO (ATENCIÓN PRIMARIA/ ATENCIÓN HOSPITALARIA)**



## **ENTRADA**

### **PEDIATRA DE AP / MEDICO DE FAMILIA**

- La familia detecta síntomas de TDAH que afectan negativamente el ámbito del hogar
- Salud recibe el documento de derivación escolar o el informe Psicopedagógico del alumno con sospecha de TDAH en el ámbito escolar.
- El Pediatra o médico de familia sospecha

### **ACTIVIDADES A REALIZAR EN AP**

1. Realizar una historia clínica completa (anamnesis y exploración) (Anexo 2).
2. Realizar valoración diagnóstica, diagnóstico diferencial (Anexo 3) y juicio clínico, La confirmación diagnóstica se realizará utilizando la clasificación CIE10 o DSM5 (Anexo 4).
3. Integrar los datos de Historia clínica, escalas, pruebas e informes escolares (que habrá recibido o que considere conveniente solicitar para complementar el juicio clínico) en la Historia de Salud de Diraya, donde se realizará la codificación diagnóstica según CIE10 (Anexo 5).
4. Si las sospechas se confirman y no existen criterios de derivación a Neuropediatría o Neurología o no existen dudas diagnósticas para derivar al Salud Mental (Anexo 6) se iniciará tratamiento con intervenciones psicológicas y/o farmacológicas, coordinando la intervención psicoeducativa con el Equipo de Orientación Escolar (EOE).
5. En los casos necesarios, se realizará interconsulta conjunta en el centro de salud con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), con la presencia del paciente y familia o en el espacio de colaboración, comentando la información disponible.
6. Tras la interconsulta en el espacio de colaboración, en caso de dudas diagnósticas, se derivará a la USMC que corresponda<sup>1</sup>, para una evaluación más específica y/o, si se confirma el diagnóstico, iniciar el tratamiento psicológico (terapia conductual+ entrenamiento a padres+ terapia cognitiva a niños+ entrenamiento en habilidades sociales), que es el tratamiento de elección en primera instancia para los casos leves, según la GPC del SNS
7. En caso de instaurar tratamiento farmacológico, será necesario seguir los siguientes pasos:
  - Realizar y registrar la historia cardiovascular antes de instaurar tratamiento farmacológico (Anexo 7).
  - Valorar contraindicaciones e interacciones farmacológicas (Anexo 8).
  - Proponer el mejor tratamiento farmacológico posible con la familia (Anexo 9).
  - Coordinar el tratamiento pedagógico y psicológico (Anexo 10).
8. Realizar Seguimiento al mes, 3 meses y posteriormente cada 6 meses para evaluar control de síntomas, presencia de efectos secundarios y gestión de estos y realizar la exploración clínica de seguimiento (peso, talla, presión arterial y frecuencia cardíaca).

