



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid

Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) en la Comunidad de Madrid, España.

Necesidad de la implantación de un protocolo de actuación.

Prof. Dr. Raúl García Vallejo.

- Prof. Asoc. Facultad de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid (España).
- Enfermero Centro de Salud Campamento, Madrid. España.

Ma Ángeles Quintana Bravo

- Médico especialista en Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ángeles López, Leganés; España.



Facultad de Enfermería,
Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid



1. INTRODUCCIÓN

- El TDAH es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo que se caracteriza por una **atención lábil y dispersa**, y una **impulsividad e inquietud motriz exagerada**, sin carácter propositivo.
- Dicho cuadro **repercute** no sólo **sobre el aprendizaje**, sino también en **el óptimo desarrollo evolutivo del niño**, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad.



1. INTRODUCCIÓN

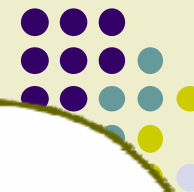
- ❖ Existen tres subtipos:

- ❖ Inatento
- ❖ Impulsivo/hiperactivo
- ❖ Combinado

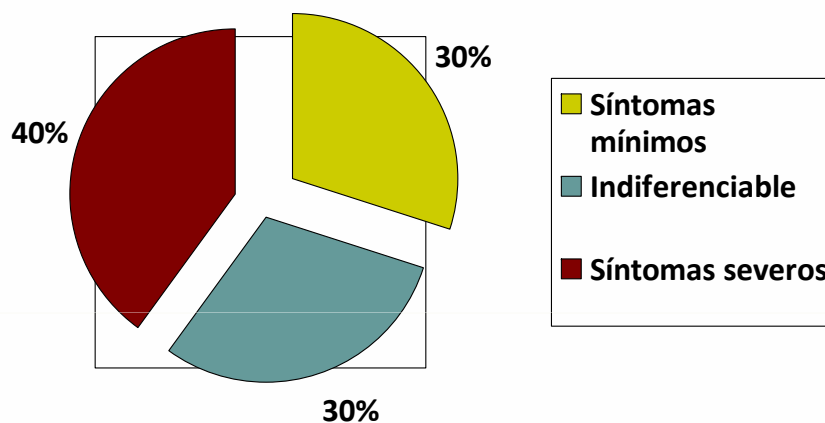
- ❖ Enfermedad grave con afectación física, psíquica y social, tanto a nivel personal como familiar.

- ❖ De hecho, “la calidad de vida en niños con TDAH severo puede ser tan baja como en niños con cáncer o parálisis cerebral”. *Dr. Fernández Jaén. Madrid, dic. 2012.*





- Niño→Adolescente→Adulto (Prof. Rusell Barkley)



- *Accidentes (tráfico, laborales),*
- *Inestabilidad laboral, de pareja,*
- *Embarazo precoz,*
- *Consumo de drogas,*
- *Ansiedad, depresión...*

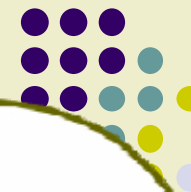
- Por eso el TDAH se considera como una **enfermedad crónica, no curable**, aunque sí aceptablemente manejable con un tratamiento adecuado y precoz.



2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS



- ✎ El TDAH es el trastorno de origen neurobiológico **más común** en la infancia.
- ✎ Es también la enfermedad psiquiátrica crónica **más frecuente** en la edad pediátrica.
- ✎ **Prevalencia** mundial del TDAH en edad escolar: **6-8% \pm 3**.



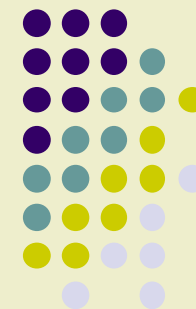
- Supondría **un/a niño/a por cada aula** de 20-25 alumnos.



- En España y en la Comunidad de Madrid (en niños de 4 a 15 años) la prevalencia se estima en el **4,2% \pm 2,7**



ESTUDIO	PAÍS	PREVALENCIA
Pineda DA, et al. (2003)	Colombia	11,5%
Cornejo JW, et al. (2005)	Colombia	15,9%
Vélez van Meerbeke, A (2008)	Colombia	5,7%
Canino G, et al. (2004)	Puerto Rico	8%
Michanie C, et al. (2007)	Argentina	9%
Pastura G, et al. (2007)	Brasil	9%
Jara García, Wilmer (2008)	Perú	8%
Montiel-Nava C, et al. (2008)	Venezuela	10%
Gonon F et al, (2010)	EE.UU.	7-9%
Cardo E y Servera-Barceló M (2007)	Mallorca (España)	4,6%
Rodríguez Molinero L, et al. (2009)	Castilla y León (España)	6,7%
Jiménez JE, et al. (2012)	Islas Canarias (España)	4,9%
Ramos y Díaz (2014)	Islas Canarias (España)	11,5%



