

Conferencia

La atención al niño/a con tdah en el sistema sanitario andaluz

por el Dr. **Jose Luis Cuevas Cervera**

(Servicio de Neuropediatría del Hospital
Universitario de Jaén)

Día: 19 de noviembre de 2023

Lugar: Sala 1ª planta de El Posito

Calle Iglesia, 5 (Linares)

Horario: 11:00 h.

Colaboran:



Concejalía de Infancia, Familia y Discapacidad



Servicio Andaluz de Salud



(Asociación Jaenense
de Afectados por
Déficit de Atención
y/o Hiperactividad)



La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz



José Luis Cuevas Cervera
Neurología Infantil
U.G.C. Pediatría
Hospital Universitario de Jaén



“3rd International Congress of ADHD. From Childhood to Adult Disease”
Berlín, del 26/05/2011



¿Qué ha cambiado en los últimos 15-20 años en el manejo del T.D.A.H?

- Cambio de T. conducta a T. del neurodesarrollo (DSM-5)
- Más implicación de los pediatras EBAP y neuropediatras
- Más formación sobre TDAH
- Mejor conocimiento su historia natural (TDAH de la adolescencia, TDAH de la vida adulta)
- Protocolos de actuación mejor definidos
- Más opciones de tratamiento farmacológico
- Más rigurosos a la hora de recomendar tratamientos de eficacia no validada...





Neurología infantil (neuropediatría)

El TDAH como trastorno del neurodesarrollo

Evaluación médica del TDAH

Protocolo TDAH 2021 (SAS)

Intervención farmacológica

Debate...

Neuropediatría

*Es la disciplina clínica (subespecialidad pediátrica, área de capacitación específica) que se ocupa de la asistencia a **niños** con trastornos que afectan al **sistema nervioso central** y al **sistema neuromuscular***



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

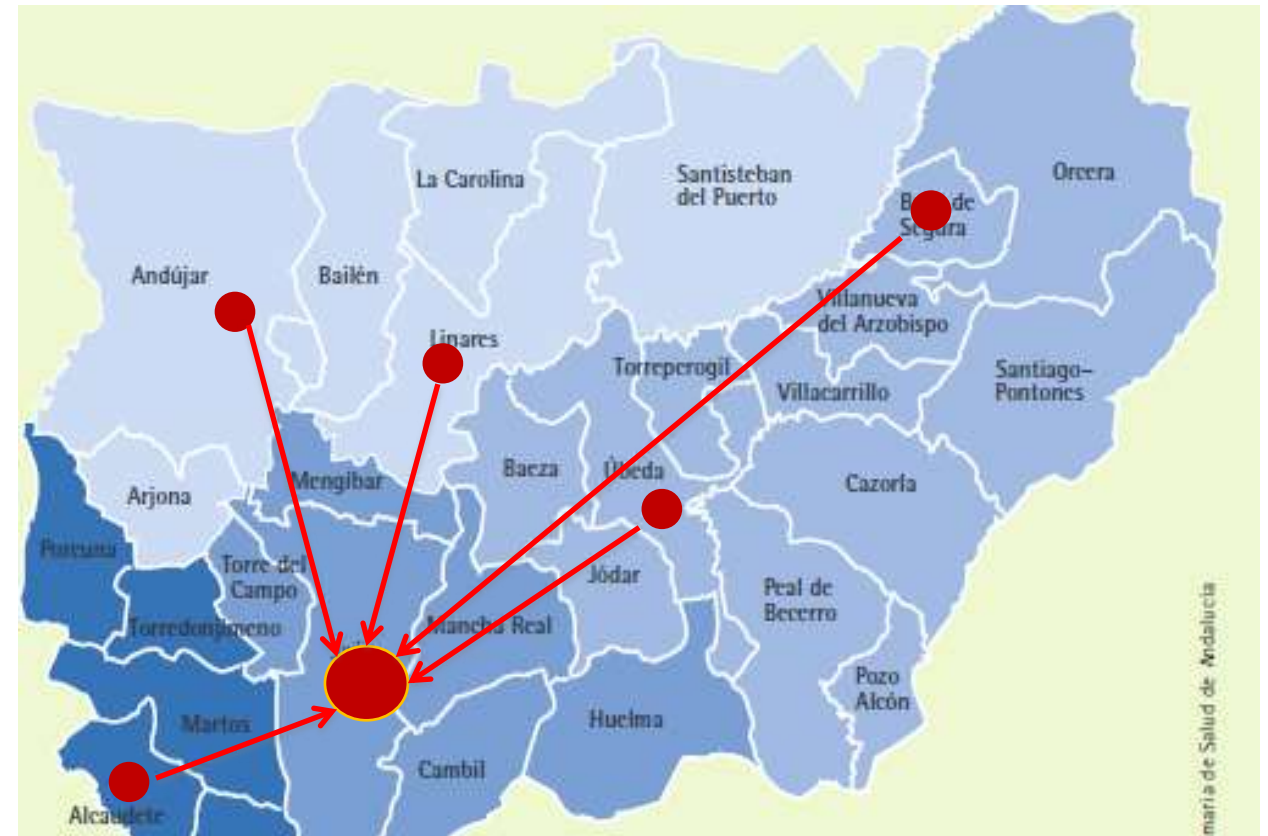


Referencia para

- H. S. Agustín (Linares)
- H. S. Juan de La Cruz (Úbeda)
- H. Alto Guadalquivir (Andújar)
- H.A.R. La Puerta de Segura
- H.A.R. de Alcaudete

U.G.C. PEDIATRÍA y CIRUGÍA INFANTIL

- 29 F.E.A. Pediatría
- 13 M.I.R. Pediatría (4º MIR a partir de 2023)
- 5 Cirujanos Pediátricos



Especialidades Pediátricas (2022)

- Cuidados Intensivos (UCIN y UCIP)
- Cardiología Infantil
- Digestivo Infantil
- Endocrinología
- Nefrología Infantil
- Neonatología
- Neumología Infantil
- Neuropediatría
- Oncohematología Infantil.
- Reumatología Infantil
- Urgencias Pediátricas
- Enfermedades Infecciosas
- Cuidados Paliativos y Pac Crónico Complejo**

- Cirugía Infantil.
- Neurocirugía Infantil

Neurología Infantil

- ✓ 2 FEA *Dedicación exclusiva a Neuropediatría*
- ✓ 1 FEA *Neuropediatría en combinación con otras áreas de actividad asistencial*
- ✓ 1 MIR 3º *en periodo de formación específica*
- ✓ Rotaciones MIR (*Pediatría, Neurología, Rehabilitación, Psiquiatría*)

- **ACTIVIDAD ASISTENCIAL:**
 - *Hospitalización (Planta, Urgencias, UCIP)*
 - *Consulta Externa de Neurología Infantil y EERR*
- **ACTIVIDAD DOCENTE, CIENTIFICA e INVESTIGADORA**