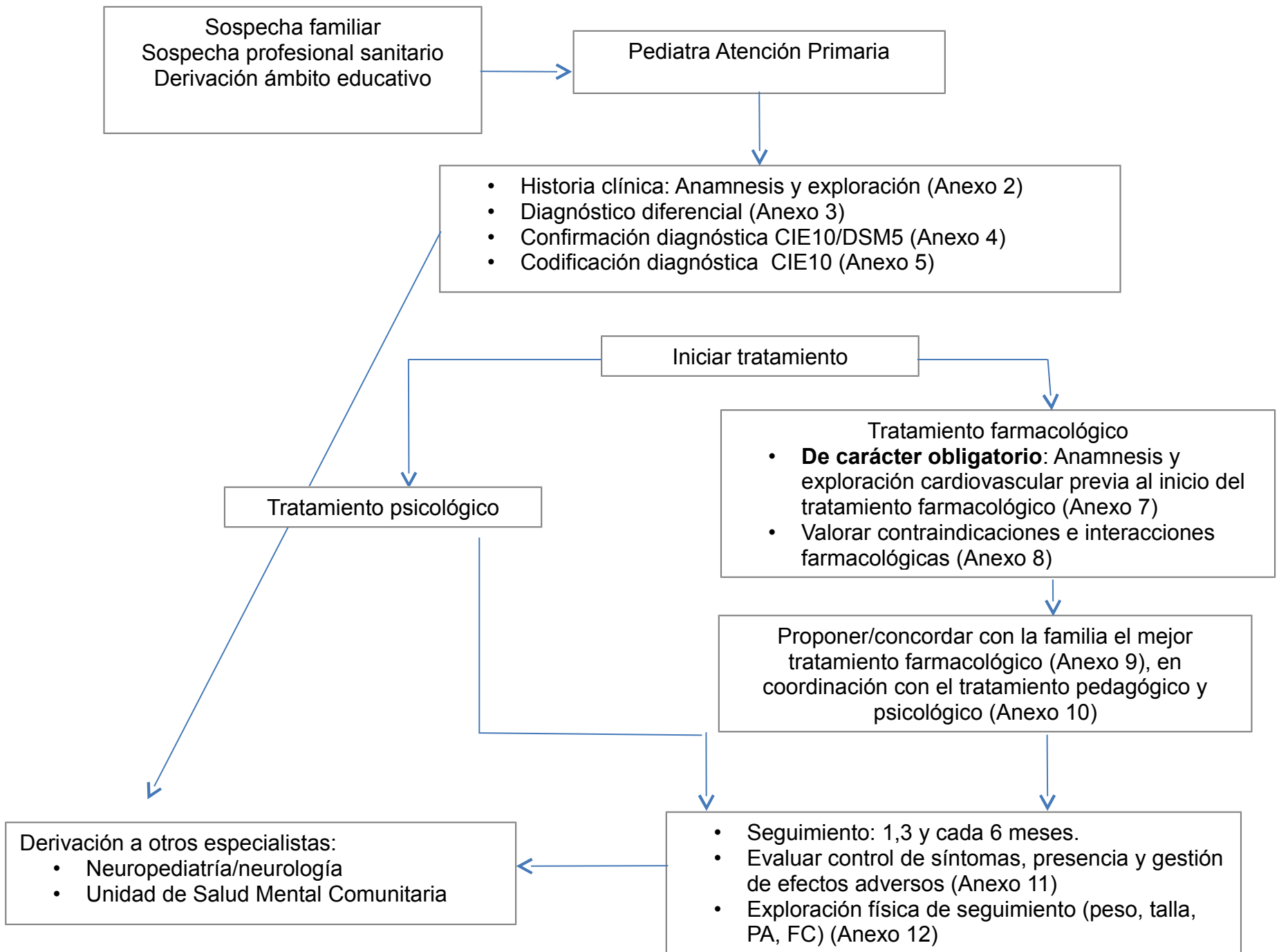
---

<sup>1</sup> La derivación se hará utilizando para ello el informe de derivación general establecido en la Historia de Salud de DIRAYA.

9. Evaluar periódicamente (al menos una vez al año) el impacto del TDAH en el niño y familia de forma estructurada (encuesta calidad de vida o encuesta impacto de Weiss) (Anexo 11).
10. En todo el proceso se cumplirán los criterios de calidad establecidos (Anexo 12).

### **ACTIVIDADES A REALIZAR en USMC**

1. Exploración clínica para confirmar/descartar diagnóstico.
2. Realizar/confirmar la codificación diagnóstica.
3. Intervención psicológica. Es el tratamiento de elección según la GPC del Ministerio, salvo que el caso sea muy grave, en cuyo caso se valorarán otras opciones terapéuticas, incluida derivación a USMIJ
4. Si es preciso, pautará tratamiento farmacológico, si no se hubiese iniciado por pediatra de AP.
5. Emitir un informe para la familia, el pediatra de AP y el centro escolar (tutor/EOE).
6. En el caso de que el tratamiento instaurado en USMC no obtuviera resultados satisfactorios (comorbilidad, dificultades terapéuticas específicas, gravedad del trastorno, ....) se optará por derivar a la USMIJ, tras consensuarlo en la Comisión Infantil de la UGC-SM, con la debida información a AP.