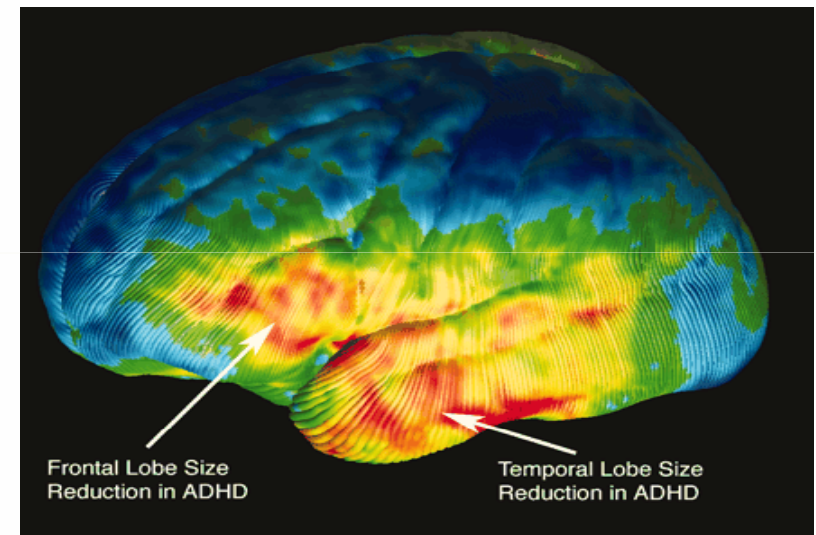
DSM 5 más permisivo
que CIE 10

III Congreso Internacional Iberoamericano de
Enfermería. Colombia, 2016.



4. ETIOLOGÍA

- No se conoce causa exacta, ni si es única o multifactorial.
- No hay marcadores clínicos y/o de laboratorio.
- Sí existe evidencia* de:
 - Alteraciones funcionales en la red de ganglios frontobasales del hemisferio dcho.
 - Menor volumen de los lóbulos frontales, ganglios basales y parte del cuerpo calloso.

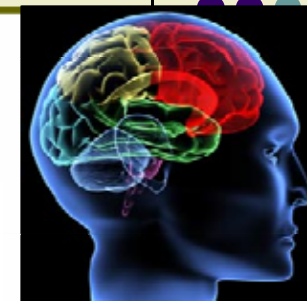
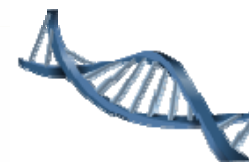


*Metanálisis de estudios de la imagen por RM en TDAH:

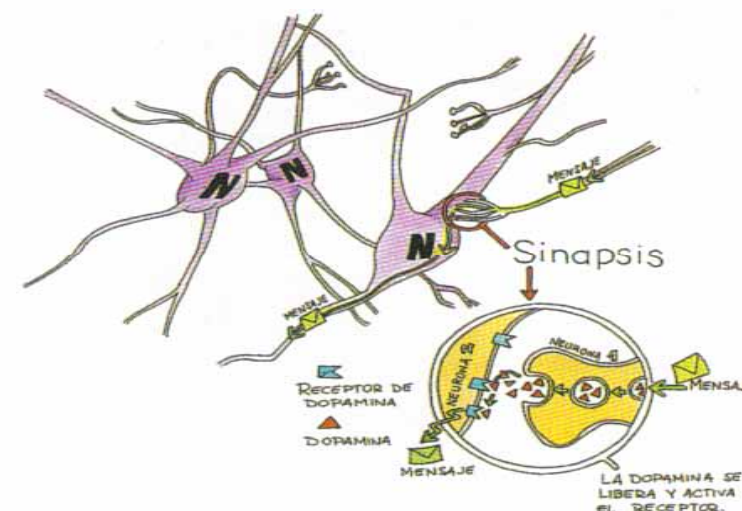
- Hart H et al. Archives of General Psychiatry. 2012 Dic;1(14)
- Cortese S et al. American Journal of Psychiatry. 2012 Oct;169(10)

La comprobación de diversos factores como:

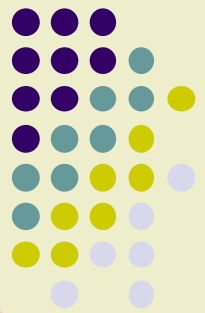
- Las alteraciones neurobiológicas del **cerebro**
- La **alteración de diversos genes *dopamínicos***.
- La **actividad reducida de las vías frontoestriales** (abundantes en terminaciones dopaminérgicas).
- Más el **beneficio terapéutico** obtenido mediante la administración de psicoestimulantes...



Han establecido la llamada
TEORÍA DOPAMINÉRGICA
sobre el origen del TDAH.



6. TRATAMIENTO



El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el **multimodal**: combina el farmacológico, psicológico y psicopedagógico, siendo fundamental el papel de la familia y profesorado.



6. TRATAMIENTO

- 6.1. Tratamiento farmacológico

- 6.1.1. *Estimulantes:*

- Metilfenidato (MTF)
- Lisdexanfetamina (LDX).



- 6.1.2. *No estimulantes:* Atomoxetina (ATX)

Actúan:

- En el área cognitiva:
 - Mejora la atención, especialmente la sostenida
 - Mejora el tiempo de reacción
 - Mejora los estilos de respuestas
 - Reduce la impulsividad
 - Mejora la memoria, especialmente a corto plazo
- En el área motora: Aminora la inquietud motriz no propositiva
- En el área escolar: Disminuye la distracción en tareas concretas

6. TRATAMIENTO

- 6.2. Tratamiento no farmacológico.

- 6.2.1. Tratamiento psicológico.



- 6.2.2. Tratamiento psicopedagógico





**¿CUÁL ES LA FORMA MÁS
EFECTIVA DE ACTUAR
FRENTE AL TDAH?**





Posibles soluciones (según recomendaciones de grupos de expertos y guías de práctica clínica):

IMPLEMENTAR PROTOCOLOS SOBRE TDAH

- **Consenso del GEITDAH** sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention deficit/hiperactivity disorder. **Clinical practice Guideline:** Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention deficit/hiperactivity disorder.
- **ACINDES.** La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): **Consenso multidisciplinar** y evidencias para la puesta en práctica.
- **Scottish Intercollegiatr Guidelines Network.** Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline 2001.
- **Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).** Diagnosis and management of attention deficit hiperactivity disorder in primary care for achool age children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. **Evidence based clinical practice guideline** for outpatient evaluation and management of attention deficit/hiperactivity disorder. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004.
- 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:
- **Clinical practice guideline:** diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder.