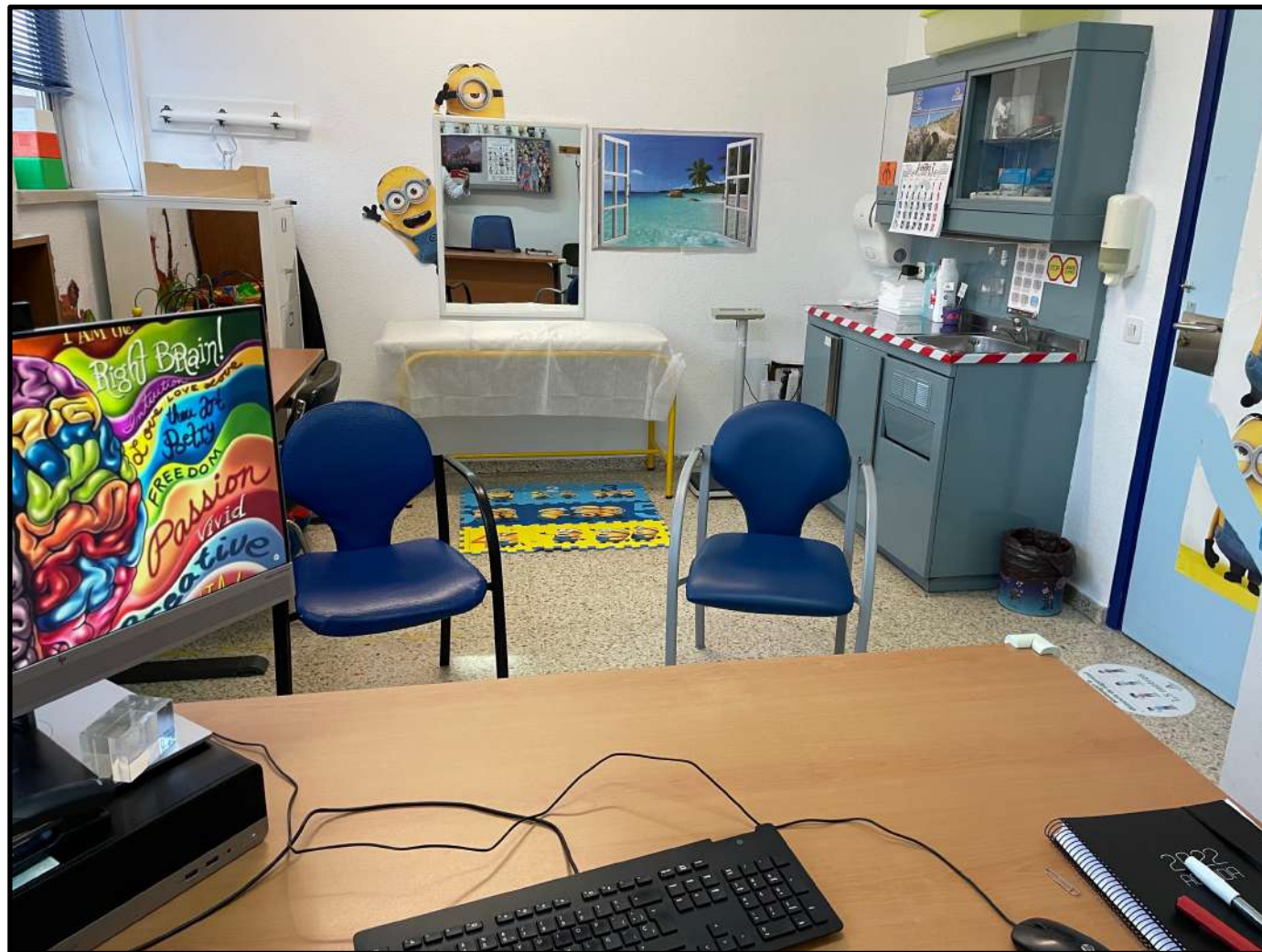
Evaluación hospitalaria

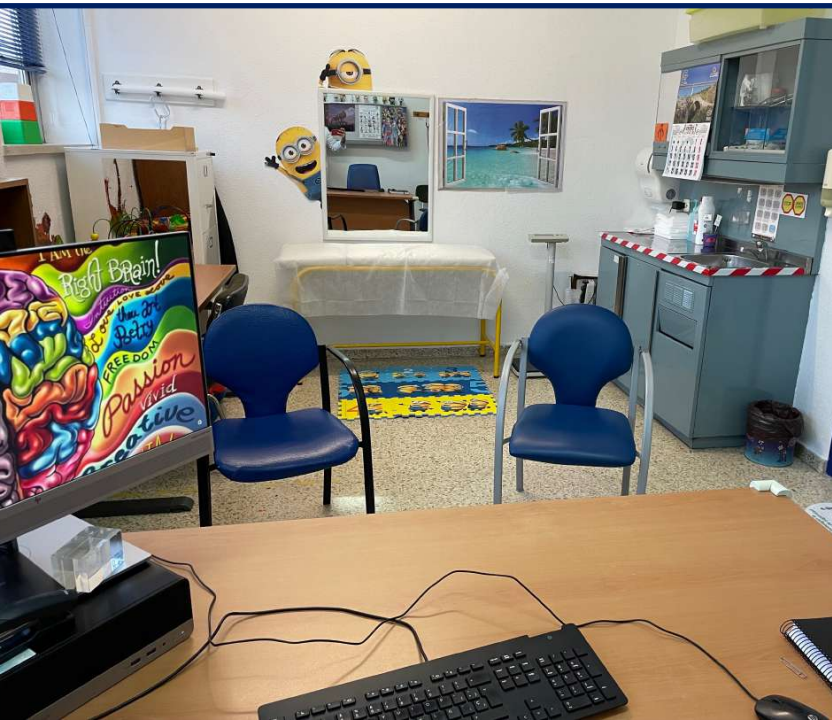
Consulta de Neurología Pediátrica



Consulta externa neuropediatría (2022)

Especialidad (ACE) más demandada
>1.200 primeras visitas (80% PAP, 20% PAE)
Demora de primera visita <60 días
Ratio *primera:sucesiva* de 1:2,2

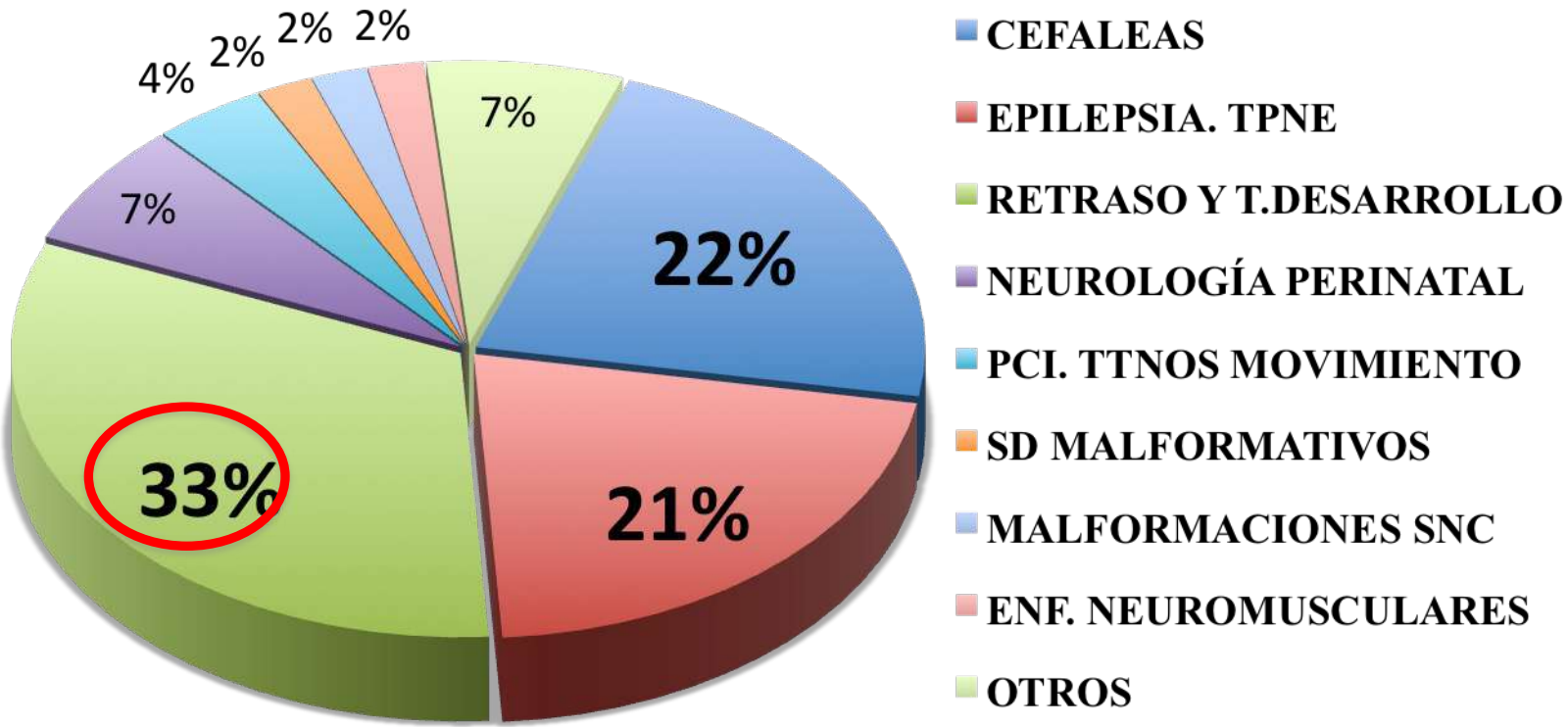




¿Qué vemos en una consulta de neuropediatría?