**ANEXO 1. CUESTIONARIO EVALUACIÓN O DETECCIÓN PRECOZ DEL TDAH BASADO EN LA PRIMERA RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PEDIATRÍA**

<b>Cuestionario evaluación o detección precoz del TDAH basado en la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Pediatría</b>		
Fernández Pérez, M.; Gonzalvo Rodríguez, C. An Pediatr. 2012;76:256-60		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. El rendimiento académico es malo o variable?		
2. ¿El profesor ha detectado problemas de aprendizaje?		
3. Es feliz en el centro escolar?		
4. Tiene algún problema de conducta?		
5. ¿Sigue instrucciones de principio a fin?		
6. ¿Termina el trabajo escolar asignado?		
7. Se accidenta en exceso?		
8. ¿Existen signos de inatención?		
9. Los padres tienen que sentarse a su lado para que haga los deberes?		
Si puntúa "SI" en los ítems 1,2,4,7,8,9 y "NO" en los ítems 3,5,6, se recomienda iniciar una evaluación bajo sospecha de TDAH		

## **ANEXO 2. MODELO DE HISTORIA CLINICA**

Los Pediatras de Atención Primaria podrán usar, como modelo, a la hora de realizar la Historia Clínica elaborada por el Grupo de trabajo de TDAH de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (Apap- Andalucía).

Localizable en:

[http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/Herramientas/4\\_H\\_CLINICA\\_corregida\\_JUN-2012.pdf](http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/Herramientas/4_H_CLINICA_corregida_JUN-2012.pdf) (Consultado el 15 de febrero de 2017)

## ANEXO 3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### 1. Según DSM5.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Diagnóstico diferencial
<b>Trastornos Psiquiátricos</b>
Trastorno negativista desafiante. Trastorno de conducta Trastorno explosivo intermitente. Trastorno de vinculación reactiva Los trastornos de ansiedad Los trastornos depresivos El trastorno bipolar Trastorno de disregulación del estado de ánimo perturbador Trastornos de la personalidad. Los trastornos psicóticos. Trastornos por uso de sustancias. Trastorno del espectro autista.
<b>Trastornos Neurológicos:</b>
Trastornos específicos del aprendizaje. Retraso mental (trastorno del desarrollo intelectual). Epilepsia Trastorno de coordinación motora
<b>Otros trastornos médicos:</b>
Encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas. Trastornos del sueño. Trastornos sensoriales. Disfunción tiroidea. Intoxicación por plomo. Anemia ferropénica. Síntomas de TDAH inducidos por medicamentos
<b>Factores ambientales:</b>
Estrés. Negligencia/abuso. Malnutrición. Inconsistencia en pautas educativas y de conducta. Abandono. Sobrestimulación.

## 2. Según la Guía ICSI.

<b>Problemas biomédicos</b>
Complicaciones perinatales Neurológicos (pe, Síndrome de La Tourette, trastorno convulsivo) Cromosomopatías (Síndrome X frágil) Metabólicos o endocrinos (p.ej., hipotiroidismo) Tóxicos y farmacológicos Ferropenia Deterioro sensorial Enfermedad crónica Trastornos del sueño
<b>Problemas Emocionales/Psiquiátricos</b>
Variación normal del desarrollo Trastorno de ansiedad Depresión/distimia/trastorno bipolar Trastorno generalizado del desarrollo/autismo Trastorno de oposición desafiante/trastorno de conducta Abuso de sustancias Trastorno adaptativo Psicosis
<b>Familiares/ Problemas psicosociales</b>
Entorno familiar disruptivo/caótico Discrepancia de estilo de comportamiento y expectativas ambientales Estrés familiar/transiciones Abuso/negligencias Factores culturales Psicopatologías de los padres y/o dependencia de sustancias Déficit de habilidades sociales
<b>Trastornos del lenguaje y habla</b>
Trastorno del lenguaje expresivo/receptivo Trastorno fonológico Disfemia Apraxia Trastorno del procedimiento auditivo central
<b>Problemas Académicos/Aprendizaje</b>
Deterioro cognitivo Trastorno específico del aprendizaje Altas capacidades Otras variables del estilo de aprendizaje y disfunción (pe, memoria, problemas de discriminación auditiva).