7. ROL DE ENFERMERÍA EN EL TDAH

- Los documentos de grupos de expertos multidisciplinarios como el de **ACINDES**, del **GEITDAH** o la **GPC** del Ministerio de Sanidad, también proclaman el importante papel a desarrollar por la **enfermera de AP**.

La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH):

Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica



Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Francisco Montañés-Rada, Xavier Gastaminza-Pérez, Miguel A. Catalá, Francisco Ruiz-Sanz, Pedro M. Ruiz-Lázaro, Óscar Herreros-Rodríguez, Marta García-Giral, Juan Ortiz-Guerra, José A. Alda-Díez, Dolores Mojarro-Práxedes, Tomás Cantó-Díez, María J. Mardomingo-Sanz, Jordi Sasot-Llevadot, Montserrat Pàmias, Francisco Rey-Sánchez; Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH).

Resumen. El GEITDAH, Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), presenta en este artículo un consenso de expertos de toda España sobre el manejo del TDAH. Se han consensado aspectos básicos que deberían ser el punto de partida para futuros consensos locales o regionales. Es también un objetivo de este consenso disminuir la variabilidad en la asistencia que se da en nuestro país al TDAH y servir de estímulo para fines docentes. Su reducida extensión permitirá una mayor difusión a fin de lograr todos estos fines de forma más efectiva. Las conclusiones del consenso se han articulado en torno a una introducción sobre aspectos básicos y recomendaciones para: diagnóstico, tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico), flujo de pacientes y aspectos organizativos.

Palabras clave. Consenso. GEITDAH. Guía. TDAH.

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



11. MATERIAL Y MÉTODOS

11.1 INTRODUCCIÓN

- Situación de partida (enero de 2011). **Caso:** niño/a de 4 a 14 años que tuviera registrado en su historia clínica el episodio “niño hiperactivo” o similar (cód. p21 de la CIAP).
- Niños adscritos a zonas básicas de salud de la Dirección Asistencial (DA) Centro de Madrid, cuyos CS utilizasen OMI-AP.

Búsqueda Jerárquica


Palabra Clave D

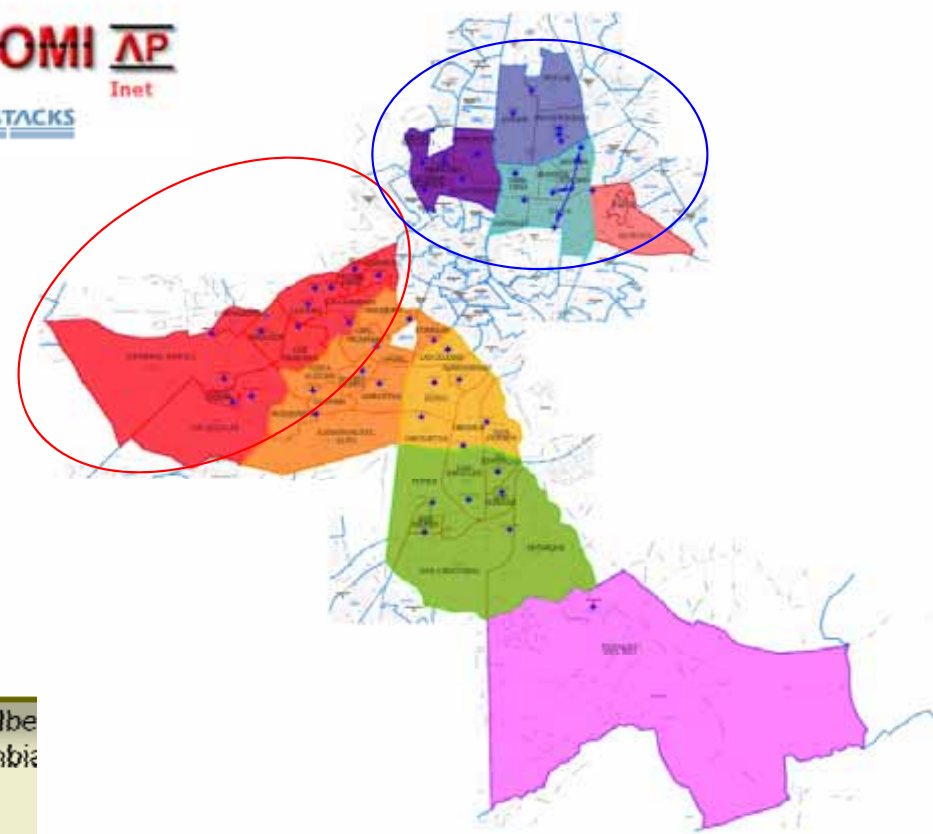
Capítulo

Todos

Resultado final

P21	NIÑO HIPERACTIVO	Problemas Psicológicos
P21	NIÑO HIPERCINETICO	Problemas Psicológicos
P21	SINDROME HIPERCINETICO NIÑO	Problemas Psicológicos
P21	SUBNORMAL APRENDIZ	Problemas Psicológicos
P21	DISTURBIO CONDUCTA NC	Problemas Psicológicos
P21	HIPERACTIVO NIÑO	Problemas

 Cancelar



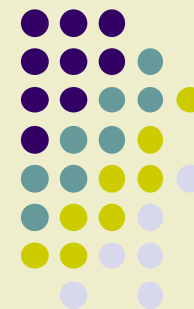


Tabla 1: Proporción de casos TDAH sin depurar y después de depurar.