“DEMANDA ASISTENCIAL NEUROPEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL COMARCAL”

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS (CIE-9)



Neuropediatría
(Linares)
2012-2016
1.176 niños



758.0 Sd Down (7)
758.33 Sd Angelman (3)
759.83 X-Frágil (2)
756.0 Treacher-Collins (1)
756.0 Sd Pierre-Robin (1)

742.1 Microcefalia (10)
756.0 Macrocefalia (8)
756.0 Craneosinostosis (6)
754.0 Plagiocefalia (9)

270.0 Canavan (2)
271.1 Galactosemia (1)
330. Leucodistrofias (2)
334.8 Ataxia-telangiectasia (1)
277.5 Mucopolisacaridosis (3)
237.71 NF-1 (4)

343. P
307.2.
307.23
307.3

351.0 Parálisis Bell (6)

779.9 Seguimiento RNR (62)
768.9 Asfixia perinatal (4)
772.1 Hemorragia IV (2)

- 314.0. TDAH (91)
- 315.3 R. Lenguaje o TEL (49)
- 315.9 Ttno. de aprendizaje (38)
- 315.4 Ttno. desarrollo coordinación (8)
- 314.9 Hiperkinesia, inatención (24)
- 319. RM límite (23)
- 312.9 Trastorno de conducta (18)
- 299. TEA(56)**
- 299.8 Asperger (9)**
- 783.42 Retraso psicomotor (31)
- 358.8. Hipotonía benigna del lactante (7)

NEUROPEDIATRIA
2012-2016
Diagnósticos CIE-9
N = 1.176

780.2 Síncope / Espasmos llanto (41)
780.31 Crisis febril (29)
780.30 Crisis por GEA (3)
780.59 Mioclonías del sueño (7)
307.46 Sonambulismo, terrores nocturnos (11)
345.5 EBI-PR (29)
345.1 Epilepsia generalizada sintomática (22)
345.1 Epilepsia generalizada idiopática (13)
345.0 Ausencias (11)
745.4 Epilepsia parcial sintomática (6)
345.81 Dravet (4)
345.6 Sd West (2)

91 niños con diagnóstico de TDAH (8%)

- **TDAH presentación combinada (41)**
- **TDAH presentación HI (29)**
- **TDAH presentación DA (21)**

33%

21%



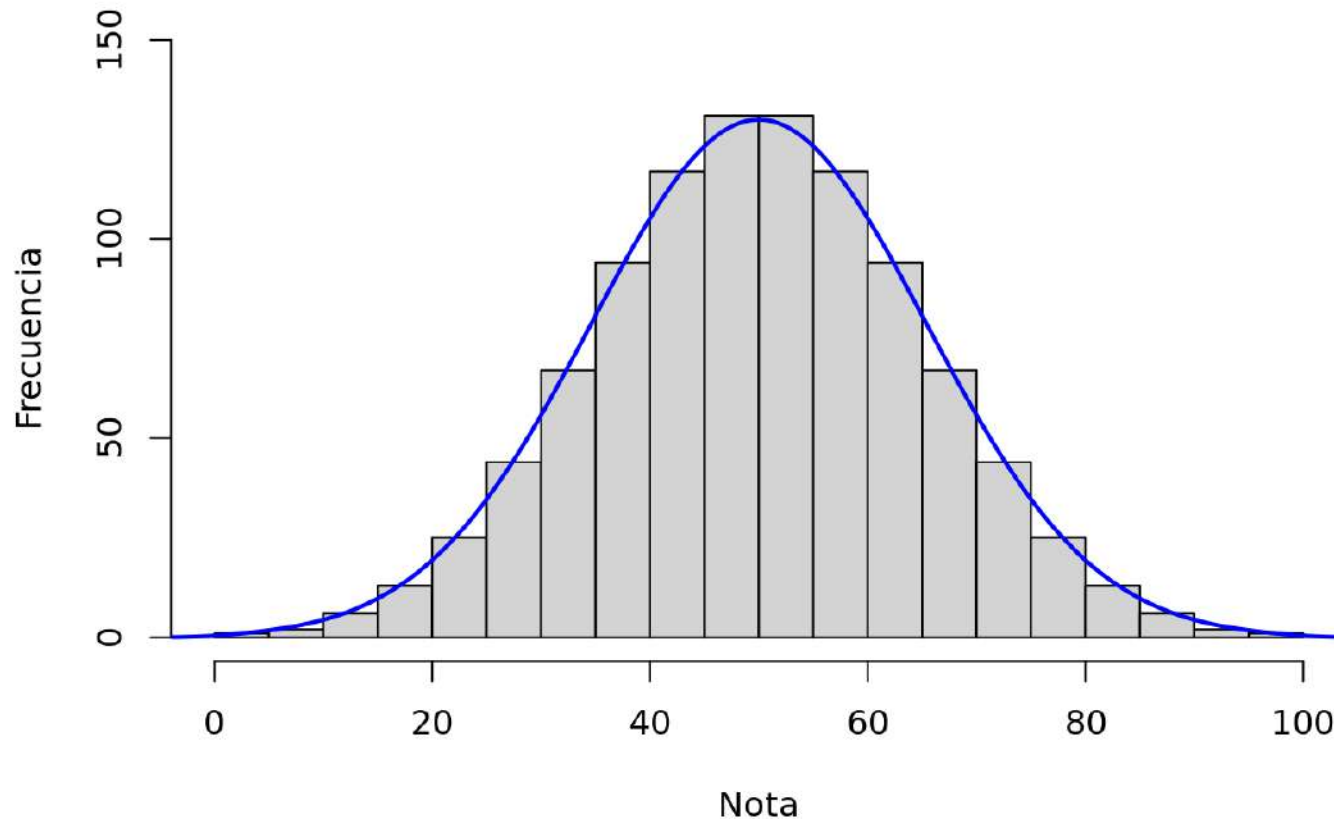
El TDAH como trastorno del neurodesarrollo (TND)

TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO (TND)

1. Base genética.
2. No existen marcadores biológicos que permitan confirmar o excluir el diagnóstico.
3. Los síntomas no difieren **cualitativamente** de los rasgos normales de cualquier individuo (límites imprecisos).
4. Es común la comorbilidad.
5. La expresividad del problema está modulada por el entorno.

TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO (TND)

¿dónde ponemos el límite de lo que es “normal”?



1.- El TDAH...

- Trastorno neurobiológico **crónico** que se inicia en la **infancia temprana** con síntomas de hiperactividad, impulsividad y/o inatención.
- Los **síntomas afectan al funcionamiento** cognitivo, académico, conductual, emocional y social.
- Se trata de un **trastorno heterogéneo**, tanto desde el punto de vista etiológico como sintomático.

2.- Interés del TDAH

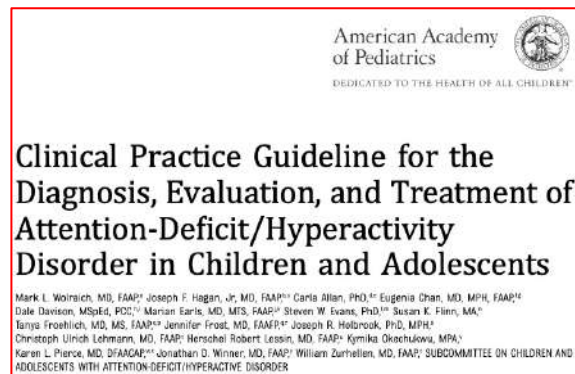
- **Prevalencia** alta
- **Cronicidad**
- Importantes **repercusiones** en su vida (escolar, familiar y social)
- Importancia del **diagnóstico** correcto
- **Tratamiento** médico efectivo
- Posibilidad de influir en el **pronóstico**

3.- Diagnóstico TDAH

1. El diagnóstico del TDAH es clínico
2. Basado en una **completa historia clínica**, que debe recoger información del mayor número posible de fuentes:
 - El propio niño
 - Los padres
 - Otros familiares, profesores y, en general, cuantas personas tengan un estrecho contacto con el niño.
3. Existen numerosos **instrumentos y escalas** que recogen de manera estructurada dicha información, que en ningún caso deben ser utilizadas como sustitutos de la entrevista clínica.

3.- Diagnóstico TDAH (II)

4. Además de los síntomas propios del TDAH, **deben evaluarse otras condiciones** que puedan ser relevantes para el diagnóstico y/o el tratamiento: problemas médicos o neurológicos, uso de fármacos, trastornos psiquiátricos, problemas familiares y psicosociales, y posibles alteraciones del lenguaje y del aprendizaje.
5. Para el diagnóstico *habitual* **no se precisa exploración complementaria alguna** (analítica, electroencefalograma, pruebas de imagen cerebral, etc.).



4.- Criterios diagnósticos DSM-5

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, caracterizados por (1) y/o (2)

(1) **INATENCION:** ≥ 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: *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.*

- 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).





(1) HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD: ≥ 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).

La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz

B. Algunos síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes < 12 años.
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).
D. Hay evidencia clara que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico o laboral.
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).

 *(“desde siempre, en todos los ámbitos, causando disfunción y sin otra causa”)*

314.01 (F90.2)	Presentación Combinada: Si ambos, Criterio A1 (falta de atención) y Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) están presentes durante los últimos 6 meses.
314.00 (F90.0)	Presentación Predominantemente Inatento: 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)	Presentación Predominantemente hiperactivo/impulsivo: Si Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos 6 meses.

Especificar si “remisión parcial”. Especificar SEVERIDAD.

¿Por qué es a veces difícil llegar a un diagnóstico ?

