

# **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HIPERACTIVIDAD INFANTIL**

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

### INTRODUCCIÓN

En este capítulo se exponen los **canales de derivación** al Servicio Especializado de Salud Mental Infantil desde Atención Primaria. Tanto la Asistencia en Atención Primaria como la Especializada deberían de disponer de unos mecanismos y criterios claros de derivación con objeto de minimizar las **consecuencias negativas**, incluso prevenirlas, que puedan ocasionar la hiperactividad infantil. Los profesionales debemos tener presente que la valoración y la toma en cargo de estos pacientes es algo complejo y no deberían limitarse a la prescripción de psicoestimulantes de forma poco responsable o, por el contrario, abstenernos con la percepción, muchas veces errónea, de que los padres son unos intolerantes que no soportan al niño.

La hiperactividad debe ser definida **como síntoma y como síndrome**. Con ello lo que pretendemos es delimitar claramente las conductas de un niño hiperreactivo como consecuencia de unas determinadas características **temperamentales** y lo que es realmente el **TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD**. Esta delimitación es necesaria en la medida que comportan actitudes terapéuticas claramente diferentes. Aunque somos de la opinión que es mejor derivar a los servicios especializados, ante la duda diagnóstica, que no abstenernos.

En este apartado nos ocuparemos de delimitar claramente qué tipo de morbilidad puede ser atendida en Atención Primaria, cuales son los **criterios clínicos de derivación** y cuales las condiciones en la que un niño puede ser re-derivado a Atención Primaria. Así mismo, nos plantearemos, de forma integral, como atender de forma óptima, es decir integral, la demanda de hiperactividad.

La filosofía de gestión y de atención que utilizamos es la recomendada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cuando habla de **Proceso Asistencial Integrado**, sin que esto quiera decir que se trate de un documento oficial, ni que sea asumido por otras Unidades de SMI de Andalucía. Se trata, simplemente, de un referente para nuestro trabajo específico en la USMI-J de Almería.

(1) GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS ASISTENCIALES

### DEFINICIÓN GLOBAL

**Definición funcional:** Atención a los niños que consulten por HIPERACTIVIDAD, indistintamente de que haya sido previamente diagnosticada, o no, y que se engloben dentro de la categoría Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Tanto la valoración, como la asistencia, se basarán el modelo BIO-PSICO-SOCIAL y en la buena práctica clínica basada en la evidencia científica.

**Límite de entrada:** Se comienza con la solicitud por el pediatra de referencia en Atención Primaria (AP), tanto telefónicamente como a través de documento clínico de derivación. Aunque la demanda se produzca en el contexto escolar, ésta deberá en todos los casos gestionarse a través de AP. La morbilidad que entra en este proceso será la siguiente:

1. Trastorno por Déficit Atencional con / sin Hiperactividad.
2. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (con / sin problemas de conducta asociados).
3. Trastornos por Déficit Atencional con /sin Hiperactividad (con /sin trastornos específicos del desarrollo psicológico).

**Límite final:** Se decidirá cuando la hiperactividad, los problemas atencionales y de impulsividad hayan sido lo suficientemente controlados como para no generar interferencia en el desarrollo de su autoestima, adaptabilidad escolar, social y familiar (mejoría—curación), o bien porque se ha derivado a otras estructuras sociales o psicopedagógicas.

**Límites marginales:** No se incluyen:

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

1. Forman parte de otro proceso la hiperactividad de los TGD.
2. La hiperactividad en cualquier otra patología paidopsiquiátrica u orgánica que no pueda ser encuadrada el TDAH.
3. Los trastornos de conducta, como primer diagnóstico, asociados a hiperactividad.
4. Los trastornos específicos del desarrollo psicológico con hiperactividad, siempre que no precisen del tratamiento de la hiperactividad.
5. DEBE QUEDAR CLARO QUE EL SISTEMA SANITARIO NO PRESTA SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA NI DE LOGOPEDIA, QUE EN LA INFANCIA SE OCUPA EDUCACIÓN.

### DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Los servicios son: Recepción—valoración, intervención, comunicación.

#### RECEPCIÓN—VALORACIÓN

(Véase ANEXO—1: FORMATO HISTORIA CLÍNICA)

**DESTINATARIOS:** Paciente—familia.

**Flujo de salida:** Recepción-acogida del paciente y familia.

**Indicador de calidad:** Cumplimiento de las expectativas de los padres del paciente en cuanto a accesibilidad, trato recibido por parte del personal del equipo.