## ANEXO 4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD.

(Se usarán como herramienta de apoyo al diagnóstico, los criterios DSM5 o CIE10)

### 1. Criterios diagnósticos DSM5

<b>B. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, caracterizados por (1) y/o (2)</b>
<b>(1) INATENCIÓN:</b> ≥ 6 de los siguientes síntomas que han persistido al menos 6 meses en un grado inconsistente con su nivel de desarrollo y que tienen un impacto negativo en sus actividades sociales/académicas/ ocupacionales: <i>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas.</i>
a. A menudo no presta atención a detalles o comete errores por descuido en tareas escolares, el trabajo u otras actividades (pe, pasa por alto o pierde los detalles, el trabajo no es preciso).
b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (pe, tiene dificultad mantener la atención durante las conferencias, conversaciones, o lectura prolongada).
c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (pe, la mente parece en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
d. A menudo no sigue instrucciones, no finaliza tareas escolares, faenas, o deberes en el lugar de trabajo (pe, comienza tareas, pero pierde rápidamente el enfoque y se distrae fácilmente).
e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (pe, dificultad para manejar la secuencia de las tareas, dificultad para mantener los materiales y pertenencias en orden, trabajo desordenado, desorganizado, tiene mala gestión del tiempo, no cumple los plazos)
f. A menudo evita, le disgusta o muestra poco entusiasmo para dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (pe, trabajos escolares o domésticos; para los adolescentes mayores y los adultos, la preparación de informes, completar formularios, revisar documentos largos).
g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (pe, materiales escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, agenda, gafas, teléfonos móviles).
h. A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos (adolescentes mayores y adultos, pueden incluir pensamientos no relacionados).
i. A menudo es descuidado en las actividades diarias (pe, hacer las tareas, hacer recados; para los adolescentes y adultos, devolver las llamadas, pagar las cuentas, acudir a las citas).
<b>(2) HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:</b> ≥ 6 de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y repercuten negativamente en las actividades sociales y académicas/profesionales: <i>Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o la incomprensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas.</i>
a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
b. A menudo abandona su asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado (pe, se levanta en clase, en la oficina o cualquier otro lugar de trabajo o en otras situaciones que requieren permanecer en el lugar).
c. A menudo corre o salta en situaciones en que es inapropiado. (En los adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto).
d. A menudo no puede jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
e. A menudo "está en marcha" actúa como si "tuviera un motor" (pe, no puede estar o está incómodo durante un tiempo prolongado en restaurantes, reuniones; puede ser experimentado por otros como estar inquieto o dificultad para seguir).
f. A menudo habla en exceso.
g. A menudo precipita una respuesta ante una pregunta que no se ha completado (pe, completa oraciones de la gente, no puede esperar su turno en la conversación).
h. A menudo tiene dificultad para esperar su turno (pe, mientras espera en fila).
i. A menudo interrumpe o se inmiscuye (pe, se entromete en conversaciones, juegos o actividades, pueden comenzar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir permiso; para adolescentes y adultos, pueden invadir y apoderarse de lo que otros están haciendo).
<b>B. Algunos síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes &lt; 12 años.</b>
<b>C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (pe, en el hogar, la escuela o el trabajo, con amigos o familiares, en otras actividades).</b>
<b>D. Hay evidencia clara que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico o laboral.</b>
<b>E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (pe, del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o retirada).</b>



## 2 Criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo según la CIE10 (OMS, 1992):

<b>Déficit de atención</b> Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño
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 aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
<b>Hiperactividad</b> Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.
1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
<b>Impulsividad</b> Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del 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 turno en las colas u otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación. 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 (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