Enero de 2011					
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	% TDAH	Casos depurados	% TDAH
CAMPAMENTO	1426	56	3,93	28	1,96
CARAMUEL	2029	82	4,04	60	2,96
GRAL. FANJUL	2201	65	2,95	42	1,91
LAS ÁGUILAS	2050	48	2,34	31	1,51
CÁRMENES	2102	58	2,76	42	2,00
YÉBENES	2963	82	2,77	71	2,40
LUCERO	3999	129	3,23	69	1,73
MAQUEDA	2272	68	2,99	47	2,07
PTA. ANGEL	1560	15	0,96	7	0,45
VALLE INCLÁN	1049	7	0,67	4	0,38
Dist. Latina	21651	610	2,82	401	1,85

Enero de 2011					
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	% TDAH	Casos depurados	% TDAH
CEA BERMUDEZ	1913	30	1,57	17	0,89
DAROCA	4474	91	2,03	65	1,45
ELOY GONZALO	2422	102	4,21	58	2,39
ESPRONCEDA	2992	51	1,70	34	1,14
GUZMÁN EL BUENO	1419	16	1,13	10	0,70
MONTESA	2047	26	1,27	24	1,17
PROSPERIDAD	1006	13	1,29	10	0,99
Resto DA	16273	329	2,02	218	1,34

DA Centro con OMI-AP

2,42

1,6

III Congreso Internacional de Enfermería

Enfermería. Colombia, 2016.



- Se evidencia:

- A. Baja proporción de niños con TDAH.
- B. Inadecuado registro de casos.

Posibles soluciones:

- Realización de un DC entre AE y AP (Anexo 1). →

- Realización de actividades formativas (Anexo 2). →

16. ANEXO 1. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ACTUACIÓN ASISTENCIAL SOBRE TDAH EN ATENCIÓN PRIMARIA.



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH).

**Documento de consenso sobre la actuación en Atención Primaria.
(Detección: seguimiento/derivación)**



Grupo investigador:

- Raúl García Vallejo. Enfermero, CS Campamento (Dir. Asistencia Centro, Madrid). Prof. Asociado Dpto. Enfermería (UCM).
- Patrikio José Ruiz Lázaro. Pediatra CS Manuel Merino, Alcalá de Henares (Dir. Asistencia Este, Madrid). Miembro del Grupo Nacional de TDAH AEPap.
- Alberto Fernández Jaén. Neurólogo infantil Hospital Quirón Madrid. Centro CADE.
- Sonia López Palacios. Directora de Enfermería. (Dir. Asistencia Centro, Madrid).
- Carmen Moliner Prada. Responsable de Centros de Atención Primaria. (Dir. Asistencia Centro, Madrid).

El presente documento toma como referencia uno previo, elaborado en 2007, entre el Hospital Clínico de S. Carlos (HCSC) y la antigua Área 7 de Atención primaria de Madrid (actualmente integrada, en su mayor parte en la Dirección Asistencial (D.A.) Centro.

17. ANEXO 2. ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE TDAH PARA PEDIATRAS Y ENFERMERAS DE CS DEL DISTRITO LATINA.



Objetivos generales (de la intervención):

- Proporcionar a los pediatras y enfermeras de pediatría conocimientos, actitudes y habilidades sobre el TDAH, que les permitan detectar precozmente y manejar adecuadamente los casos que traten, diferenciándolo de otros trastornos de psicológicos de la infancia.
- Colaborar en la mejora de la calidad de vida de los niños, actuales y futuros, afectados por este trastorno.

Objetivos específicos (a conseguir por el grupo de participantes):

- Expresar sus conocimientos y experiencias sobre el TDAH
- Conocer las principales características clínicas, educativas y sociales de la hiperactividad, impulsividad e inatención.
- Reconocer precozmente los posibles casos que se presenten y emitir un diagnóstico certero, cuando sea pertinente.
- Conocer las técnicas para realizar diagnósticos diferenciales.
- Saber qué casos se deben derivar a otros especialistas.
- Realizar eficientemente el seguimiento de los TDAH simples.

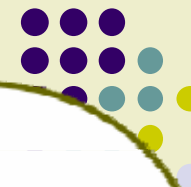


Tabla 9: Evolución de los casos mal registrados.

	ene-11				nov-11				jun-12			
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro
CAMPAMENTO	1426	56	28	50,00	1407	50	27	46,00	1433	35	28	20,00
CARAMUEL	2029	82	60	26,83	2076	74	50	32,43	2083	80	51	36,25
GRAL. FANJUL	2201	65	42	35,38	2202	67	45	32,84	2211	67	50	25,37
LAS ÁGUILAS	2050	48	31	35,42	2089	46	31	32,61	2122	39	29	25,64
CÁRMENES	2102	58	42	27,59	2182	66	52	21,21	2248	76	60	21,05
YÉBENES	2963	82	71	13,41	3047	83	74	10,84	3058	87	78	10,34
LUCERO	3999	129	69	46,51	3988	136	73	46,32	4046	142	83	41,55
MAQUEDA	2272	68	47	30,88	2318	61	43	29,51	2372	59	40	32,20
PTA. ANGEL	1560	15	7	53,33	1578	23	13	43,48	1601	20	11	45,00
VALLE INCLÁN	1049	7	4	42,86	1008	11	6	45,45	998	13	7	46,15
Dist. Latina	21651	610	401	34,26	21895	617	414	32,90	22172	618	437	29,29