Características propias de los TND

Gran heterogeneidad clínica

Variadas formas de presentación

Muy diferentes motivos de consulta inicial

Muy frecuente **comorbilidad**

Comorbilidad psiquiátrica

Comorbilidad neurológica

Necesidad de **equipo multidisciplinario**

Poca formación de los profesionales

Poco tiempo disponible de los profesionales



COMORBILIDADES en TDAH

Trastorno del Espectro Autista

Otros trastornos de aprendizaje (dislexia)

Trastornos del lenguaje (TEL)

Trastorno de conducta, negativista-desafiante

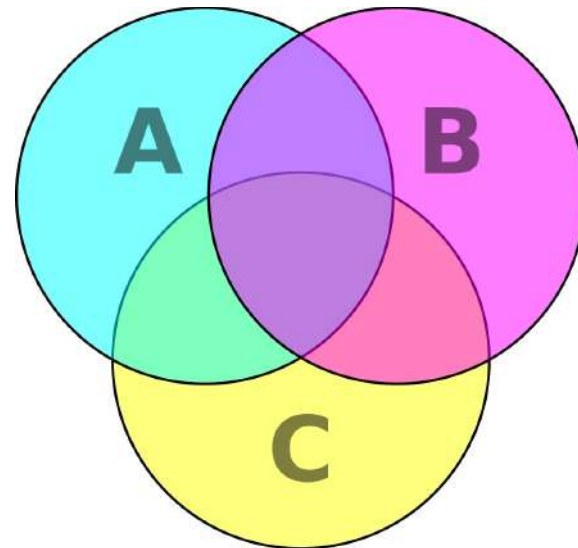
Depresión

Ansiedad

Insomnio

Tics

Trastornos de la conducta alimentaria TCA



“poner etiquetas”



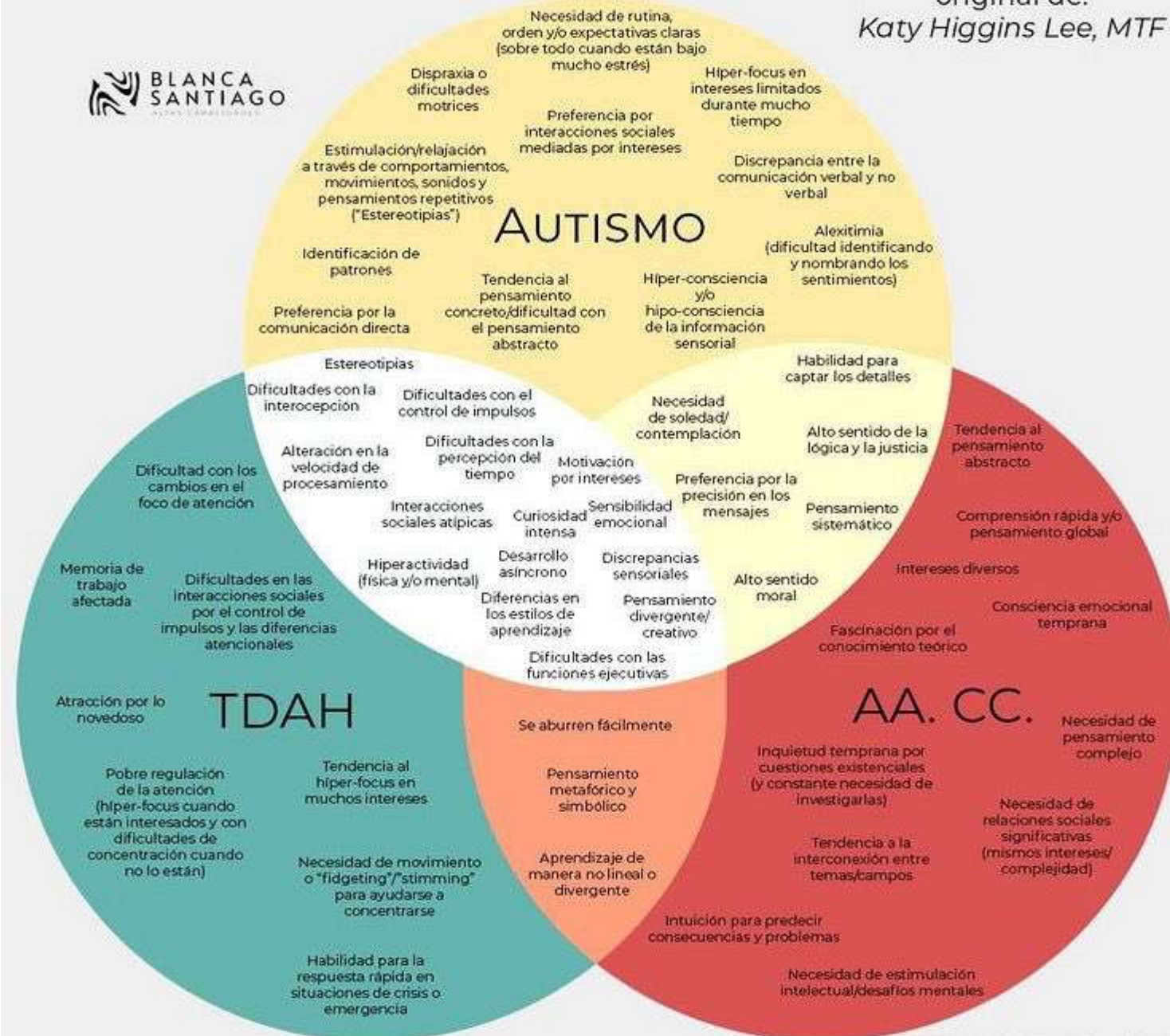
COINCIDENCIAS EN DOBLE EXCEPCIONALIDAD

original de:

Katy Higgins Lee, MTF



BLANCA
SANTIAGO

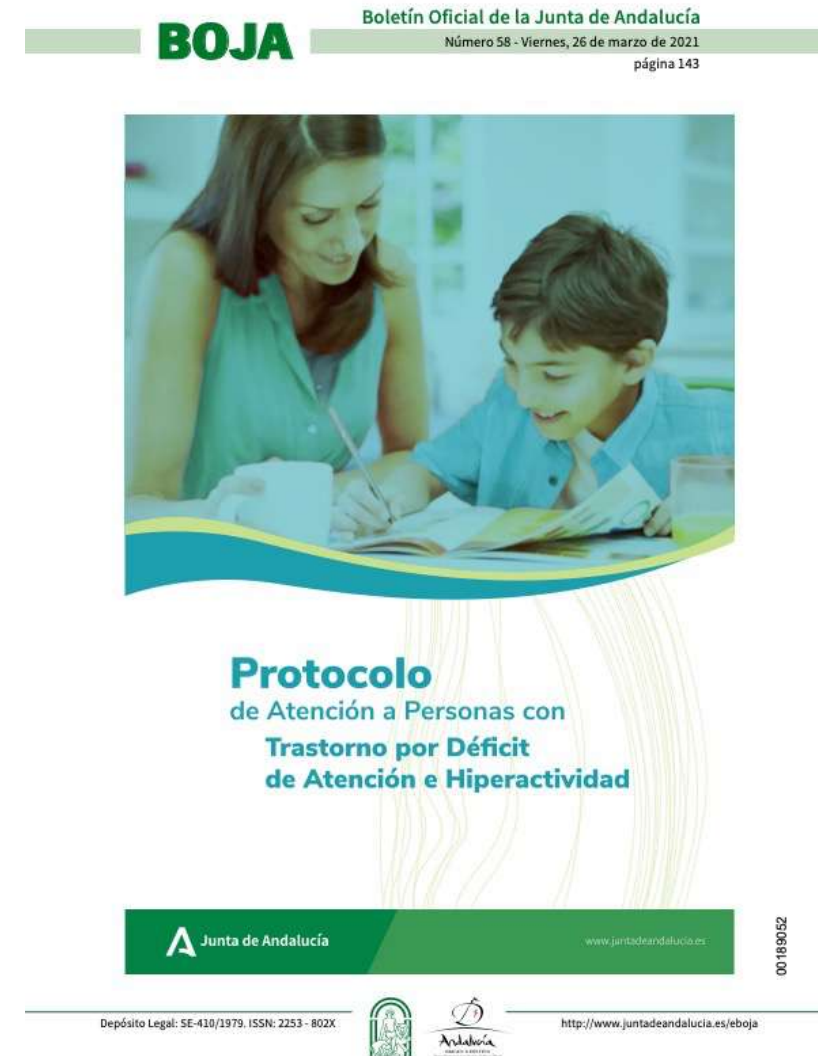
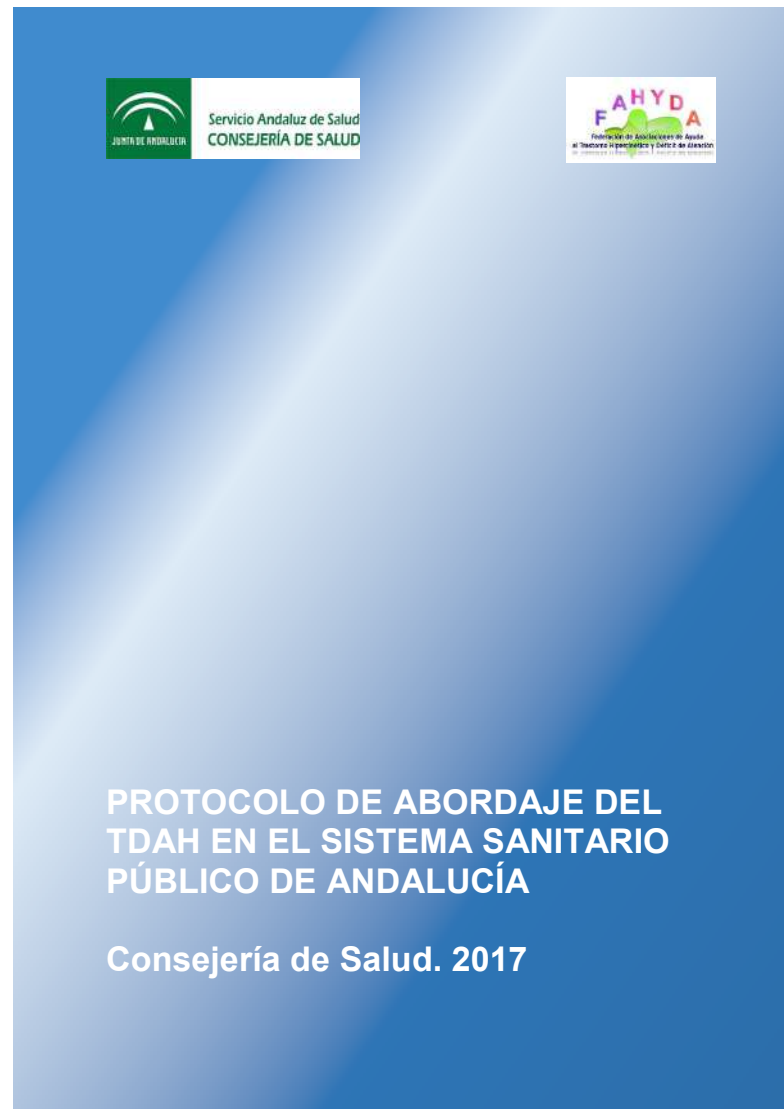


