

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN y TRASPASO DE INFORMACIÓN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. FLUJOGRAMA DEL CIRCUITO ASISTENCIAL.

2.1 Criterios de derivación.

3. GUIA DE CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO ACTUALIZADO DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN

3.1. Primer nivel: Ámbito escolar

3.2. Segundo nivel: Atención Primaria/Pediatría

4. INTERCONSULTA NO PRESENCIAL

5. ANEXOS

ANEXO 1 (Ficha Orientador/a)

ANEXO 2 (Ficha Pediatra)

ANEXO 3 (Consentimiento de padres o tutores legales del traspaso de información;
Solicitud de información al centro escolar)

ANEXO 4 (Escala SNAP-IV)

ANEXO 5: (Informe Médico para Centro Escolar)

6. BIBLIOGRAFIA

PRÓLOGO

La necesidad de una coordinación interdepartamental eficaz para el adecuado abordaje multidisciplinar en aquellos trastornos que afectan a un sector importante de población y, además, repercuten de forma significativa en diferentes ámbitos de la vida personal del menor y de su familia, requieren un abordaje multidisciplinar. Por este motivo se han creado estructuras, como la Comisión Asesora Técnico Infanto-Juvenil, que permiten trabajar en líneas de actuación convergentes e integradas. Este es el objetivo de la Comisión Asesora Técnica Infanto-Juvenil que se crea en 1999 y modifica su composición y funciones en 2009 y 2011.

En 2002 se elaboró un "Protocolo de derivación y traspaso de información ante el TDAH". Ante su uso y cumplimentación irregular, en febrero de 2010 se planteó a la Subdirección de Salud Mental una revisión y actualización del mismo, así como una clarificación del circuito asistencial entre los diferentes ámbitos de atención (pediatría, neuropsiquiatría, Salud Mental y orientación escolar). La Subdirección encomendó dicho trabajo a la Comisión Asesora Técnica Infanto-Juvenil dado que, entre sus funciones, se encuentra definir circuitos asistenciales y diseñar protocolos de intervención coordinada entre diferentes servicios y departamentos.

Esta Comisión decidió nombrar una subcomisión técnica multidisciplinar para llevar a cabo este cometido. La propuesta fue revisada por la Comisión, y el documento está sustentado y refrendado por la Dirección de Salud Mental y de Atención Primaria.

1. INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la edad infantil cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en edad infanto-juvenil y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido al gran impacto que produce en los diferentes aspectos de la vida. Los síntomas del trastorno interfieren en el desarrollo del individuo, en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño/a, en el grupo de compañeros y en su familia.

En el año 2000, el Estudio Delphi sobre el Futuro de la Salud Infantil y de la Pediatría en España, constató la percepción, por parte de los pediatras, del incremento de los problemas de salud mental en niños/as y adolescentes. Además enfatizó la necesidad de mejorar la asistencia a los afectados y sus familias, y propuso que el estudio de los trastornos mentales fuese una de las líneas prioritarias de investigación y formación para los siguientes 15 años. En nuestro sistema de salud, a diferencia de otros países, la mayoría de los niños/as son atendidos por especialistas en pediatría que trabajan en Atención Primaria haciendo el seguimiento de los mismos desde el nacimiento hasta los quince años de edad. En consecuencia, se dispone en Pediatría de Atención Primaria de información fiable y sobre el niño y sus familias, que puede permitir la detección e intervención precoz de los trastornos mentales.

La elevada prevalencia del TDAH y las repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño/a hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. En la actualidad se dispone de evidencia suficiente para apoyar la validez diagnóstica de TDAH y la eficacia de las alternativas terapéuticas. Sin embargo, todavía existen controversias en torno a los instrumentos de evaluación, los criterios diagnósticos, las opciones terapéuticas y el tratamiento psicosocial.

Uno de los aspectos clave para el adecuado abordaje de los niños/as con TDAH es la detección precoz y la evaluación diagnóstica, en la que se realice el

diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales y médicos, y además se detecten las posibles comorbilidades.