	ene-11				nov-11				jun-12			
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro	Pobl. 4-14a	Casos sin depurar	Casos depurados	% mal registro
CEA BERMUDEZ	1913	30	17	43,33	1849	32	20	37,50	1867	38	21	44,74
DAROCA	4474	91	65	28,57	4577	89	59	33,71	4616	107	70	34,58
ELOY GONZALO	2422	102	58	43,14	2440	103	58	43,69	2451	110	61	44,55
ESPRONCEDA	2992	51	34	33,33	3017	63	33	47,62	3043	58	30	48,28
GUZMÁN EL BUENO	1419	16	10	37,50	1368	17	12	29,41	1378	25	16	36,00
MONTESA	2047	26	24	7,69	1730	21	20	4,76	1762	25	24	4,00
PROSPERIDAD	1006	13	10	23,08	1029	9	7	22,22	975	6	4	33,33
Resto DA	16273	329	218	33,74	16010	334	209	37,43	16092	369	226	38,75

	ene-11	nov-11	jun-12
Latina	34,26	32,90	29,29
Resto DA	33,74	37,43	38,75
p =	0,9288	0,1837	0,0028

VARIABILIDAD

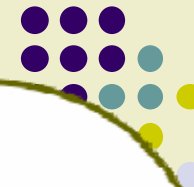


Tabla 8: Casos depurados, comparación antes-después.

	ene-11			jun-12			ene-11 a jun-12			
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos depurados	% TDAH	Pobl. 4-14a	Casos depurados	% TDAH	Dif. Prop. (IC 95%)		Estad. Z	p=
CAMPAMENTO	1426	28	1,964	1433	28	1,954	-0,011	0,907	-0,1165	0,9073
CARAMUEL	2029	60	2,957	2083	51	2,448	-0,005	0,015	0,9101	0,3628
GRAL. FANJUL	2201	42	1,908	2211	50	2,261	-0,012	0,005	0,7156	0,4743
LAS ÁGUILAS	2050	31	1,512	2122	29	1,367	-0,006	0,009	0,2647	0,7912
CÁRMENES	2102	42	1,998	2248	60	2,669	-0,016	0,003	1,3611	0,1735
YÉBENES	2963	71	2,396	3058	78	2,551	-0,010	0,007	0,3027	0,7621
LUCERO	3999	69	1,725	4046	83	2,051	-0,009	0,003	0,9918	0,3213
MAQUEDA	2272	47	2,069	2372	40	1,686	-0,004	0,012	0,8523	0,3940
PTA. ANGEL	1560	7	0,449	1601	11	0,687	-0,008	0,003	0,6540	0,5331
VALLE INCLÁN	1049	4	0,381	998	7	0,701	-0,011	0,004	0,6867	0,4916
Dist. Latina	21651	401	1,852	22172	437	1,971	-0,004	0,001	0,8733	0,3825

	ene-11			jun-12			ene-11 a jun-12			
Nombre CS	Pobl. 4-14a	Casos depurados	% TDAH	Pobl. 4-14a	Casos depurados	% TDAH	Dif. Prop. (IC 95%)		Estad. Z	p=
CEA BERMUDEZ	1913	17	0,889	1867	21	1,125	-0,009	0,005	0,5646	0,5724
DAROCA	4474	65	1,453	4616	70	1,516	-0,006	0,005	0,1640	0,8697
ELOY GONZALO	2422	58	2,395	2451	61	2,489	-0,010	0,008	0,1199	0,9046
ESPRONCEDA	2992	34	1,136	3043	30	0,986	-0,004	0,007	0,4450	0,6563
GUZMÁN EL BUENO	1419	10	0,705	1378	16	1,161	-0,012	0,003	1,0604	0,2890
MONTESA	2047	24	1,172	1762	24	1,362	-0,010	0,006	0,3775	0,7058
PROSPERIDAD	1006	10	0,994	975	4	0,410	-0,002	0,014	1,2825	0,1997
Resto DA	16273	218	1,340	16092	226	1,404	-0,004	0,001	0,8408	0,4004

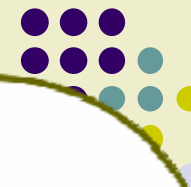


TABLA 10 BIS		Enero 2011	Nov. 2011	Junio 2012
Rango	Latina	2,58	1,83	1,86
Rango	Resto DA	1,69	1,70	2,08
Raz. Variación (valor máx / valor mín)	Latina	7,76	4,08	3,88
Raz. Variación	Resto DA	3,40	3,49	6,07
Coef. Variación (Desv. estándar / media)	Latina	0,43	0,34	0,37
Coef. Variación	Resto DA	0,42	0,42	0,45



ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL TDAH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. Año 2015.



PREVALENCIA

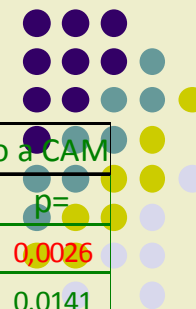
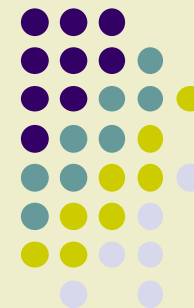