traducción por: Nick, el de la Mente



Manejo del TDAH en el sistema sanitario (S.A.S.)

La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz



de actuaciones a nivel nacional e internacional y en el creciente número de profesionales que desarrollan su trabajo tanto en el ámbito educativo como sanitario.

Por otro lado, es una realidad la gran variabilidad y diversidad de modelos comprensivos, de evaluación y orientación y de criterios de actuación que existen en la atención a las personas con este trastorno, que en ocasiones genera confusión en familiares y en las propias personas afectadas. Los mensajes entre los diferentes actores que intervienen, sanitarios y no sanitarios, pueden adolecer de una falta de calidad y consenso, ocasionando respuestas diversas. Se hace necesario, pues, **construir una herramienta que corrija esta variabilidad, que marque unas secuencias de acciones definidas y coordinadas**, orientadas a que el conjunto de profesionales que en diferentes contextos y momentos vamos a atender a las personas con sospecha o ya identificados como TDAH y a sus familias, tengan una respuesta adecuada a los retos que plantean.

En este marco, en 2019 la Consejería de Salud y Familias, a través de la Viceconsejería, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la Dirección de Cuidados Sociosanitarios, puso en marcha un grupo de trabajo para abordar la situación actual en la que se encuentran las personas con TDAH y elaborar un protocolo de atención que facilitara y unificara el abordaje integral que precisan estas personas.

El grupo de trabajo, integrado por profesionales que intervienen en la atención a las personas afectadas por TDAH, tenía el objetivo de avanzar en la gestión que se realiza

3. Detección

3.1. Desde el centro educativo:

3.1.1. Reunión del equipo docente.

3.1.2. Reunión con la familia.

3.1.3. Procedimiento de solicitud de Evaluación psicopedagógica.

3.2. Desde los servicios sanitarios:

4. Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico

4.1. Desde el centro educativo: Evaluación psicopedagógica

4.2. Desde el centro sanitario: Diagnóstico clínico

4.3. Espacios de Coordinación y colaboración de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Comunitaria

5. Proceso de intervención y tratamiento

5.1. Desde educación:

5.2. Desde salud:

La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz

J.L. Cuevas - Neuropediatra

Familia



AT. PRIMARIA



Colegio



**Pediatra EBAP
Médico de Familia**

**Atención
Hospitalaria**

**Neuropediatría
Otros: ORL, Oftalmólogo, etc.**

**USM-C y
USMI-J**

**Psiquiatra Infantil
Psicólogo Clínico**



ANEXO IV

INFORME INICIAL DE EDUCACIÓN PARA EL CENTRO SANITARIO

DATOS PERSONALES ALUMNO/A

Nombre	Apellidos		
F. Nacimiento	Edad	Etapa / Curso	
Dirección		Localidad	
Código Postal	Provincia	Teléfono	

DATOS DEL ORIENTADOR/A Y DEL CENTRO EDUCATIVO:

Orientador/a	
Centro Educativo	
Dirección	Localidad

ANEXO III

INFORME INICIAL DE SALUD PARA EL CENTRO EDUCATIVO

DATOS PERSONALES PACIENTE

Nombre	Apellidos		
F. Nacimiento	Domicilio		
Localidad	Código Postal	Provincia	Teléfono

DATOS DEL CENTRO SANITARIO

Centro de Salud
Pediatra
Teléfono



PAPEL DEL **PEDIATRA EBAP:** CUANDO SOSPECHAR TDAH

¿CUÁNDO?

**A petición de los
padres
(demanda clínica)**

**A petición del
Centro Escolar**

**En visitas de salud
En los controles del
“niño sano” (PSIA-A)**





Visita		Profesional
Prenatal	GRUPAL (educación maternal)	M +P +E
Primera semana	INDIVIDUAL	M o E
Entre 15 días y el mes de vida.	INDIVIDUAL	E+P
2 meses	INDIVIDUAL	E
4 meses	INDIVIDUAL	E + P
6 meses	INDIVIDUAL	E
12 meses	INDIVIDUAL	E+P
15 meses	INDIVIDUAL	E
2 años	INDIVIDUAL	E+P
3-4 años	INDIVIDUAL	E+P
6 años	INDIVIDUAL	E+P
9-11 años	INDIVIDUAL	E+P
12-14 años	INDIVIDUAL	E+P



Cribado precoz de los trastornos del lenguaje y del aprendizaje



10º REVISIÓN PSIA-A (6 años)

Evaluación de los cuidados familiares

- Características alimentación.
- Horarios y hábitos de sueño.
- Control esfínteres.
- Hábitos tóxicos: tabaco, otros (anotar en HC)
- Conducta en hogar, en escuela y entre iguales.
- Habilidad de los progenitores para el cuidado del menor.
- Valoración de la relación y del apego.
- Evaluación del apoyo social o familiar.
- Evidencias y promoción de buen trato (sospecha de maltrato infantil)
- Dudas y preocupaciones de los progenitores.

Evaluación del desarrollo físico y psicomotor. Cribados

- Crecimiento físico: peso, talla (registrar y vigilar cambio de percentiles)
- Exploración física completa.
- Valoración del desarrollo psicomotor. Si fuera preciso utilizar escalas (Haizea-Llevant o test de Denver “Denver Developmental Screening Test II” DDST-II)
- **Cribado trastornos del lenguaje y el aprendizaje.**
- Desarrollo visual (reflejo luminoso, prueba de oclusión, test de visión binocular, visión cercana y opto tipos)
- Exploración bucodental.



Inmunizaciones

- Comprobar vacunación y vacunas de 6 años según calendario vigente.

Consejos de salud. Promoción y prevención

- Consejos alimentación, dieta equilibrada y hábitos adecuados.
- Consejos prevención obesidad, hipercolesterolemia e HTA.
- Consejo sobre la prevención de la deficiencia de yodo.
- Consejos para la estimulación del desarrollo psicomotor, el vínculo y el apego.
- Promoción de parentalidad positiva. Consejos de promoción de buen trato.
- Consejos atención a la sexualidad.
- Prevención conductas violentas, violencia de género.
- Consejos sobre hábitos y patrón de sueño.
- Consejos sobre prevención de accidentes.
- Consejos sobre normas de higiene.
- Consejos salud bucodental (cepillado). Inicio programa TADA.
- Consejo sobre actividad física y deporte.
- Consejos ante tabaquismo pasivo.
- Consejo sobre uso responsable de medicamentos.
- Consejo sobre fotoprotección.