**ANEXO 5. CODIFICACIÓN CIE10 DE LOS TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN HIPERACTIVIDAD.**

314.01 (F90.2)	<b>Presentación Combinada:</b> Si ambos, Criterio A1 (falta de atención) y Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) están presentes durante los últimos 6 meses.
314.00 (F90.0)	<b>Presentación Predominantemente Inatento:</b> Si Criterio A1 (falta de atención) se cumple, pero el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple en los últimos 6 meses.
314.01 (F90.1)	<b>Presentación Predominantemente hiperactivo/impulsivo:</b> Si Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos 6 meses.
<p>Especificar si:</p> <p><b>En remisión parcial:</b> cuando anteriormente se cumplieron todos los criterios, pero en los últimos 6 meses no se cumplen y los síntomas aun causan daños en el funcionamiento social, académico u ocupacional.</p> <p>Especificar actual <b>severidad:</b> leve, moderada, severa</p> <p><b>Leve:</b> Cumple los síntomas requeridos para el diagnóstico pero no más y éstos producen deficiencias menores en sus actividades.</p> <p><b>Moderada:</b> Cumple síntomas y producen un deterioro ente leve y severo.</p> <p><b>Severa:</b> Muchos síntomas, más de los obligados para el diagnóstico, los síntomas son graves y causan un grave deterioro en el funcionamiento académico, social u ocupacional.</p>	
314.01 (F90.8)	<b>Otro Trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado</b>
314.01 (F90.9)	<b>Otro Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado</b>
<p>Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de déficit de atención / trastorno de hiperactividad aunque provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, o en otras áreas importantes de la actividad, no cumplen todos los criterios para el diagnóstico.</p>	

## ANEXO 6. INFORME DERIVACION A OTRAS ESPECIALIDADES

<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando existan dificultades para el diagnóstico y/o diagnóstico diferencial.</li><li>• Comorbilidad que no pueda manejarse en el nivel de atención o especialidad.</li><li>• Falta de respuesta a tratamiento correctamente instaurado.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se aportará un resumen de la Historia Clínica y el motivo de la derivación.</li><li>• Informe psicopedagógico escolar.</li><li>• Informe del seguimiento realizado.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En un periodo no superior a 3 meses desde la recepción del paciente, se emitirá un informe del profesional al que se deriva que contemple: valoración del paciente, diagnóstico, tratamiento instaurado y plan de seguimiento.</li></ul>

El pediatra o médico/a de familia derivará en caso de:

- Comorbilidad compleja
- Dudas en el diagnóstico
- Dudas en el diagnóstico diferencial
- Necesidad de inicio de tratamiento psicológico, por no existir mejoría tras instauración de medidas generales consensuadas.
- Evolución tórpida tras instaurar las medidas protocolizadas.

**Derivación a Neuropediatría.** Se aportarán las escalas y/o encuestas realizadas, el informe escolar a ser posible con valoración psicométrica y el informe médico con los tratamientos realizados:

- Si la edad es menor de 5 años.
- Si presenta retraso en otras áreas cognitivas o sociales.
- Ante hallazgos de afectación neurológica aislados o en el marco de enfermedades sistémicas: Macro o microcefalia; rasgos dismórficos, manchas sugestivas de enfermedad neurocutánea, alteración motórica, trastornos del movimiento (disonías, hiperextensión cefálica, movimientos cefálicos repetitivos de afirmación o negación); movimientos oculares anómalos
- Necesidad de confirmar diagnóstico
- Mala respuesta a tratamiento adecuado

**Derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC).** Se derivará tras la realización de la historia clínica (anamnesis y exploración) y de dos escalas específicas

- Escala de valoración del TDAH-IV” (ADHD Rating Scale-IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998).
- Escala Conners. (docentes y padres).

**Derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ).** Desde la USMC se derivará a la USMIJ en caso de:

- Necesidad de diagnóstico diferencial.
- Gravedad sintomática.
- Dificultad para tratamiento en Salud Mental Comunitaria.
- Comorbilidad

Momentos críticos:

- Cambio de equipo responsable del seguimiento

- Atención Primaria
- Atención hospitalaria
- Acompañamiento a la edad adulta

**ANEXO 7. HISTORIA Y EXPLORACIÓN CARDIOVASCULAR, ANTES DE INSTAURAR EL TRATAMIENTO DEL TDAH. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SÚBITA INFANTIL ANTES DE INICIAR MEDICACIÓN CON PSICOESTIMULANTES (Guía ICSI)\***

<b>HISTORIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>Fatiga con el ejercicio(más que otros niños de su misma edad) en ausencia de una explicación alternativa (ej. asma, sedentarismo, obesidad, etc.</i>		
<i>Poca tolerancia al ejercicio (en comparación con otros niños) en ausencia de una explicación alternativa (ej. asma, sedentarismo, obesidad, etc.</i>		
<i>Desmayos o convulsiones con el ejercicio, un sobresalto o un susto fuerte</i>		
<i>Palpitaciones causadas por el ejercicio</i>		
<i>Antecedentes familiares de muerte súbita (incluyendo Sd muerte súbita del lactante) , o inexplicables ahogamiento o accidente de coche (en amiliares de 1er- 22º grado)</i>		

<b>ANTECEDENTES PERSONALES/FAMILIARES (FAMILIARES DE 1er-2º GRADO) DE ENFERMEDAD CARDÍACA NO ISQUÉMICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>Síndrome de QT largo u otras arritmias familiares</i>		
<i>Síndrome de Wolff-Parkinson-White</i>		
<i>Cardiomiopatía</i>		
<i>Trasplante de corazón</i>		
<i>Hipertensión pulmonar</i>		
<i>Inexplicables ahogamiento o accidente de coche</i>		
<i>Implante de un desfibrilador</i>		

<b>HISTORIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>Hipertensión</i>		
<i>Presencia de soplo no funcional</i>		
<i>Esternotomía</i>		
<i>Otro hallazgo cardíaco anormal</i>		

(SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE ESTOS ITEMS DEBE ACUDIR AL ESPECIALITA EN CARDIOLOGÍA)

(\*)

[https://www.icsi.org/guidelines\\_\\_more/catalog\\_guidelines\\_and\\_more/catalog\\_guidelines/catalog\\_behavioral\\_health\\_guidelines/adhd/](https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/adhd/)

Ahmann,2011 (High Quality Evidence); Wilens 1992 (Low Quality Evidence)

Traducción Díaz-Aguilar&Lora Espinosa 2012

**ANEXO 8. VALORACIÓN DE CONTRAINDICACIONES E INTERACCIONES, PREVIA A LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PERSONALIZADO.**

CONTRAINDICACIONES		INTERACCIONES
<b>Psicoestimulantes</b>	Hipersensibilidad	Guanfacina
	Uso concomitante con IMAO en los 14 días posteriores	Antihipertensivos
	Hipertiroidismo	Analgésicos narcóticos
	Hipertensión moderada o gravedad	Anestésicos halogenados
	Cardiopatía estructural	Clorpromazina
	Gkaucoma	Haloperidol
	Psicosis	Carbonato de litio
	Trastorno bipolar grave	Alcohol
	Estados de agitación	Anticoagulantes cumarínicos
	Feocromocitoma	Anticonvulsivantes
	Clonidina	
	Agonistas dopaminérgicos (antipsicóticos, DOPA, antidepresivos tricíclicos)	
	Pseudoefedrina	
	Atomoxetina	
<b>No Psicoestimulantes</b>	Hipersensibilidad IMAOs	Inhibidores CYP2D6 (fluoxetina, paoxetina)
	Glaucoma	Inhibidores de las enzimas del citocromo P 450 distintos al CYP2D6
	Trast. Graves cardiovasculares y cerebrovasculares	Antihipertensivos
	Feocromocitoma	Salbutamol nebulizado a dosis altas
		Otros fármacos que aumenten el QT (neurolépticos, antiarrítmicos, moxifloxacinao, eritromicina, metadona, litio, antidepresivos tricíclicos, cisaprida)
	Descongestivos (fenilefrina, pseudoefedrina)	
	Psicoestimulantes	

## ANEXO 9. ELECCIÓN DEL FÁRMACO. FÁRMACOS APROBADOS EN ESPAÑA PARA LA INDICACIÓN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD.