En 2002 se elaboró en la Comunidad Foral de Navarra un primer "Protocolo de derivación y traspaso de información ante los TDAH". En el 2010 desde la Comisión Asesora Técnica de Infanto-Juvenil se designa una subcomisión multidisciplinar con el objeto de actualizar el protocolo y así mejorar la atención a los niños/as con TDAH.

El trabajo de dicha subcomisión ha consistido en la realización de un flujograma del circuito asistencial, en el que se establecen los niveles de atención, según las características, gravedad y/o complejidad, y determina los canales de derivación para acceder de unos niveles de atención a otros, además de una actualización de la documentación para el traspaso de información.

Este protocolo se ha realizado con el objetivo de proporcionar una asistencia coherente y organizada a niños/as, adolescentes y sus familiares, consistente con los hallazgos procedentes de la investigación y consensuada entre los diferentes profesionales implicados.

2.FLUJOGRAMA DEL CIRCUITO ASISTENCIAL

El gráfico adjunto recoge de forma representativa el circuito asistencial de un niño/a y/o adolescente con sospecha de TDAH. Se especifican los criterios de derivación entre Pediatría y Neuropediatría, Pediatría y Centro de Salud Mental y entre este último y el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA Y NEUROPEDIATRÍA.

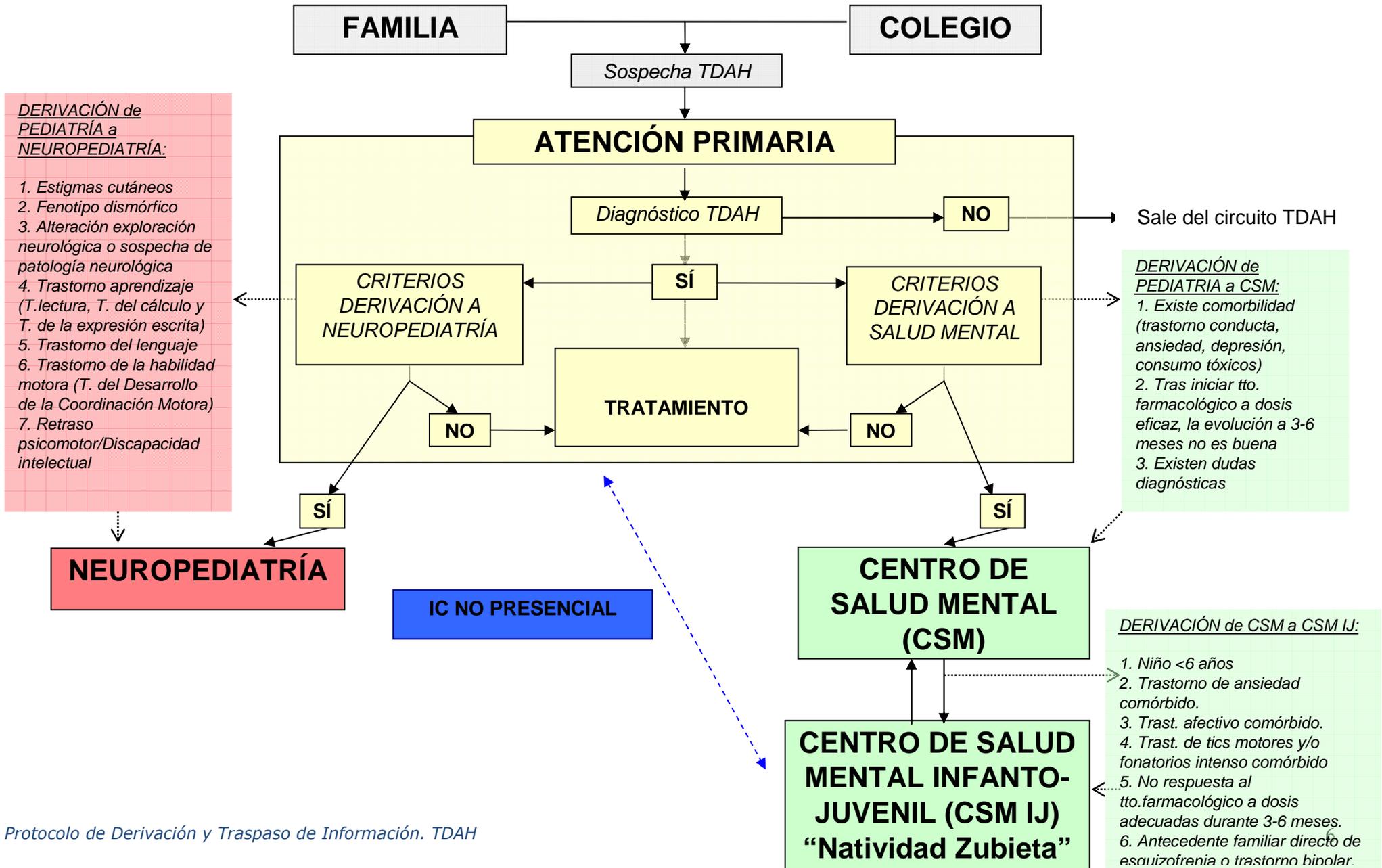
- 1- *Estigmas cutáneos*
- 2- *Fenotipo dismórfico*
- 3- *Alteración exploración neurológica o sospecha de patología neurológica*
- 4- *Trastorno aprendizaje (T.lectura, T. del cálculo y T. de la expresión escrita)*
- 5- *Trastorno del lenguaje*
- 6- *Trastorno de la habilidad motora (T. del Desarrollo de la Coordinación Motora)*
- 7- *Retraso psicomotor/Discapacidad intelectual*