Entregar guía anticipatoria a la familia o personas cuidadoras

Actividades específicas en situaciones de riesgo (obesidad, hipercolesterolemia, ferropenia, raquitismo, caries, riesgo psicosocial, Síndrome de Down, cribado de TBC)



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD,
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Delegación Territorial de Jaén

INFORME DE DERIVACIÓN DEL CENTRO DE SALUD AL CENTRO EDUCATIVO

Este Documento es **CONFIDENCIAL**

Lo entregarán los padres o tutores legales del alumno o alumna personalmente en el Centro
Educativo al Director-a del mismo para su entrega al Orientador-a



Centro de Salud

Sr. DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO

A LA ATENCIÓN DEL ORIENTADOR U ORIENTADORA

CENTRO DE SALUD:

FECHA:

ASUNTO: **Solicitando información sobre menor a Educación**

DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA Y ALUMNO/A

MÉDICO PEDIATRA:

responsable de la atención sanitaria

DEL MENOR:

FECHA DE NACIMIENTO:

tras la exploración del mismo, ha detectado lo siguiente:

Por ello, con el conocimiento y el consentimiento de su familia, **solicitamos la valoración de las necesidades educativas de los ámbitos del desarrollo que se estimen procedentes**, para organizar la mejor respuesta al caso.

Sin otro particular y quedando a su disposición.

Atentamente.



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

PAPEL DEL PEDIATRA: Aspectos clave en la anamnesis

Antecedentes familiares: Ttnos aprendizaje, Ttnos neurodesarrollo.
TDAHs no diagnosticados...

Antecedentes personales:

- **Antecedentes obstétricos**: prematuridad, bajo peso, tóxicos.
- **Primeros hitos del desarrollo** psicomotor: sedestación, marcha independiente, primeras palabras, lenguaje, necesidad de atención temprana. **Síntomas "predictores"**.
- **Guardería, escolarización**. Relación con iguales.
- **Enfermedades intercurrentes, ingresos, absentismo escolar**.
- **Comorbilidad**: otros ttnos. aprendizaje, tics, TOC, ansiedad, etc.



PAPEL DEL PEDIATRA:
Aspectos clave en exploración





¿Cuándo derivar a Neuropediatría? (2021)

- Existencia de patología neurológica de base, ya sea de manera aislada o en el marco de enfermedades multisistémicas.
- Sintomatología atípica que pueda sugerir base orgánica: progresividad de síntomas u otros síntomas neurológicos asociados.
- Signos neurológicos "duros" a la exploración física.
- Duda diagnóstica o necesidad de pruebas diagnósticas.
- Comorbilidad que afecta a la esfera motora: tics que repercutan en su calidad de vida o duda diagnóstica de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.

*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*

Derivación a Neuropediatria

- Presencia de **retraso** en las áreas cognitivas o sociales.
 - **Discapacidad intelectual**
 - **T.E.A.**
- **Hallazgos de AFECTACIÓN NEUROLOGICA**, bien aislados o en el contexto de enfermedad neurológica y/o sistémica: *macro o microcefalia, rasgos dismórficos, sospecha de enfermedad neurocutánea, alteración motora, trastornos del movimiento (disonías, hiperextensión cefálica, movimientos cefálicos repetitivos de afirmación o negación, movimientos oculares anómalos), curso progresivo.*
 - **Cuadros sindrómicos. Fenotipos conductuales.**
 - **Trastorno motor asociado (Hemiparesia, TD Coordinación, DAMP).**
 - **Trastorno por tics, distonía, estereotipias fijas y repetitivas, epilepsias idiopáticas.**



Sd Down



Sd Williams



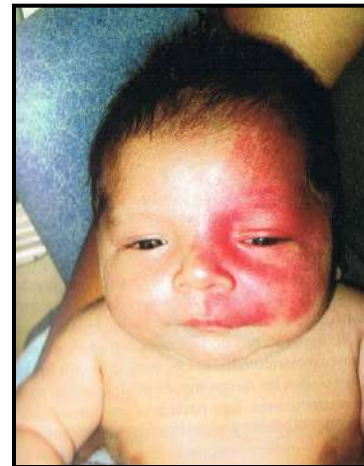
X-Frágil



Neurofibromatosis



Sd Angelman



Sturge-Weber

Sd Prader-Willi



Sd Rett

Manejo Multidisciplinar

**TDAH
IDIOPÁTICO o
PURO**

Comorbilidad leve

E.B.A.P.

**TDAH
SINTOMÁTICO
o SECUNDARIO**

Cuadros sindrómicos
(*NF-1, Williams, Angelman, X-
Frágil, Smith-Magenis, SAF*)
Discapacidad intelectual
TEA

***"fenocopias
del TDAH"***

TDAH COMPLICADO

**TDAH CON
COMORBILIDAD**

**Comorbilidad
Neurológica**



Epilepsia
Ttno. Movimiento
TEA
Tics, SGT
T. Conducta, TND
Ansiedad/Depresión
Ttno. Bipolar
TOC

"TDAH+"

**Comorbilidad
Psiquiátrica**

NEUROP

NEUROP

S. MENTAL

Derivación a Neuropediatria (otros)

Si edad inferior a 5 años ??

- **TDAH del preescolar, difícil de identificar.**
- **Los comportamientos descritos pueden ser normales a los 3-4 años.**
- **Algunos síntomas pueden estar presentes desde el año de edad.**
- **Pueden no generar limitaciones claras en el niño.**
- **Más riesgo de comorbilidad (TND).**
- **Predictor de severidad y peor pronóstico**



Quintero FJ, 2009

Derivación a Neuropediatría (otros)

- Necesidad de **confirmar** el diagnóstico.

- ¿Dudas diagnósticas?
- ¿Tras el requerimiento del Centro Educativo o por la familia?
- ¿Pruebas?



- Mala respuesta al **tratamiento** adecuado.

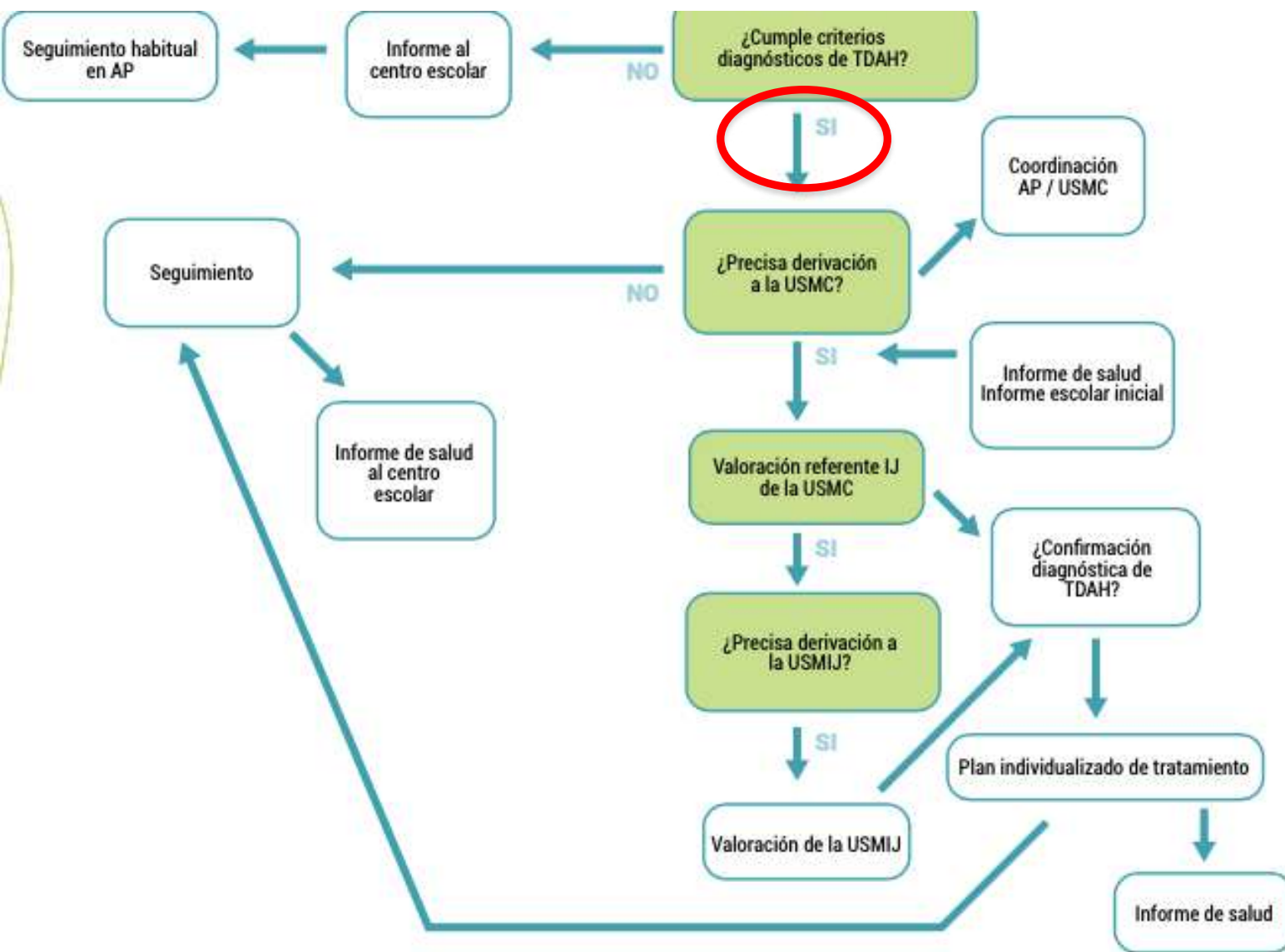


1. Intervención psicoeducativa en entorno escolar.
2. Intervención psicológica (TCC).
3. Intervención farmacológica (Metilfenidato)

- Revisar diagnóstico, tratamiento, otros factores.
- Plantear otras opciones terapéuticas.