Anexo 9. Fármacos con indicación para el TDAH comercializados en España							
Psicoestimulantes					No psicoestimulantes		
METILFENIDATO					LISDEXANFETAMINA	ATOMOXETINA	GUANFACINA
Presentación	Comprimidos Liberación Inmediata	Comprimidos Liberación Prolongada	Cápsulas Liberación Modificada 50/50	Cápsulas de liberación modificada 30/70			
Fecha comercialización	1981 / 2009	2004	2007	2012	2014	2006	2017
Presentación (mg)	5, 10, 20	18, 27, 36, 54	10, 20, 30, 40	10, 20, 30, 40, 50	30, 50, 70	10, 18, 25, 40, 60, 80	1,2,3,4
Acción inmediata	100%	22%	50%	30%	Semivida 11 h.	Semivida 3,6 h. en metabolizadores rápidos, hasta 21 h. en lentos.	Semivida entre 10 y 30 horas (promedio 18h)
Acción prolongada	0	78%	50%	70%			
Duración del efecto	3 – 4 h.	10 – 12 h.	6-8 h.	8 h.	13 h.	24h	24h
Nº Dosis/día	3	1	1-2	1	1	1-2	1
Dosificación	0,5 – 2 mg/kg/día				Dosis inicio 30 mg	0,5-1,8 mg/kg/día	Dosis inicial 1mg. Aumentar hasta 0,05-0,12 mg/kg/día
Efectos secundarios	Anorexia, pérdida de peso, cefalea, dolor abdominal, insomnio, ligero aumento de FC y TA					Anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, ligero aumento de FC y TA, somnolencia. Raras veces: hepatotoxicidad e ideación suicida	Hipotensión, bradicardia, somnolencia, sedación, pérdida de apetito, sequedad de boca, prolongación QT
Contraindicaciones	Sensibilidad a los psicoestimulantes, glaucoma, feocromocitoma, administración conjunta con IMAO, enfermedad cardiovascular estructural, HTA, Hipertiroidismo, anorexia nerviosa. No se recomienda su administración durante el embarazo					Hipersensibilidad a la atomoxetina, glaucoma, administración conjunta con IMAO	Aripiprazol. Puede aumentar la concentración de ácido valproico
Se recomienda leer las Fichas técnicas FC: Frecuencia cardiaca; HTA: Hipertensión arterial; IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa; TA: Tensión arterial.							





ACTUACIONES

AMBITO EDUCATIVO	AMBITO SANITARIO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DIAGNÓSTICO:
<u>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</u>
FÁRMACO: _____
DOSIS: _____

Fecha próxima revisión:
Aportará para la evaluación:

## ANEXO 11. SEGUIMIENTO

### GESTIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. GESTIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS COMUNES ASOCIADOS AL USO DE PSICOESTIMULANTES (Guía ICSI)<sup>1</sup>