2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA Y CENTRO DE SALUD MENTAL

- 1- *Existe comorbilidad (trastorno conducta, ansiedad, depresión, consumo tóxicos)*
- 2- *Tras iniciar tto. farmacológico a dosis eficaz, la evolución a 3-6 meses no es buena*
- 3- *Existen dudas diagnósticas*

3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE CENTRO DE SALUD MENTAL Y CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- 1- *Niño <6 años*
- 2- *Trastorno de ansiedad comórbido.*
- 3- *Trast. afectivo comórbido.*
- 4- *Trast. de tics motores y/o fonatorios intenso comórbido*
- 5- *No respuesta a tratamiento farmacológico a dosis adecuadas durante 3-6 meses.*
- 6- *Antecedente familiar directo de esquizofrenia o trastorno bipolar*



3. GUIA DE CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO ACTUALIZADO

DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN

La sospecha de que un niño/a padece un TDAH suele surgir en el ámbito familiar y/o escolar. Una adecuada evaluación diagnóstica precisa de información fiable de diferentes fuentes (familia, colegio). Este protocolo tiene como objetivo recoger de forma sistematizada la información más relevante aportada desde los diferentes ámbitos.

1. Primer nivel: ÁMBITO ESCOLAR

Si la sospecha surge en el centro escolar, será la Unidad de Apoyo Educativo (UAE) en Educación Primaria o el Departamento de Orientación Escolar en Educación Secundaria, a través del orientador responsable, quien informe a los padres y/o tutores legales y cumplimente el protocolo de derivación. Además solicitará por escrito el consentimiento de los padres y/o tutores legales que permita el intercambio de información entre los profesionales que intervengan con el niño/niña (ANEXO 3).

Los datos a aportar son los recogidos en la **FICHA ORIENTADOR/A ESCOLAR** (ANEXO 1) del protocolo que consta de los siguientes apartados:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A Y CENTRO ESCOLAR

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV-TR

1. **Presencia de síntomas:** puntuar si el síntoma ha persistido al menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa con el nivel de desarrollo.
 - **Desatención**
 - **Hiperactividad**
 - **Impulsividad**
2. **Presencia de los síntomas antes de los siete años:** la presencia de los mismos no supone un cambio brusco del comportamiento del alumno, sino que los síntomas han estado presentes con anterioridad a la edad indicada.
3. **Presencia de los síntomas tanto en el hogar como el centro.**
4. **Repercusión funcional:** se deberá especificar y describir el impacto de los síntomas en el funcionamiento personal, social, académico y/o familiar del niño.
5. **Puntuación escala SNAP-IV (versión abreviada):** Revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP), adaptada a los criterios del DSM-IV. Evalúa los tres síntomas nucleares del trastorno: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Ofrece puntos de corte tanto de forma global, como para las subescalas de inatención e hiperactividad-impulsividad. Se deberá administrar la escala al tutor/a aportando las puntuaciones obtenidas.