**Flujo de salida:** Evaluación—Exploración. Exámenes complementarios.

**Indicadores de calidad:**

- Evitar repetición de exploraciones.
- Evaluación técnica pertinente científicamente.

**Flujo de salida:** Diagnóstico

**Indicadores de calidad:** Utilización de criterios correctos (CIE-10 y/o DSM-IV). Base de datos para el registro acumulativo.

**Flujo de salida:** Establecimiento de un Plan de Tratamiento.

**Indicadores de calidad:**

- Elaboración planificada de la intervención: técnica y tiempo previsto.
- Elaboración de instrumentos para la evaluación de la eficiencia.

#### TRATAMIENTO

**DESTINATARIOS:** Paciente y/o familia.

**Flujo de salida:** Tratamiento farmacológico

**Indicadores de calidad:**

- Cumplimiento de las indicaciones.
- Complimentación los cuestionarios de efectos secundarios en vistas de seguimiento.

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

**Flujo de salida:** Psicoterapia individual y/o familiar y/o grupal (ANEXO—2).

**Indicadores de calidad:**

- Adaptabilidad a los criterios de inclusión y de exclusión para la modalidad indicada.
- Evaluación de los resultados útiles para la re- definición de criterios de inclusión (mejora de la eficiencia).

**Flujo de salida:** Escuela de padres (ANEXO—3).

**Indicadores de calidad:**

- Evaluación de satisfacción del usuario.
- Consecución de los objetivos según calendario preestablecido.

**Flujo de salida:** Desarrollo de la participación de equipos educativos.

**Indicadores de calidad:**

- Derivación de pacientes a los equipos educativos.
- Número de actividades de coordinación.
- Grado de satisfacción.

### COMUNICACIÓN

**DESTINATARIOS:** Personal sanitario y trabajador social implicados

**Flujo de salida:** Realización de informes.

**Indicadores de calidad:** Tanto por ciento de informes que recogen toda la información pre-establecida.

**Flujo de salida:** Contactos con otros dispositivos no sanitarios.

**Indicadores de calidad:** Grado de inter-sectorialidad en el abordaje.

**Flujo de salida:** Número de interconsultas sobre casos concretos con pediatría de AP.

**Indicadores de calidad:** Número de casos tratados conjuntamente

### COMPONENTES

En este apartado describimos la propuesta de cómo debería gestionarse la demanda desde AP hasta llegar a la USM-J, así como los criterios de rederivación a AP y/o servicios no sanitarios (Educación...).

### ATENCIÓN PRIMARIA

#### 1. RECEPCIÓN DEL PACIENTE / FAMILIA

Será el Servicio de Atención al Usuario el que deberá cumplimentar los datos de filiación. Se deberá disponer de una base de datos. Normalmente la demanda en la hiperactividad se produce a demanda de los padres o, lo más habitual, a requerimiento del colegio.

#### 2. PRIMERA EVALUACIÓN:

Se realizará una **primera evaluación** que descarte patología pediátrica subyacente y que pudiera justificar la conducta del niño (Véase en este manual el apartado de la hiperactividad en otras enfermedades).

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

Una vez realizada la primera valoración y descartada patología pediátrica, se realizará el diagnóstico paidopsiquiátrico, concretando el subtipo de hiperactividad, así como el nivel de interferencia del problema en el ámbito familiar y /o escolar. Sobre la base de esta valoración, el caso podrá ser asumido en AP o se orientará hacia la Unidad de Salud Mental Infantil. TABLA—1.

TABLA—1: Criterios de derivación a USMI-J.

1. Afectación de la dinámica familiar.
2. Afectación de la adaptación escolar.
3. Sospecha de la existencia de comorbilidad (del desarrollo psicológico o paidopsiquiátrica).
4. Derivación a Escuela de Padres.
5. Necesidad de exploraciones complementarias neuropsicológicas o especializadas.

### 3. INTERVENCIÓN EN AP.

La intervención en AP queda limitada a los casos de niños con hiperactividad leve o conductas temperamentales hiperreactivas. Se basará en la intervención verbal y aclaratoria a los padres. El pediatra deberá estar capacitado para explicar a los padres las técnicas elementales de modificación de conducta y cómo ellos pueden influir en la conducta de su hijo.