Efectos adversos	Manejo - Tratamiento
ANOREXIA, PERDIDA DE PESO Y DOLOR DE ESTÓMAGO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar la dosis después de las comidas</li><li>- Desayunos, meriendas, y cenas hipercalóricos</li><li>- Limitar el psicoestimulante para necesidades prioritarias</li><li>- Considerar la derivación al nutricionista</li></ul>
INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tener un tiempo de relajación tras la escuela</li><li>- Administrar dosis lo más temprano posible en el día</li><li>- Eliminar la dosis de la noche</li><li>- Cambiar a fármaco de acción corta</li><li>- Considerar la posibilidad de cambiar de fármaco (ej. atomoxetina, clonidina, antidepresivos, etc)</li></ul>
IRRITABILIDAD MAL HUMOR  (normalmente ocurre cuando el fármaco está desgastado)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Combinación de dosis/psicoestimulante</li><li>- Bajar la dosis</li><li>- Combinación tratamiento de acción corta y prolongada</li></ul>
IRRITABILIDAD GENERALIZADA, DISFORIA, AGITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluar los picos de los síntomas</li><li>- Considerar la posibilidad de que exista Ttno comórbido</li><li>- Educar la dosis o cambiar tratamiento de acción prolongada</li><li>- Considerar la posibilidad de Tto complementario (ej. otro psicoestimulante, antidepresivo, etc.)</li></ul>
TICS  (vocales, motores)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Controle si es leve o poco frecuente</li><li>- Valorar el beneficio/riesgo con los padres</li><li>- Considerar la posibilidad de medicamento alternativo (ej. atomoxetina, clonidina, guanfacina, etc)</li><li>- [*]</li></ul>
CEFALEAS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evalúe la duración de las mismas</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzca la dosis hasta una dosis terapéutica</li> <li>- Trate con fármacos de acción prolongada</li> <li>- Considere la posibilidad de medicamento alternativo</li> </ul>
CRECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limite el psicoestimulante a necesidades de alta prioridad (ej. suspender el Tto los fines de semana o vacaciones)</li> <li>- Considere la posibilidad de dar fármacos alternativos</li> <li>- [*]</li> </ul>

[\*] Dirija todas las metas de gestión en el bienestar del niño en su vida diaria y su futuro. Durante las visitas de evaluación y de gestión, tome en consideración factores médicos, psicosociales y educativos. Dé orientación preventiva en cada visita, lo que puede incluir expectativas a corto y largo plazo, de estudio y habilidades de organización, orientación sobre el manejo del comportamiento, preocupaciones de los adolescentes y los recursos de actualización. Revise la gestión de la atención multimodal, según sea necesario. En la transición a la vida adulta tenga en cuenta la necesidad de una planificación cuidadosa de la educación post-secundaria o de formación profesional

(1)

[https://www.icsi.org/guidelines\\_more/catalog\\_guidelines\\_and\\_more/catalog\\_guidelines/catalog\\_behavioral\\_health\\_guidelines/adhd/](https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/adhd/)

Ahmann, 2011 (High Quality Evidence); Wilens 1992 (Low Quality Evidence)  
Traducción Díaz-Aguilar & Lora Espinosa 2012

## **ANEXO 12. CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA AL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

<b>Criterios de calidad en la asistencia al niño con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)</b>
<b>Realización de historia clínica donde se documenten:</b>
• Cumplimiento de criterios DSM-5/CIE10 para el diagnóstico
• Realización de diagnóstico diferencial con otros problemas médicos, psiquiátricos, psicosociales y de aprendizaje
• Historia cardiovascular antes de iniciar el tratamiento farmacológico
• Realizar pruebas diagnósticas complementarias sólo si la anamnesis y/o exploración clínica lo indican
• Plan individualizado de tratamiento
• Seguimiento periódico clínico, funcional y exploratorio
• Investigación de efectos adversos del tratamiento y estrategias para su corrección
• Comunicación fluida con la familia y el niño-adolescente con TDAH y estructurada con los profesionales involucrados del centro escolar y sanitarios

## 1. CHECKLIST

	<b>EVALUADO</b>
Documentar estatura, peso corporal y apetito	
Documentar cualquier indicio de abuso o uso incorrecto del MTF, o de incumplimiento del tratamiento	
<b>Nuevos síntomas cardiovasculares</b>	
Registrar TA y FC	
Palpitaciones	
Dolor opresivo en el pecho	
Síncope	
Disnea	
Otros síntomas que sugieran trastorno cardiaco	
<b>Nuevos síntomas neurológicos</b>	
Cefalea grave	
Problemas de coordinación, habla, memoria	
Aumento de la frecuencia de convulsiones o aparecen convulsiones por primera vez	
<b>Nuevos síntomas psiquiátricos o empeoramiento de los mismos</b>	
Síntomas psicóticos o maníacos. Comportamiento o tendencias suicidas	
Comportamiento agresivo u hostil	
Agitación, ansiedad, síntomas depresivos	
Aparición o empeoramiento de tics	