3. PRUEBAS APLICADAS

- **Valoración de dificultades específicas del aprendizaje:** trastorno de la lectoescritura, del cálculo, problemas visuoespaciales, de coordinación....
- **Valoración global del rendimiento escolar**
- **Resultados de otras pruebas aplicadas a criterio del orientador/a:**
 - **Valoración de la capacidad intelectual:** En aquellos casos que se considere oportuno y mediante escalas estandarizadas (Se recomienda la escala WESCHLER que corresponda a la edad del sujeto y se adjuntará el perfil de resultados)

4. OTROS DATOS DE INTERÉS

- Se aportarán las observaciones que el centro escolar considere con respecto a alteraciones conductuales, problemas de relación con compañeros, alteraciones emocionales (ansiedad, inseguridad, problemas de autoestima) y dinámica familiar.

5. ACCIONES EMPRENDIDAS

- Se describirán las acciones llevadas a cabo hasta la fecha para manejar los problemas del alumno por el **profesorado** (establecimiento de medidas ambientales o conductuales específicas), la **familia** (si se han mantenido contactos, se les ha dado algún tipo de pauta específica) y con el **alumno** (si recibe clases de apoyo o cualquier acción extraordinaria emprendida con el mismo).

6. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Tras la valoración del orientador/a escolar se considerará de utilidad su opinión con respecto a las posibilidades diagnósticas según las clasificaciones actuales.

Este documento se hará llegar al Pediatra responsable de AP por medio de los padres o responsables legales. Tras el estudio y evaluación diagnóstica se remitirá un informe al orientador/a responsable del centro escolar con el diagnóstico y plan terapéutico (INFORME MÉDICO PARA CENTRO ESCOLAR; ANEXO 5). En el caso en que surgieran discrepancias se valorará realizar una intervención en red.

2. Segundo nivel: ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRÍA

Con el objetivo de conseguir una detección precoz se recomienda realizar una búsqueda proactiva de signos y/o síntomas que hagan sospechar un TDAH en las **visitas de salud** del niño. Se pueden realizar algunas preguntas sobre problemas de conducta y/o de rendimiento escolar tipo:

-¿Qué tal le va en el colegio?; ¿Va contento al colegio?; ¿Ha dejado alguna asignatura?; ¿Han detectado algún problema de aprendizaje, alguna dificultad en un área específica?; ¿Cómo es el comportamiento en casa, en el colegio, con los amigos?

Es importante recordar el subtipo inatento cuyos síntomas y signos son más difíciles de detectar, haciendo preguntas como:

-¿Qué tal atiende?; ¿Con qué se entretiene jugando?; ¿Tiene problemas para acabar las tareas escolares?; ¿Es capaz de estudiar solo o precisa que alguien se siente a su lado para hacer los deberes?; ¿Dedica muchas horas al estudio para los resultados que obtiene?

Las guías de práctica clínica indican que, ante un niño en edad escolar cuyo motivo de consulta sea problemas de conducta o bajo rendimiento/fracaso escolar, se debe descartar formalmente un TDAH. El protocolo de recogida de información incluye un apartado específico a cumplimentar por el pediatra de Atención Primaria y se basa en una cuidadosa anamnesis y exploración clínica. La realización de este protocolo facilitará la orientación diagnóstica del caso.

Si la sospecha surge en Pediatría, será el pediatra quien informe a los padres y/o responsables legales, y cumplimente el protocolo de derivación. Se solicitará el consentimiento por escrito de los padres y/o tutores legales para el intercambio de información entre los profesionales que intervienen con el niño (ANEXO 3). Si se considera oportuno se solicitará información al Centro escolar mediante este mismo documento (ANEXO 3)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A Y PEDIATRA

- Motivo de consulta

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV

1. **Presencia de síntomas:** puntuar si el síntoma ha persistido al menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa con el nivel de desarrollo.

Desatención 6 o más

Hiperactividad/Impulsividad 6 o más

2. **Edad de inicio de los síntomas.**
3. **Repercusión de los síntomas en varios ambientes:**
4. **Deterioro funcional clínicamente significativo:**
5. **Puntuación escala SNAP-IV (versión abreviada):** Se deberá administrar si no ha sido administrada en el ámbito escolar.