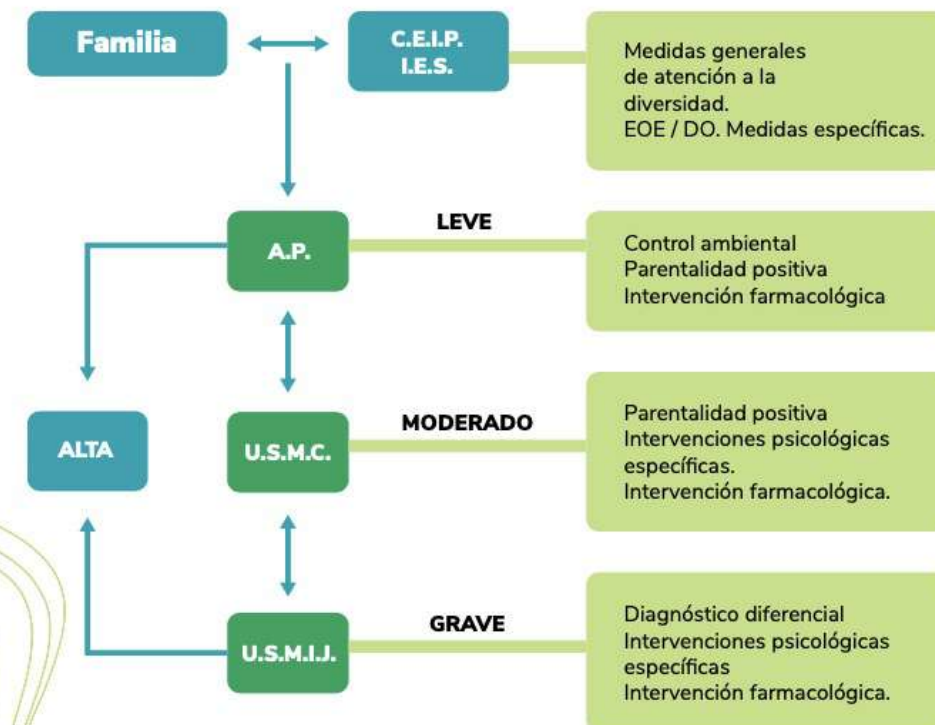
**(Lisdanfetamina y Guanfacina precisan visado)*





Se derivará a las USMC en casos moderados o graves para evaluación más específica y diseño de un Plan Individualizado de Tratamiento integral o cuando las actuaciones realizadas en Atención Primaria no han resultado eficaces, siempre que no se haya derivado a neuropediatría o neurología.

Derivación a Salud Mental



A collection of various colorful pills and capsules, including red, orange, yellow, green, blue, and pink, scattered on a white background.

“Los fármacos son el **último** recurso”

“Dejan a los niños **sedados**”

“Los niños se **acostumbran** y dejan de tener efecto”

“Se hacen dependientes, **enganchan**”



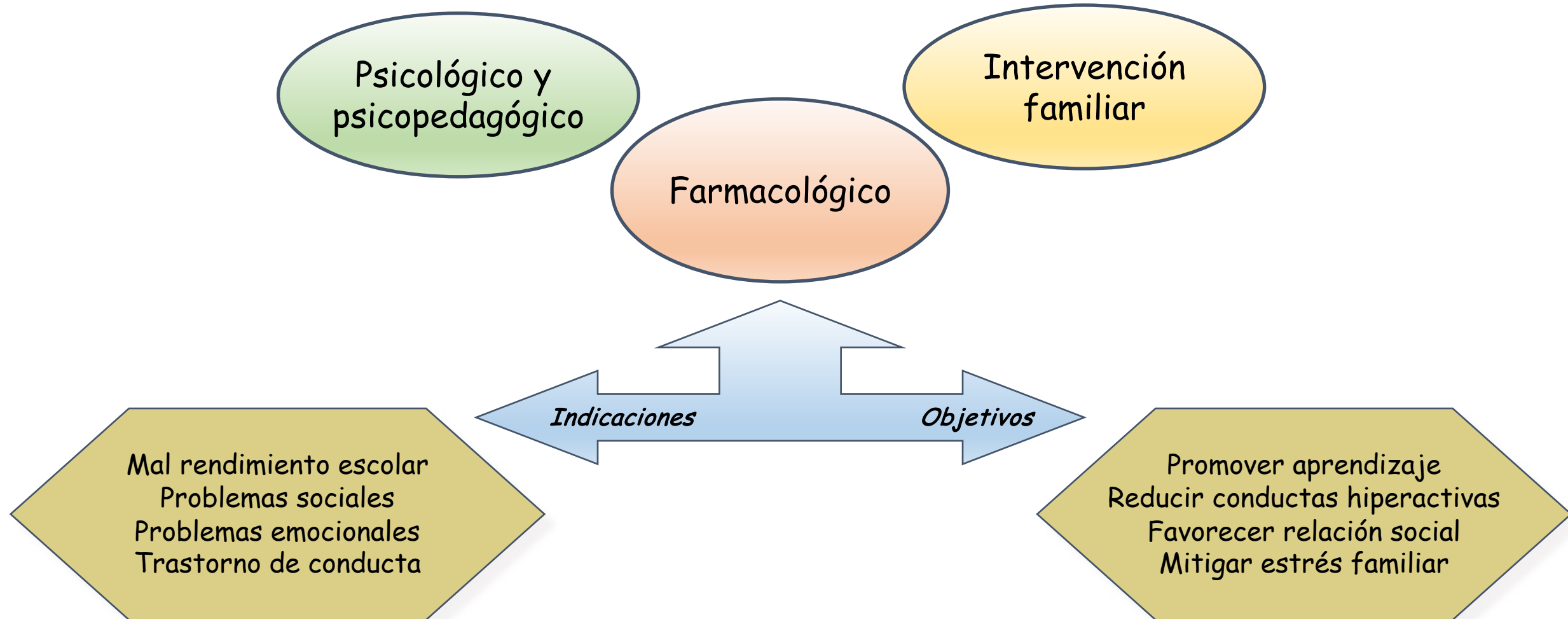
“Tienen muchos **efectos secundarios**”

“Los profesores lo que quieren es que los niños **no molesten**”

“Los médicos ganan mucho **dinero** por recetar fármacos”



TRATAMIENTO: multimodal y multiprofesional



La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz

J.L. Cuevas - Neuropediatra



Tabla 3. Tratamientos farmacológicos

Fármaco	Presentaciones	Efecto	Ventajas	Efectos secundarios
Psicoestimulantes				
Metilfenidato (MFD)				
MFD liberación inmediata	5, 10, 20 mg	4 horas	• Permite ajustar la dosis • Pauta flexible • Barato	• Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Palpitaciones, cefalea • Labilidad emocional
MFD liberación modificada (50/50 y 30/70)	5, 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg	8 horas	• Cubre toda la mañana • Se puede abrir la cápsula	
MFD liberación prolongada OROS	18, 27, 36, 54 mg	10-12 horas	• Efecto progresivo • Mayor duración	
• Lisdexanfetamina (LDX)				
Lisdexanfetamina	30, 50, 70 mg	13 horas	• Larga duración • Se puede abrir	• Insomnio, • Pérdida de apetito • Alteraciones digestivas • Mareo
• No psicoestimulantes				
Atomoxetina	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg Jarabe 4 mg/ml	24 horas	• Control de tics e impulsividad • Útil si hay ansiedad	• Pérdida de apetito • Mareo • Síntomas digestivos
Guanfacina liberación prolongada	1, 2, 3, 4 mg	24 horas	• Control de tics e impulsividad	• Ganancia de peso • Somnolencia