TABLA 1														
HOMBRES 5 - 9 años						Respecto a CAM		HOMBRES 10 -14 años						Respecto a CAM
DIR. ASIST.	TDAH	Pobl.	Prev.	IC Inf	IC Sup	Z=	p=	TDAH	Pobl.	Prev.	IC Inf	IC Sup	Z=	p=
DAC	304	30.975	0,98	0,88	1,10	0,1837	0,8543	644	27.761	2,32	2,15	2,50	3,0136	0,0026
DANO	236	30.704	0,77	0,68	0,87	3,3363	0,0008	714	29.936	2,39	2,22	2,56	2,4542	0,0141
DAE	207	28.733	0,72	0,63	0,83	4,0393	0,0001	648	25.687	2,52	2,34	2,72	0,9970	0,3188
DAO	301	22.619	1,33	1,19	1,49	5,1247	0,0000	610	20.086	3,04	2,81	3,28	3,3487	0,0008
DAS	281	25.518	1,10	0,98	1,24	1,9826	0,0474	620	21.202	2,92	2,71	3,16	2,4765	0,0133
DASO	275	28.123	0,98	0,87	1,10	0,1162	0,9075	669	25.241	2,65	2,46	2,86	0,1556	0,8763
DAN	249	24.648	1,01	0,89	1,14	0,5930	0,5532	624	22.202	2,81	2,60	3,04	1,5417	0,1232
CAM	1853	191.320	0,97	0,93	1,01			4529	172.115	2,63	2,56	2,71		
MUJERES 5 - 9 años						Respecto a CAM		MUJERES 10 -14 años						Respecto a CAM
DIR. ASIST.	TDAH	Pobl.	Prev.	IC Inf	IC Sup	Z=	p=	TDAH	Pobl.	Prev.	IC Inf	IC Sup	Z=	p=
DAC	66	29.216	0,23	0,18	0,29	0,7529	0,4515	177	26.496	0,67	0,58	0,77	1,7386	0,0821
DANO	49	29.440	0,17	0,13	0,22	2,7042	0,0068	223	28.723	0,78	0,68	0,88	0,0791	0,9370
DAE	64	27.286	0,23	0,18	0,30	0,4582	0,6468	171	24.425	0,70	0,60	0,81	1,1319	0,2577
DAO	66	21.414	0,31	0,24	0,39	1,4771	0,1396	174	18.946	0,92	0,79	1,06	2,1489	0,0316
DAS	81	24.072	0,34	0,27	0,42	2,3586	0,0183	164	20.083	0,82	0,70	0,95	0,6697	0,5030
DASO	77	26.220	0,29	0,24	0,37	1,1955	0,2319	164	24.048	0,68	0,59	0,79	1,4280	0,1533
DAN	52	23.267	0,22	0,17	0,29	0,7380	0,4605	190	21.324	0,89	0,77	1,03	1,8452	0,0650
CAM	455	180.915	0,25	0,23	0,28			1263	164.045	0,77	0,73	0,81		
CAM (5-14a)	TDAH	Pobl.	Prev.	IC Inf	IC Sup	Z=	p=							
Hombres	6382	363.435	1,76	1,71	1,80	25,9965	0,0000							
Mujeres	1718	344.960	0,50	0,48	0,52	32,3392	0,0000							
Total ambos sexos	8100	708.395	1,13	1,12	1,17									



Protocolo de coordinación de
actuaciones educativas y
sanitarias en la detección y
diagnóstico del Trastorno por
Déficit de Atención e
Hiperactividad TDAH
2016





Coordinadores:

- . **Raúl García Vallejo.** Doctor en Enfermería, Centro de Salud Campamento (Dir. Asistencial Centro, Madrid). Profesor del Dpto. Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (UCM).
- . **Fátima Guzmán.** Presidenta Fundadora de FUNDACIÓN EDUCACIÓN ACTIVA, Coach profesional especializada en TDAH.
- . **Consuelo Cascales.** Secretaria FMTDAH y APDE SIERRA.

Comité Asesor:

- Psiquiatría

- . **Dr. Mardomingo.** Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría y Pediatría. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, AEPNYA.
- . **Dr. Quintero.** Jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid
- . **Dr. Celso Arango.** Especialista en Psiquiatría. Director Científico, IP Grupo 01 CIBERSAM.

- Neurología

- . **Dr. Fernández Jaén.** Jefe de la Unidad de Neurología Infantil, Hospital Universitario Quirón de Madrid. Asesor Federación Española de Asociaciones de afectados por TDAH, FEAADAH.
- . **Dra. Pilar Tirado Requero.** Neurología y pediatría Hospital Universitario La Paz de Madrid.

- Pediatría

- . **Dr. Blumenfeld.** Doctor en Medicina. Especialista en Endocrinología. Servicio de Pediatría del Hospital de El Escorial.
- . **Dra. M^a Luz Peralta Ibáñez.** Pediatra. Responsable de centros de la Dirección Asistencial Oeste de Atención Primaria. APDE SIERRA (Sierra noroeste)

- Medicina de Familia.

- . **Dra. M^a Ángeles Quintana Bravo.** Médico especialista en Familiar y Comunitaria. CS Ángeles López. Leganés.



- Enfermería

- . **Teresa Moras Cítores.** Enfermera, Hosp. Gregorio Marañón. Presidenta ANSHDA.
- . **Javier Roldán San Juan.** Enfermero. Responsable de centros de la Dirección Asistencial Oeste de Atención Primaria.

- Psicología y Pedagogía (clínica y educación)

- . **Dra. Isabel Orjales.** Doctora en Pedagogía. Profesora del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología UNED
- . **Dr. Jacobo Albert Bitaubé.** Psicólogo clínico UAM
- . **Dra. Sara López Martín.** Psicólogo clínico UAM
- . **José Ramón Gamo.** Director de Centro de Atención a la Diversidad Educativa, CADE. Director Técnico de la Fundación Educación Activa.

- Orientación

- . **M^a Luisa Mariana.** Orientadora. Presidenta Asociación Orientación y Educación.
- . **Francisco José García Heras.** Orientador IES Cercedilla. Maestro y Licenciado en Pedagogía por la UCM. Asesor técnico en la Consejería de Educación de la CAM y Centro de Profesores y Recursos de Collado Villalba.
- . **José Luis Jiménez Maroto.** EOEP Zona Noroeste Madrid. Orientador CEIP Guadarrama.