3. ANTECEDENTES MÉDICOS y ESTADO ACTUAL

- **Estado actual:** Registrar si tiene algún **problema médico**, así como los **tratamientos** que recibe habitualmente (broncodilatadores, antiepilépticos, corticosteroides, antihistamínicos, etc). En los **adolescentes** es fundamental recoger sistemáticamente si existe consumo de **drogas**.
- **Antecedentes médicos:** en especial: **convulsiones /epilepsia/ausencias, tics, enfermedad cardiovascular** en el niño (existencia de soplos cardíacos o enfermedad cardíaca reconocida o síntomas como palpitaciones, alteraciones del ritmo, mareos, síncope, dolor precordial con el ejercicio, etc).

4. HISTORIA EVOLUTIVA

- **Antecedentes obstétricos y perinatales:** embarazo (exposición a alcohol, nicotina y otras drogas, infecciones u otros problemas), parto y período perinatal y posnatal (edad gestacional, peso al nacimiento, sufrimiento fetal, test de Apgar, hipoxia, hipoglucemia o cualquier otro tipo de patología). Interesa recoger también si ha sido adoptado y su nacionalidad.
- **Desarrollo psicomotor:** edad de inicio de la marcha autónoma o de los primeros bisílabos propositivos, dificultades de lenguaje, dificultades en la motricidad gruesa o fina, dificultades en la adquisición de la lectoescritura, etc.
- **Escolarización:** si existió ansiedad de separación, si en la guardería o en la escuela infantil los educadores detectaron algún problema o hicieron algún comentario a los padres sobre el desarrollo o comportamiento del niño.
- **Interacción social:** preguntar si se relaciona o interacciona con otros niños, si se relaciona adecuadamente, si son niños de su misma edad, etc.

5. SITUACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Situación familiar:** Nivel de estudios y ocupación de los padres, horarios de la familia, nivel socioeconómico, número de hermanos y lugar que el niño ocupa en la fratría. Relación entre los padres y el niño y la posible presencia de maltrato o abuso en el seno de la familia.
- **Antecedentes médicos familiares:** TDAH, trastornos específicos de aprendizaje, retraso mental, enfermedades neurológicas, enfermedades mentales (depresión, ansiedad, tics, trastornos del espectro autista, etc.). También antecedentes de **enfermedad cardiovascular** en la familia: hipertensión arterial, arritmias, enfermedad cardíaca, muerte súbita, síndrome QT largo, etc.

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Se determinarán el **peso, talla, IMC, perímetro craneal, tensión arterial y frecuencia cardíaca**. A la inspección el pediatra anotará si el **fenotipo** le parece normal o dismórfico. La existencia de **estigmas cutáneos** (manchas café con leche, manchas acrómicas, angiomas, etc)
- La **exploración física general**.

- La **exploración neurológica**: pares craneales, tono y fuerza muscular, reflejos osteotendinosos, sensibilidad, coordinación y equilibrio y marcha. Opcional, los signos neurológicos menores (PANESS).
- **Exploración de agudeza visual y audición** recientes, menos de un año, realizada con los optotipos convencionales y con el audiómetro tonal de consulta. Ante cualquier sospecha de patología en estas áreas se debe solicitar una interconsulta con oftalmología u otorrinolaringología.
- **Otras exploraciones**: Las guías de práctica clínica nos señalan que debe realizarse un ECG y/o valoración por un cardiólogo infantil previo al inicio de tratamiento farmacológico sólo en aquellos niños con síntomas de patología cardiovascular o con antecedentes familiares de la misma pero no hay que realizar un ECG de rutina en los demás niños.

7. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Una vez recogida toda la información, los resultados de las escalas y la exploración, el pediatra podrá realizar una aproximación diagnóstica. Es importante recordar que el **diagnóstico es esencialmente clínico** y que los resultados de escalas, cuestionarios e incluso pruebas de atención y otras funciones ejecutivas (falsos negativos entre el 15-30 %), ni confirman ni descartan un TDAH, aunque son sumamente útiles para seguir la evolución del niño. No se precisa tampoco de ninguna exploración complementaria (ni pruebas de laboratorio, ni neuroimagen, ni EEG) para realizar el diagnóstico. Aplicando los criterios DSM-IV podrá determinar si hay o no 6 ó más de los síntomas nucleares del TDAH para inatención, hiperactividad o impulsividad; si dichos síntomas están presentes desde antes de los 7 años y si existe un deterioro significativo, al menos moderado, en el funcionamiento en dos o más áreas a nivel familiar, escolar o social. Con todo ello podrá sugerir si el niño padece un posible TDAH y de qué subtipo.
- **Comorbilidad psicológica-psiquiátrica**: presente en el 30-50% de los niños con TDAH. Trastornos de conducta, trastornos del ánimo (ansiedad, depresión), trastorno obsesivo-compulsivo, consumo y/o abuso de sustancias, trastornos de lenguaje o trastornos de aprendizaje. A continuación se resumen algunos **signos y síntomas** que pueden hacer sospechar estas comorbilidades:

Depresión: ánimo predominantemente triste o irritable, falta de interés/disfrute en todas o la mayoría de actividades, deterioro de rendimiento escolar, alteraciones de apetito o sueño, ideas recurrentes de muerte o suicidio, etc.

Ansiedad: ánimo persistentemente preocupado, repetidas quejas somáticas, miedos desproporcionados o fobias específicas, miedo a morir, a perder el control, dificultad excesiva e inapropiada para la edad a separarse de las figuras de apego o miedo a que les pase algo, etc.

Trastornos de conducta: comportamientos negativistas y desafiantes, no seguir las reglas de los adultos, molestar deliberadamente a otros, agresiones físicas a personas o animales, robos, falta de asistencia a clase o fuga del hogar, etc.

Trastornos de lenguaje: en el discurso del niño se notan dificultades en la articulación, en la fluencia, en la modulación del volumen (riesgo de "abuso de cuerdas vocales"), en el uso contextual, en la organización y expresión de sus ideas o dificultades en seguir tareas que requieren explicaciones verbales, etc.

Trastornos de aprendizaje: niños con capacidad cognitiva normal, sin déficit sensorial y/o alteraciones neurológicas ni trastornos emocionales y que, a pesar de la aplicación de métodos pedagógicos adecuados para aprender, presentan una dificultad muy específica en una o varias áreas: lectura (trastorno de la lectura/dislexia), escritura (trastorno de la expresión escrita/disgrafía), cálculo matemático (trastorno del cálculo/discalculia), o bien un trastorno de aprendizaje no especificado. Son "signos de alerta" para estos trastornos: se resiste o niega a ir al colegio, evita o falla en áreas muy específicas, comportamientos disruptivos en ciertas clase, etc.

En cualquier caso, aunque el pediatra no pueda llegar al diagnóstico de posible comorbilidad habrá de sospecharla siempre ante **mala evolución** durante el proceso de seguimiento/tratamiento de un niño con TDAH.

8. TRATAMIENTO

Se recogerá si se ha realizado alguna intervención terapéutica farmacológica o psicoterapéutica y la respuesta.

Si tras realizar la evaluación y, como se especifica en el flujograma del circuito asistencial, se considera indicada la derivación a salud mental y/o neuropsiquiatría se tratará de hacer llegar este documento a los respectivos profesionales por el soporte informático y/o por medio de los padres o tutores legales.

Tras la evaluación se informará al centro escolar (UAE/Departamento de orientación) del diagnóstico, si precisa tratamiento farmacológico y las pautas recomendadas al centro escolar. Se propone el documento: Informe Médico para Centro Escolar (ANEXO 5)

En el caso en que surgieran discrepancias se valorará la realización de una intervención en red.

4. INTERCONSULTA NO PRESENCIAL TDAH

Se establece una nueva vía de comunicación y coordinación entre la atención especializada (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) y Pediatría de atención primaria, con el objetivo de apoyar al pediatra en la evaluación diagnóstica y tratamiento de los niños/as y adolescentes con TDAH.

La vía de comunicación será mediante la ficha de Interconsulta No presencial para TDAH existente en Historia Clínica Informatizada (OMI). Dicha ficha recoge los datos más revelantes de la historia del paciente y el motivo que suscita la interconsulta.