### 4. DERIVACIÓN A LA USMI-J.

La derivación a la USMI-J debe entenderse como colaboración entre el nivel primario y el especializado, contemplado en todo momento la ida y vuelta del paciente, una vez conseguidos los objetivos de la consulta—valoración—intervención especializada. Por supuesto, esto conlleva una coordinación estrecha entre ambos niveles de asistencia.

La forma en la que se formula la interconsulta—derivación son, bien a través de llamada telefónica o a petición directa por parte de la familia y acompañada en ambos casos de informe.

### 5. RECEPCIÓN EN LA USMI-J.

En la USMI-J de Almería la recepción de la demanda la realiza la Auxiliar de Clínica y la Auxiliar Administrativo. La primera se encarga de todo lo referente a documentación clínica y la segunda recoge todos los datos de filiación.

### 6. REUNIÓN DE GESTIÓN DE LA DEMANDA.

El Equipo realiza una reunión diaria en donde se analiza la demanda. Teniendo en cuenta la información clínica aportada por AP y otras (normalmente del centro escolar) se decide qué profesional facultativo del Equipo recepcionará el caso. Una vez asignado el facultativo responsable, la Auxiliar de Clínica formalizará telefónicamente el día y la hora.

### 7. PRIMERA CONSULTA PROFESIONAL

El facultativo responsable analizará toda la información disponible sobre el caso, realizará la primera valoración clínica y decidirá qué tipo de exámenes complementarios se realizarán. Una vez estudiado, se realizará la

### 8. SEGUNDA CONSULTA PROFESIONAL.

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

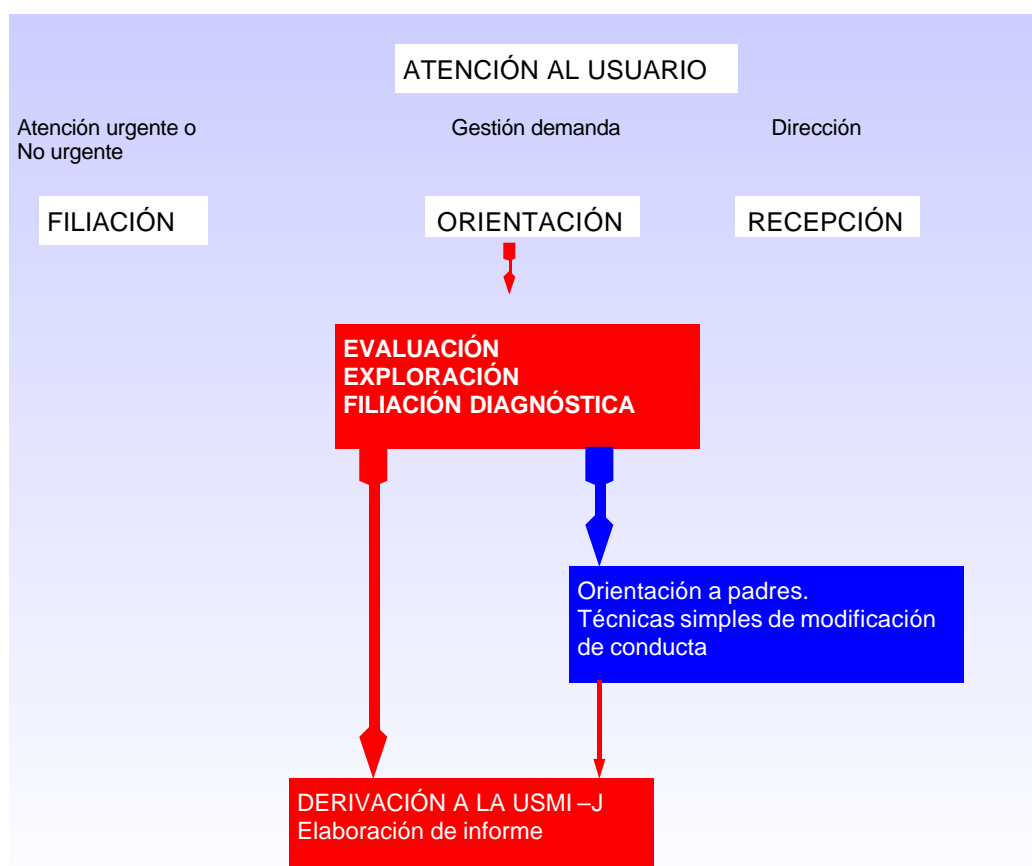
Se decidirá lo siguiente:

- Un primer informe para el facultativo de AP, en donde se explicarán los resultados y la decisión terapéutica.
- Plan de tratamiento cerrado: psicoterapia individual y/o familiar, Escuela de Padres, farmacológico, psicopedagógico.
- Establecimiento de un Plan de Coordinación, tanto con Servicios Sanitarios como parasanitarios en base a los resultados exploratorios.
- Establecimiento de un diagnóstico definitivo.
- Establecimiento de instrumentos de evaluación. En el supuesto de prescribir medicación, se realizará el seguimiento protocolizado al efecto.

### 9. REDERIVACIÓN A AP.

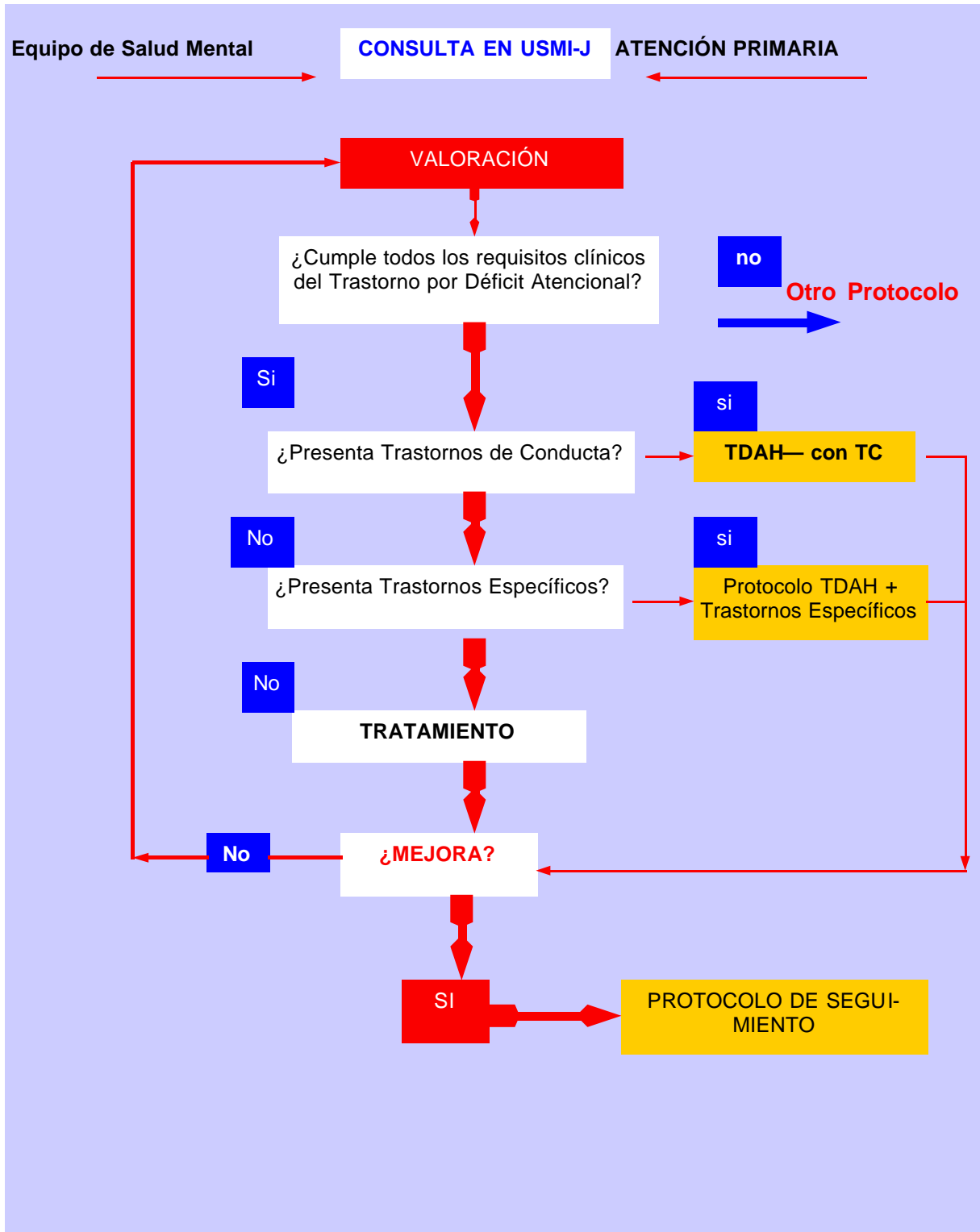
La remisión de la patología, en el caso de la hiperactividad, no es suficiente para dar el alta definitiva en la mayoría de los casos. Por ello, debemos contemplar esta eventualidad. El pediatra deberá recibir un informe en donde se explicita detalladamente los datos clínicos recogidos en la USMI-J, e diagnóstico y los objetivos de la derivación. En los casos en donde la derivación se realice exclusivamente a educación, igualmente, se deberá realizar un informe en donde se expliquen las razones clínicas de ella.