- Profesores

- . **José Antonio Marina.** Filósofo, Escritor y Pedagogo.
- . **Fernando Téllez.** Profesor de Secundaria Instituto Doctor Marañón (Alcalá de Henares)

- Asociaciones

- . **Teresa Moras Cítores.** Presidenta ANSHDA (Madrid)
- . **Bárbara Erce Camino.** Presidenta AAMNDAH (Alcobendas)
- . **José Luis Pérez.** Vicepresidente AFANTDAH940 (Fuenlabrada)
- . **Carmen Engerman Queipo.** Presidenta APDE SIERRA (Sierra noroeste)



8. ACTUACIÓN ENFERMERA RELACIONADA CON EL TDAH EN AP:

Basándonos en los conceptos que componen el metaparadigma enfermero (persona, salud, entorno y cuidados), se propone el modelo de autocuidados de **Dorothea Orem**, interactuando con el modelo crítico-holístico de **Miotto Wright**.



ALGORITMO DE ACTUACIÓN

1. DIAGNÓSTICO:

Consulta de enfermería, revisión protocolizada

1.1. Valoración específica, entrevista. Identificación de riesgos: **SÍ-NO**



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Comunidad de Madrid



**ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL
EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE
MADRID**

EDICIÓN: 1
EN VIGOR: Mayo 2012

Fecha: Abril 2012
SUSTITUYE A:

Código:
Página: 6 de 21



4. ESQUEMA DE ATENCIONES PROGRAMADAS RECOMENDADAS

POR EDAD

	≤ 7d	2m	4m	6m	12m	18m	2a	4a	6a	9a	12a	14a
ENF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
PED	x	x		x							x	x
Vacuna		v	v	v	v	v		v	v		v	v



ALGORITMO DE ACTUACIÓN



1. DIAGNÓSTICO:

Consulta de enfermería, revisión protocolizada

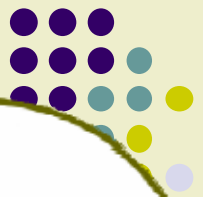
1.1. Identificación de riesgos ([Entrevista](#)):

Sí, valoración específica.

DESPISTAJE DEL TDAH. Primer paso:

1. ¿Cómo se comporta el niño en la escuela?
2. ¿Existe algún problema de aprendizaje que los padres y/o profesores hayan observado?
3. ¿Está su hijo contento en la escuela?
4. ¿Su hijo presenta algún problema de conducta cuando está en el colegio, en casa o jugando con sus amigos?
5. ¿Su hijo tiene dificultad para terminar los deberes en casa?

¡Una sola respuesta susceptible indicaría que se debe profundizar en la evaluación!



ALGORITMO DE ACTUACIÓN

1. DIAGNÓSTICO:

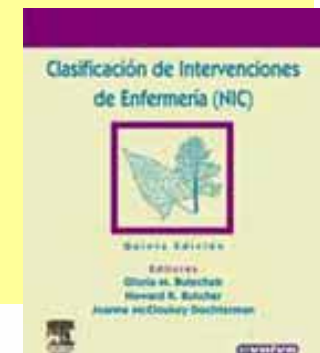
Consulta de enfermería, revisión protocolizada

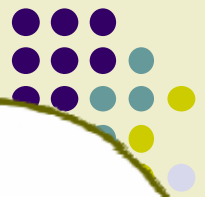
1.1. Identificación de riesgos (Entrevista): **Sí**, valoración específica.

1.2. ¿SE IDENTIFICAN DXS. ENFERMERO/S RELACIONADOS
CON POSIBLE TDAH?

Posibles diagnósticos enfermeros presentes en un niño con TDAH:

- ✓ Insomnio.
- ✓ Deprivación del sueño.
- ✓ Trastorno de los procesos del pensamiento.
- ✓ Planificación ineficaz de las actividades.
- ✓ Conocimientos deficientes.
- ✓ Baja autoestima situacional.
- ✓ Desesperanza.
- ✓ Trastorno de la identidad personal.
- ✓ Trastorno de la imagen corporal.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Afrontamiento ineficaz.





ALGORITMO DE ACTUACIÓN

1. DIAGNÓSTICO:

Consulta de enfermería, revisión protocolizada

1.1. Identificación de riesgos (Entrevista): **SÍ**, valoración específica.

1.2. ¿SE IDENTIFICAN DXS. ENFERMERO/S RELACIONADOS
CON POSIBLE TDAH?

NO → El niño será citado para su próxima revisión rutinaria (enfermera y/o pediatra).

SÍ → Se deriva al **pediatra**.

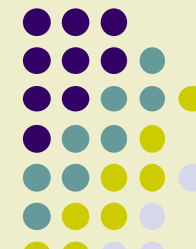
Consulta de pediatría (en el momento o derivada) **COLABORACIÓN**

- Exploración física general, psíquica y neurológica

Anormal: Derivar a neuropediatra o psiquiatra infantil

Normal: Continuar despistaje: → **COLABORACIÓN**.