Será enviado vía correo electrónico a la dirección del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil que aparece en la lista global de direcciones del Gobierno de Navarra como salud mental infantil (interconsulta no presencial) que corresponde a la cuenta de correo CSMIJINP@navarra.es. Los profesionales responsables del programa de TDAH del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil serán los encargados de responder la interconsulta en 48 horas hábiles, a través de un Informe de Intercomunicación Médica que quedará registrado en la Historia Clínica Informatizada del paciente.

La población susceptible serán los menores de 15 años de toda la Comunidad Foral de Navarra con TDAH atendidos por el especialista en Pediatría y, en cuyo seguimiento, surjan dudas relacionadas con el diagnóstico o manejo terapéutico del trastorno, favoreciendo la continuidad de cuidados del niño/a y/o adolescente con TDAH.

5. ANEXOS:

ANEXO I: FICHA CENTRO ESCOLAR

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR

1. Presencia de síntomas

Desatención

- A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza tareas escolares sin que ellos se debe a un comportamiento negativista o incapacidad para comprender las instrucciones
- A menudo tiene dificultad para organizar las tareas
- A menudo, evita, le disgusta o es renuente e cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (actividades escolares y otras).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria

Hiperactividad

- A menudo se mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.
- A menudo está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes d haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar el turno
- A menudo interrumpe y se inmiscuye en las actividades de otros.

2. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años. SI () NO ()

3. Algunas alteraciones se presentan en dos o más ambientes.

Escuela: SI () NO () Hogar: SI () NO ()

4. Repercusión funcional:

- La actividad social (especificar):
- La actividad académica (especificar):

5. SNAP-IV

Según el Tutor/a: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

PRUEBAS APLICADAS
Dificultades específicas del aprendizaje: <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Otro
Valoración global del rendimiento escolar: <input type="checkbox"/> Nivel adecuado <input type="checkbox"/> Retraso escolar
Resultados de otras pruebas:
OTROS DATOS DE INTERÉS
ACCIONES EMPRENDIDAS
<input type="checkbox"/> Profesorado <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Alumno
APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA
<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo combinado). <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo con predominio de déficit de atención). <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Tipo con predominio hiperactivo impulsivo). <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

ANEXO 2: FICHA PEDIATRA-AP

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
FICHA PEDIATRA-AP

DATOS DE FILIACIÓN NIÑO/A o ADOLESCENTE

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Nombre del padre:		Nombre de la madre:	
Domicilio familiar:			
Teléfono:		Nº HCI:	

DATOS PEDIATRÍA

Nombre y apellidos:		
Centro de Salud:		Teléfono de contacto:
Motivo de consulta:		

FECHA:

FIRMA:

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

1. Presencia de criterios DSM-IV :

Desatención 6 ó más ()

Hiperactividad/Impulsividad 6 ó más ().

2. Desde que edad están presentes los síntomas ()

3. Repercusión en varios contextos ()

4. Deterioro significativo familiar, escolar, social ()

5. Escala SNAP-IV:

Según el Tutor/a: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

Según la familia: Desatención: Hiperactividad-Impulsividad: Puntuación Total:

3. ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO ACTUAL

Estado actual

Enfermedades

Tratamientos/tóxicos

Antecedentes médicos

Convulsiones

Tics

Cardiovasculares

Otros

4. HISTORIA EVOLUTIVA

Antecedentes obstétricos y perinatales:

Embarazo:

Parto: Eutócico Distócico Edad gestacional: Peso: Talla: Apgar: /

Patología perinatal:

Desarrollo psicomotor:

Deambulación: (meses) Primeros bisílabos: (meses)

Retraso en algún área del desarrollo:

Escolarización:

Relación con otros niños:

SITUACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Situación familiar:

Ocupación de los padres: Padre

Madre

Nº de hermanos

Orden en la familia:

Antecedentes familiares:

TDAH

Tr. Específico Aprendizaje

Discapacidad Intelectual

Enfermedad Mental

Enfermedad cardiovascular

Otros

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso:

Talla:

Perímetro craneal:

Tensión Arterial:

Frecuencia cardiaca:

Fenotipo : Normal Dismórfico

Estigmas cutáneos : No Sí

Exploración general:

Exploración neurológica:

Exploración visual:

Exploración auditiva:

Otros:

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- **TDAH :**
 - SUBTIPO COMBINADO
 - SUBTIPO PREDOMINIO DÉFICIT ATENCIÓN
 - SUBTIPO PREDOMINIO HIPERACTIVO/IMPULSIVO
- **COMORBILIDAD SALUD MENTAL:**

TRATAMIENTOS

**ANEXO 3: SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL CENTRO ESCOLAR y
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES LEGALES PARA EL
TRASPASO DE INFORMACIÓN.**

SOLICITUD DE INFORMACIÓN A CENTRO ESCOLAR:

Con el objeto de realizar una evaluación adecuada del niño/a sería recomendable que desde el Centro Escolar se cumplimentase la Ficha del Protocolo de derivación y traspaso de información (TDAH).

Gracias por vuestra colaboración,

Fecha:

Firma:

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

D/Dña:.....padre / madre / responsable legal del niño/a:.....doy mi consentimiento para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/hija/tutelado esté a disposición de los profesionales educativos y sanitarios que van a intervenir en el proceso diagnóstico-terapéutico del mismo.

Fecha:

Firma de la madre

Firma del padre

Firma del responsable legal

ANEXO 4: ESCALA SNAP (Versión Abreviada)

Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad _____

Curso escolar _____ Etnia _____

Para el maestro.

Encuesta contestada por _____

Número de alumnos en la clase _____ Teléfono de contacto _____

Hora de contacto recomendada _____

Para los padres.

Encuesta contestada por _____

¿Conviven ambos padres en el hogar _____

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente) _____

Periodo considerado para esta evaluación:

Semana previa Mes previo Año previo Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin puntuar.**

- **0:** significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
- **1:** significa que de forma leve o sólo a veces.
- **2:** significa que un poco más o bastantes veces.
- **3:** que mucho o muchas veces.

DEFICIT DE ATENCIÓN

Déficit de atención	1	A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.	
	2	Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.	
	3	A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.	
	4	Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.	
	5	A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.	
	6	En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.	
	7	A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. juguetes, lápices o libros).	
	8	Con frecuencia se distrae por estímulos externos.	
	9	Olvida actividades diarias.	

HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD

Hiperactividad / Impulsividad	10	Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.	
	11	A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.	
	12	Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.	
	13	Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.	
	14	A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.	
	15	Suele hablar en exceso.	
	16	A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.	
	17	Tiene dificultades para esperar su turno.	
	18	Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).	

Interpretación de la escala SNAP-IV (para el profesional):

1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres

Puntos de corte	Profesores	Padres
Punto de corte al 5% de la inatención (Valor SUMA INATENCIÓN /9)	<2,56	<1,78
Punto de corte al 5% de la hiperactividad (Valor SUMA HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD /9)	<1,78	<1,44
Punto de corte al 5% de la suma total (Valor SUMA TOTAL /18)	<2,00	<1,67

NOTA: ESCALA SNAP-IV ADMINISTRAR A PADRES Y PROFESORES BIEN PEDIATRA U ORIENTADOR ESCOLAR SEGÚN QUIEN HAGA LA DERIVACIÓN.

ANEXO 5: INFORME MÉDICO PARA CENTRO ESCOLAR

INFORME MÉDICO PARA EL CENTRO ESCOLAR

DATOS DE FILIACIÓN DEL NIÑO/A:

Nombre:

Apellidos:

Edad:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

OTROS ASPECTOS DE INTERÉS:

Fecha:

Firma:

6.BIBLIOGRAFÍA

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.

Guía Práctica de diagnóstico y manejo clínico de TDAH en niños y adolescentes para profesionales. Grupo de trabajo de la USMIJ del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del área Mancha-Centro. 2010.

Consenso de TDAH. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. www.aepap.org.

Guía Práctica para Educadores de ADANA. www.fundacionadana.org

Guía para padres y Guía para docentes. Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. www.feaadah.org

Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y profesores. Isabel Orjales Villar. Editorial CEPE. 1998.

Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH: mi cabeza es como si tuviera mil pies. Isabel Orjales Villar. Editorial Pirámide, 2009.