## DIAGRAMAS DE FLUJO EN ATENCIÓN PRIMARIA



## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

### PLAN GENERAL



Como podemos observar existen dos **sub—procesos**: TDAH con Trastornos de Conducta y TDAH con Trastornos Específicos del Desarrollo Psicológico

### FORMATO HISTORIA CLÍNICA (Anexo—1)

La **HISTORIA CLÍNICA** comprende una serie de información suficiente como para realizar con fundamento la petición de exámenes complementarios y llegar a un diagnóstico correcto. Los apartados y contenidos de la que empleamos en la USM-FJ son los siguientes:

#### 1. FICHA EPIDEMIOLÓGICA.

Consta de los **DATOS DE FILIACIÓN**: Nombre y Apellidos, teléfono, dirección completa, fecha de nacimiento, número y orden de nacimiento de los hermanos, trabajo o curso académico del paciente y cada uno/a de los hermanos, situación marital de los padres y profesión. Fecha de consulta, Diagnóstico (DSM-IV y CIE-10), modalidad de tratamiento, fecha y motivo de alta.

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

El **motivo de consulta** se recoge de forma **semiestructurada**. Es decir, a pesar que las respuestas son abiertas se recogen siempre los datos siguientes:

- Quien deriva el caso y motivo alegado.
- Descripción de los padres del motivo de consulta, precisando inicio, evolución y razones que argumentan sobre lo que le sucede a su hijo.
- Recogida de datos, por parte del entrevistador, de lo observado en la consulta.
- Entrevista a solas con el niño.
- Durante la entrevista con los padres, al niño se le proporciona lápiz y papel para que realice un dibujo libre, y el test de figuras geométricas.
- Precisamos estado actual del desarrollo psicomotor, lenguaje, control esfinteriano, conducta alimentaria, sueño, apego a las figuras parentales y afectividad, así como relaciones sociales (conducta social).
- Escolarización: rendimiento y adaptación.

#### 3. ANTECEDENTES PERSONALES

De la misma forma que en el apartado anterior, los **antecedentes personales** se recogen de forma semiestructurada y debe constar información, al menos, de los siguientes aspectos:

- **Embarazo:**
  - Condiciones del embarazo (deseado o no). Problemas durante el primer trimestre (infecciones, metrorragias, tratamientos farmacológicos). Resto de embarazo, especialmente condiciones que puedan afectar al bienestar fetal (hipertensión- preeclampsia-, infecciones, tratamientos farmacológicos, anemias y cualquier otra circunstancia que pudieran haber comprometido la alimentación fetal, así como condiciones mecánicas.
- **Parto:**
  - Si fue , o no a término, presentación, espontáneo, instrumental o quirúrgico. Existencia o no de complicaciones, presencia o no de anorexia. Recoger de la forma más fiable posible el Índice de Apgar y cualquier otro indicio de posible sufrimiento fetal. Peso y talla. Presentación o no de ictericia (lo ideal sería disponer de cifras de bilirrubinemia).
- **Desarrollo psicomotor:**
  - Calidad de la succión, tiempo de cabeza erguida, seguimiento ocular, gateo, bipedestación con apoyo, sin apoyo y primeros pasos, así como la edad de la marcha estable. Calidad del la prensión manual. Investigar, especialmente, cualquier indicador de torpeza motora. PREGUNTAR SOBRE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA MÉDICA QUE HAYA PODIDO INFLUIR SOBRE EL MISMO.
- **Desarrollo del lenguaje:**



## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

- Primera sonrisa, interacción comunicativa, balbuceo, primeras palabras con contenido semántico y calidad de la pronunciación, primeras frases. Calidad de la comprensión. Interacción. Es importante indagar sobre la evolución experimentada en la interacción, así como en las posibles paradas del desarrollo del lenguaje. INDAGAR SOBRE CUALQUIER CAUSA PEDIÁTRICA QUE HAYA PODIDO INFLUIR SOBRE EL MISMO (CONVULSIONES FEBRILES, SOBRETUDO ATÍPICAS)
- **Conducta alimentaria:**
  - Se le dio el pecho, o no, aceptación, cuanto tiempo. Comportamiento en la introducción de la alimentación artificial (rechazos, caprichos, intolerancias). Como ha evolucionado hasta el momento de la consulta. INDAGAR SOBRE CUALQUIER PROBLEMA PEDIÁTRICO RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN.
- **Sueño:**
  - Calidad del sueño durante el primer año. Indagar sobre, miedos, pesadillas, somnambulismo, somnolientos, despertares, jactatio capitis, así como la conducta de los padres ante las posibles dificultades.
- **Control de esfínteres:**
  - Control de esfínter vesical, nocturno y diurno. Control del esfínter anal, nocturno y diurno. Indagar, igualmente, si han existido episodios aislados de pérdida ocasional, una vez conseguido el control de esfínteres.
- **Desarrollo afectivo:**
  - Calidad de la interacción con las figuras parentales, hermanos, así como con las personas extrañas. Preguntar sobre situaciones de ansiedad ante la presencia de personas desconocidas y como se resolvieron. Precisar el tipo de apego que se ha establecido. Preferencias del niño /a.
- **Sociabilidad:**
  - Tipo de relación con otros niños. Amigos y actividades, tanto en el contexto escolar como fuera del colegio. Precisar si hay dificultades y describirlas.
- **Escolaridad:**
  - Si asistió o no a la guardería, calidad de la adaptación, episodios de ansiedad de separación, precisar las dificultades, comentarios de la profesora / cuidadora. Inicio de preescolar y dificultades, tanto adaptativas como de rendimiento. La misma información si está en primaria etc...
- **Recoger cualquier antecedente médico del niño-a.**

### 4. SITUACIÓN FAMILIAR

Lugar que ocupa el paciente en la fratría . Tiempo de casados o de pareja, divorcio—separación, adopciones. Calidad de convivencia, describir los posibles conflictos y las causas alegadas por cada uno de los padres. De existir desarmonía familiar, recoger las razones de cada uno de los cónyuges. Recoger, en una primera impresión, la posibilidad de maltrato o conductas agresivas físicas o verbales. OPINIÓN DE CADA PADRE SOBRE EL PROBLEMA POR EL QUE SE CONSULTA. Dificultades económicas o laborales. Como perciben su calidad de vida y como la valoran la posible interferencia sobre ella debido al problema del niño –a.

### 5. ANTECEDENTES FAMILIARES.

Debemos indagar sobre antecedentes por línea paterna como materna sobre hiperactividad y trastornos del desarrollo psicológico. Es importante, investigar antecedentes de trastornos de ansiedad, depresivos, obsesivo-compulsivos y tics. Estos tres últimos se han encontrado con mayor frecuencia entre los familiares de niños hiperactivos. Así mismo, investigar enfermedades neurológica, sobretodo, epilepsia. Finalmente, investigar los antecedentes de enfermedades endocrinas y metabólicas.

### 6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### 6.1. NEUROPSICOLÓGICOS

En nuestra unidad se realiza sistemáticamente un **WISC-R** o **WPPI** dependiendo de la edad. Otras, según los déficits neurocognitivos y la edad, nos limitamos a pasar una **Escala del Desarrollo**. De todas formas, no intentamos averiguar el CI, en cuanto tal, sino recabar información suficiente para complementarla, si fuera preciso, con evaluaciones más específicas: lenguaje, psicomotricidad etc.. Otra prueba que suele realizarse en base a los déficits y la edad es **el McCarthy**, el **Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois**. **EN ESTE SENTIDO SON OBLIGADOS ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: WISC-R, WPPI, McCARTHY, ESCALA DEL DESARROLLO DE BRUNET-LÉZINE**. Los otros son opcionales.