Protocolo en la Hª Clínica informatizada (AP-Madrid)



TDAH (Ttno. Déficit Atención) - Fuenlabrada

Antecedentes

Valoración - Exploración

Seguimiento - Plan de actuación

ANTECEDENTES FAMILIARES

Problemas escolares: ☐ Si ☐ No

Alt. familiares /sociales: ☐ Si ☐ No

Enfermedades Psiquiátricas: ☐ Si ☐ No

Otros:

ANTECEDENTES PERSONALES

Problemas embarazo: ☐ Si ☐ No

Problema neonatal: ☐ Si ☐ No

Otros :

Problemas parto: ☐ Si ☐ No

Desarrollo psicomotor:

ESCOLARIZACIÓN (Resumen Hª escolar)

Observaciones:

Volver

Prescripciones

Historial Vacunal

Consulta DGP

Intervenciones

Asistente Planes

Imprimir

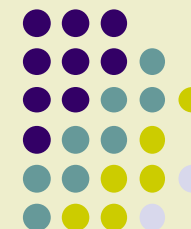
Imprimir informe

Cálculo Riesgo Cardiovascular

Antecedentes

Aceptar

Protocolo en la Hª Clínica informatizada (AP-Madrid)



TDAA (Ttno. Déficit Atención) - Fuenlabrada

Antecedentes

Valoración - Exploración

Seguimiento - Plan de actuación

VALORACION

Criterios diagnósticos (DSM 5)

Alteraciones de la visión: ☐ Si ☐ No

Alteraciones de la audición: ☐ Si ☐ No

Síntomas/signos neurológicos: ☐ Si ☐ No

Ttnos. del aprendizaje: ☐ Si ☐ No

Ttnos. del lenguaje: ☐ Si ☐ No

Alteraciones del sueño: ☐ Si ☐ No

RESULTADO: ☐ Inatención

☐ Hiperactividad/impulsividad

Ttno. Oposicionista desafiante: ☐ Si ☐ No

Ttno. de Conducta: ☐ Si ☐ No

Ansiedad: ☐ Si ☐ No

Depresión: ☐ Si ☐ No

Tics: ☐ Si ☐ No

Estilos de crianza:

☐ Solicitud de información al tutor

Carta al tutor - Escala Conners colegio
Corrección Escala Conners tutor

☐ Solicitud de información padres

Escala Conners Padres
Corrección escala Conners padres

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso (kg):

Talla (cm):

IMC ped (kg/m2)

TAS: 117 (28/10/2015)

TAD: 63 (28/10/2015)

Exploración ocular normal: ☐ Si ☐ No

Auscultación cardiopulmonar

Exploración neurológica:

Frecuencia Cardíaca

Observaciones:

Volver

Prescripciones

Historial Vacunal

Consulta DGP

Intervenciones

Asistente Planes

Imprimir

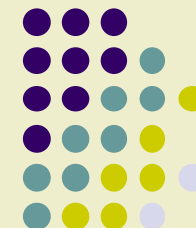
Imprimir informe

Cálculo Riesgo Cardiovascular

Antecedentes

Aceptar

Protocolo en la Hª Clínica informatizada (AP-Madrid)



TDAH (Ttno. Déficit Atención) - Fuenlabrada

Antecedentes

Valoración - Exploración

Seguimiento - Plan de actuación

PLAN DE ACTUACION

Diagnóstico TDAH: ☒ Si ☐ No Si (07/08/20) ☐ Hiperactivo ☐ Inatento ☐ Combinado

Derivación: ☐ Si ☐ No

☐ Salud Mental
Criterios derivación
☐ Neurología

☐ ORL
☐ Cardiología

☐ Oftalmología
☐ Otros recursos (grupos apoyo, etc)

Coordinación ámbito educativo: ☐ Si ☐ No

☐ EOEP
Plantilla PADI

Coordinación otros ámbitos: ☐ Si ☐ No

☐ Entregado cuaderno de coordinación (Móstoles)

Pautas de conducta: ☐ Si ☐ No

Pautas

Apoyo extraescolar: ☐ Si ☐ No

Tratamiento farmacológico: ☐ Si ☐ No

Test de val. cardiológica: ☐ + ☐ -

Cuestionario valoración cardiológica

Fármaco 1:

Dosis:

Fármaco 2:

Dosis.:

Fármaco 3:

Dosis.

Efectos 2º del Tto.TDAH: ☐ Si ☐ No

☐ Cefalea
☐ Insomnio
☐ Disminución del apetito

☐ Tics.
☐ Alt. comportamiento
☐ Otros ef. 2º:

Adherencia al tratamiento: ☐ Si ☐ No Si (26/10/2015)

EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

Mejoría de los síntomas de hiperactividad: ☐ Si ☐ No

Mejoría de los síntomas de atención: ☐ Si ☐ No

Mejoría de los síntomas de impulsividad: ☐ Si ☐ No

Seguimiento:

- 8.1.2. Intervenciones psicopedagógicas con posible intervención enfermera: **Normas o estrategias.**

- 8.1.2.1. Para padres



- 8.1.2.2. Para el profesorado



CONCLUSIONES



- El registro encontrado de niños entre 5 y 14 años con TDAH en las historias clínicas de los EAP de la CAM es muy bajo.
- Es muy probable que exista un infrarregistro y además infradiagnóstico.
- Existen diferencias notorias de registro entre los diferentes EAP, no atribuibles a la población atendida.
- Es necesario implementar un protocolo autonómico de actuación sobre el TDAH, desarrollado por las Consejerías de Educación y Sanidad de la CAM y consensuado con las Asociaciones de afectados por el TDAH.
- Se deben contemplar actividades formativas periódicas.
- Es fundamental **desarrollar la capacitación de las enfermeras** en el dx y tto. precoz y control y sgto. del TDAH.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN



Protocolo de coordinación de
actuaciones educativas y
sanitarias en la detección y
diagnóstico del Trastorno por
Déficit de Atención e
Hiperactividad TDAH
2016



III Congreso Internacional Iberoamericano de
Enfermería. Colombia, 2016.