Fármacos estimulantes

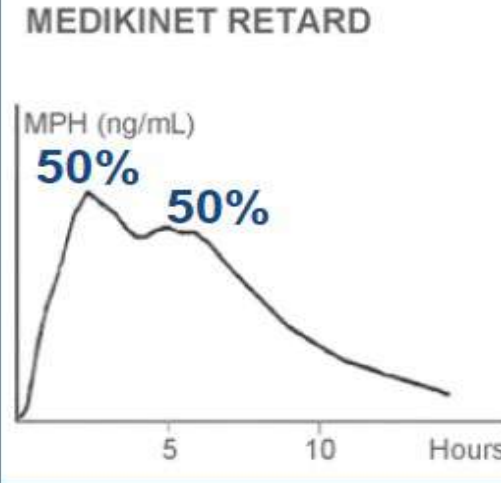
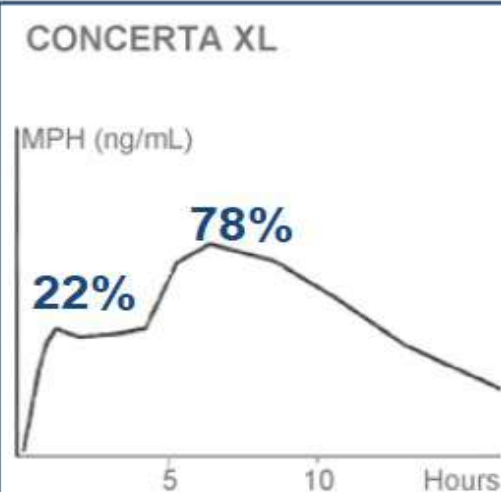
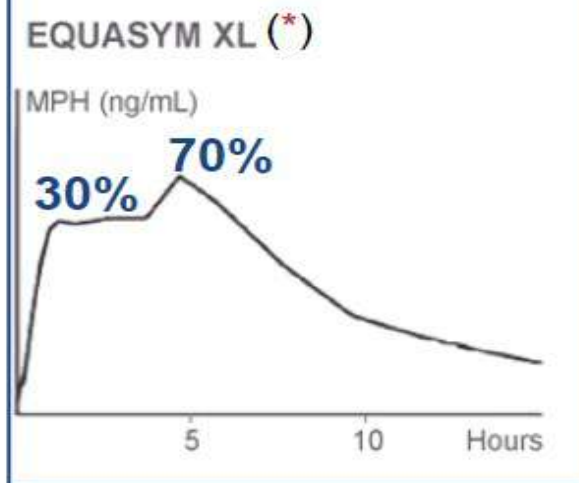
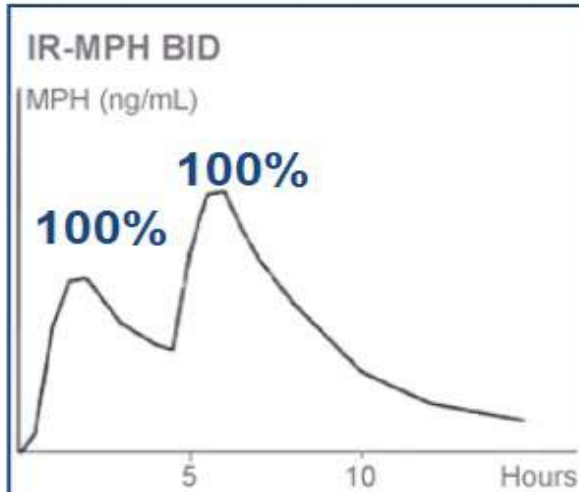
Metilfenidato
Lisdexanfetamina

EFFECTIVIDAD DEMOSTRADA (A)



- CONDUCTUALES
 - Disminución del nivel de actividad
 - Mejoría en las conductas agresivas e impulsivas
- COGNITIVOS
 - Mejoría en la atención
 - Aumento del nivel de autocontrol y autoregulación
 - Mejoría en la resolución de problemas
- ACADÉMICOS
 - Mejoría en la eficacia y rendimiento académico
 - Sin efecto directo sobre el aprendizaje
- SOBRE HABILIDADES SOCIALES
 - Mejoría en las interacciones con la familia, amigos y profesores
 - Aumento de la obediencia y cumplimiento de tareas

Fármacos estimulantes



Los distintos preparados
de **metilfenidato** se
diferencian en la forma de
liberación



Fármacos estimulantes

Efectos adversos

- La frecuencia e intensidad dependen de: **DOSIS** y **FACTORES INDIVIDUALES**
- Efectos más frecuentes de los estimulantes son:
 - Insomnio de conciliación
 - Disminución del apetito
 - Síntomas abdominales (inespecífico)
- Más de la mitad de los niños tienen al menos un efecto colateral, pero suelen ser *leves y transitorios*, y sólo en el **4,5%** de los pacientes se retira el fármaco
- **No se puede predecir** quienes son más propensos a los EA...
- **EA INFRECUENTES:** Taquicardia. Hipertensión arterial. Hiperactividad y aislamiento (rebote). Excitación psicomotriz/inquietud. Malhumor/tristeza. Tics . Menor velocidad de crecimiento primeros meses de tratamiento (*no repercusión significativa en talla adulta ni pubertad*).



Fármacos NO estimulantes



- No estimulantes. No tiene potencial de abuso
- Eficacia sostenida en todos los síntomas del TDAH
- Seguridad y tolerabilidad a corto y largo plazo
- No empeora tics ni ansiedad ni afecta al sueño
- Administración en **una única toma** diaria
- En ocasiones se usa terapia combinada

Atomoxetina Guanfacina



LA ELECCION DEL FÁRMACO SE HACE EN BASE A CRITERIOS CLINICOS, *TENIENDO EN CUENTA...*

Edad

Comorbilidad

Los diferentes efectos secundarios

Los aspectos específicos del cumplimiento (por ej: dosis a mediodía en el colegio)

Adherencia al tratamiento

Potencial de uso inadecuado

Preferencias del paciente/padres

EL INICIO DE LA INTERVENCION FARMACOLOGICA OBLIGA A UN *SEGUIMIENTO CLINICO ESTRECHO...*

Efectos adversos

Eficacia de la medicación

Necesidad de ajuste de dosis



Recomendaciones de “buena práctica”



- ✓ **No** iniciar fármacos de **manera rutinaria**.
 - ✓ **Combinar** con terapias conductuales, educativas y sociales
 - ✓ La prescripción debe ser hecha por profesional habituado al tratamiento de niños con TDAH y al manejo de psicofármacos.
-
- ✓ Comenzar tratando aquellos problemas más importantes.
 - ✓ **Explicar** bien el objetivo de la intervención farmacológica.
 - ✓ Si es posible, evaluar efectos con **escalas validadas**.
 - ✓ *Start low, go slow, taper slow.*
 - ✓ Monitorizar sistemáticamente efectos secundarios.
 - ✓ Cada cierto tiempo, probar retirada de medicación.

Otros fármacos... ?

Fármacos para el sueño

¿Suplementos?

Neurolépticos

Antidepresivos

Ansiolíticos



La atención al niño/a con T.D.A.H. en el sistema sanitario andaluz





Documentos y Recursos



TDAH: hacer visible lo invisible

Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Autoría: Susan Young, Michael Fitzgerald, Maarten J. Postma. Por Shire Pharmaceuticals



TDAH. Guía de tratamiento para padres.

Guía de tratamiento diseñada para ayudar a los padres, pacientes y miembros de la familia a comprender mejor los tratamientos para los niños que padecen TDAH. Elaborada por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association



Dificultades en el aprendizaje y TDAH

Guía de la Fundación ADANA (Asociación para la Ayuda al Déficit de Atención en Niños, Adolescentes y Adultos) sobre el trastorno del déficit de atención con y sin hiperactividad. Plantea cuestiones entre otras, como qué es, las dificultades en el aprendizaje y su relación con el fracaso escolar y la autoestima y apunta orientaciones sobre qué se puede hacer desde casa y desde la escuela. Escrito por Beatriz Mena Pujol y M^a Pilar Tort Almeida.



Cuaderno informativo TDAH - Preescolares

Describe distintos comportamientos en niños y niñas de 0 a 6 años con TDAH, y ayuda a diferenciar este trastorno de otras conductas, a la vez que proporciona consejos a padres, madres y docentes para mejorarlas. Escrito por Ana María Ávila Sánchez-Jofre y Beatriz Mena Pujol con el asesoramiento de M. García-Giral, R. Nicolau Palou, C. Puig Rovira e I. Rubio Badía. edita Fundación privada ADANA con el apoyo del Departament d'Ensenyament



Cuaderno informativo TDAH - Escolares

Cuaderno editado con el fin de orientar a padres, madres y docentes de niños con TDAH en su importante labor diaria de educar. Escrito por Ana María Ávila Sánchez-Jofre y Beatriz Mena Pujol con el asesoramiento de M. García-Giral, R. Nicolau Palou, C. Puig Rovira e I. Rubio Badía. Editado por la Fundación Privada ADANA con el apoyo del Departament d'Ensenyament

Gracias por
vuestra atención

Conferencia

*La atención al
niño/a con tdah en
el sistema
sanitario andaluz*



por el Dr. **Jose Luis Cuevas Cervera**

(Servicio de Neuropediatría del Hospital
Universitario de Jaén)

Día: 19 de noviembre de 2023

Lugar: Sala 1ª planta de El Posito

Calle Iglesia, 5 (Linares)

Horario: 11:00 h.

Colaboran:



Concejalía de Infancia, Familia y Discapacidad



Servicio Andaluz de Salud