#### 6.2. VALORACIÓN ATENCIONAL

Realizamos el **Continous Performance Test**. Es una prueba por ordenador. Consiste en la presentación horizontal de 10 figuras geométricas simples simultáneamente y de forma aleatoria. La presentación dura en pantalla 1/2 segundo y aparece una nueva serie de 10 figuras en el siguiente 1/2 segundo. Se le pide al niño que cuando coincidan juntos un círculo y un cuadrado, y solamente en este orden, debe pulsar el espaciador del teclado. Cuando así lo hace, decimos que es una **respuesta correcta o acierto**. Si aparece la presentación del estímulo y no pulsa el espaciador, decimos que ha cometido un **error por omisión** y si pulsa cuando no ha aparecido el estímulo, decimos que se trata de un **error por comisión**. La duración de la prueba es variable, dependiendo de la edad del niño. TEÓRICAMENTE, MEDIRÍA **ATENCIÓN SOSTENIDA** E **IMPULSIVIDAD**, ASÍ COMO EL TIEMPO DE **LATENCIA DE RESPUESTA** en milisegundos. Aunque no solemos utilizarlo, la prueba puede realizarse con o sin distractores acústicos y/o visuales.

#### 6.3. VALORACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

Se debe realizar una observación directa del niño durante todo el tiempo que permanece en la unidad. A parte de esta observación inicial que, normalmente, es poco informativa, pueden decidirse otras planificadas previamente. Esto se realiza cuando hay gran diferencia entre las distintas informaciones que se recogen: valoración por ambos padres por separado y profesores. En la página siguiente presentamos el cuestionario dado para cada uno de **los padres y el colegio**. Igualmente, el cuestionario de **información psicopedagógica**. Estos cuestionarios recogen todos los ítems de la CIE—10 y el DSM-IV y se han elaborado con la idea de que sea informatizado para análisis de validación posterior. Recoge información solamente sobre alteración atencional, impulsividad e hiperactividad.

#### 6.4. VALORACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Se recoge a través de un cuestionario elaborado para tal fin y pretende recoger una información suficiente como para complementarla si fuera necesario Existen dos versiones: una para niños de 3-5 años y otra para niños con 6-12. (Solo se pone el de 3-5 años, ya que la única diferencia está en el cambio de prelectura por lectura, escritura por preescritura...) Se recoge los siguiente:

##### CUETIONARIO PSICOPEDAGÓGICO

- **INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ESCOLARIZACIÓN**
- **INFORMACIÓN SOBRE RENDIMIENTO ACADÉMICO:**
  - **Habilidades en lectura /prelectura.**
  - **Habilidades en pre / escritura.**
  - **Habilidades en cálculo.**
  - **Habilidades en lenguaje**
  - **Valoración del profesor sobre el problema**
  - **Soluciones, a juicio del profesor.**

## 12. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO : HIPERACTIVIDAD INFANTIL

### 6.5. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Realizamos una [exploración neurológica estándar](#) en la búsqueda de signos neurológicos focales. Siempre se complementa con el [PANESS—página 25 de este manual-](#) (evaluación de signos neurológicos blandos—soft signs—Si aparecen signos neurológicos focales o una cantidad significativa de signos neurológicos menores o blandos, siempre completamos el estudio con una [Resonancia Magnética Nuclear](#) .

Cuando el niño presenta un déficit psicomotor importante, se le valora con la [Batería de Evaluación Psicomotora de LAFAYE](#).

Valoramos igualmente la lateralidad auditiva con una [ESCUCHA DICÓTICA](#) (Se le hace escuchar al niños dos estímulos verbales diferentes y simultáneos en cada oído , aunque parecidos fonéticamente y bisílabos. El niño repite en voz alta lo que escucha. Se miden aciertos y errores en cada oído. Suele ser también una buena prueba atencional).

### 6.6. EXPLORACIÓN NEUROFISIOLÓGICA

Se realiza, dependiendo de la colaboración del paciente [un EEG](#), cuando hay colaboración, y si la hay, un [MAPPING CEREBRAL](#). En el supuesto de que existan retrasos significativos del desarrollo del lenguaje, también se le piden [POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO](#).

### 6. 7. OTROS EXÁMENES

[Analítica estándar](#).

[Examen funcional de tiroides](#) si existen síntomas ansiosos evidentes o depresivos.

**LA ESCALA DE EVALUACIÓN PSICOMOTORA QUE SIGUE ES COMPLEMENTO DEL PANESS Y AMBAS NECESITAN DE UN MANUAL PARA PODER CUMPLIMENTARLA.**

*Ψ,ψ*