

## Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

**Raúl García Vallejo**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II. 3ª planta. Avda Complutense, s/n. 28040 Madrid  
[rgv\\_33@hotmail.com](mailto:rgv_33@hotmail.com)

**Tutor**

**Enrique Pacheco del Cerro**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II. 3ª planta. Avda Complutense, s/n. 28040 Madrid  
[quique@enf.ucm.es](mailto:quique@enf.ucm.es)

**Resumen:** el TDAH se caracteriza por una serie de comportamientos que interfieren en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad. Entre el 40-70% de esos niños seguirá teniendo problemas en la adolescencia y entre el 30-65% en la edad adulta. Se estima que en torno al 4-8% de la población mundial puede estar afectada. En España un  $4,23\% \pm 2,73$  en niños de 4 a 15 años, y un  $3,97\% \pm 2,97$  en la Comunidad de Madrid. La evidencia disponible avala que la pediatría de atención primaria puede y debe involucrarse activamente en el diagnóstico precoz del TDAH y en su seguimiento y/o derivación, según proceda. Las enfermeras de pediatría de atención primaria son una pieza clave en ese proceso, tanto en las consultas a demanda como, sobre todo, en las concertadas del programa de Atención al Niño Sano. Su papel es efectivo y eficiente, siempre y cuando posean una formación previa específica sobre el tema. El presente trabajo pretende ser una herramienta para orientar a dichas enfermeras en el establecimiento de diagnósticos enfermeros que supongan la posterior confirmación del trastorno.

**Palabras clave:** Niños hiperactivos. Atención-Trastornos en niños. Salud escolar.

**Abstract:** ADHD is characterized by a series of behaviors that interfere with the optimum evolutionary development of the child, both at the cognitive level and relationship with the family and integration with the rest of children their age. Between 40-70% of these children will continue to have problems in adolescence and adulthood 30-65%. It is estimated that 4-8% of the world population can be affected.  $4.23\% \pm 2.73$  children aged 4-15 years in Spain, and  $3.97\% \pm 2.97$  in the Community of Madrid. The available evidence supports primary care Pediatrics can and should

engage actively in the early diagnosis of ADHD and its follow-up and/or derivation, as appropriate. Pediatric primary care nurses are important professionals to early detection of children with ADHD, on demand assistance and, above all, queries in the concerted of the healthy child care program. Their role is effective and efficient, provided they possess specific prior training on the subject. The present clinical pathway aims to be a tool to guide such nurses in the establishment of diagnostic nurses involving further confirmation of the disorder.

**Keywords:** Attention–Disorders. Hyperactivity. School Health.

### DEFINICIÓN Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El TDAH es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, y una impulsividad e inquietud motriz exagerada, sin carácter propositivo. Dicho cuadro repercute clínicamente (si no, no sería considerado un trastorno) no sólo sobre el aprendizaje del paciente, y por tanto sobre su rendimiento escolar, sino también en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad<sup>(1,2)</sup>. Asimismo, puede tener importantes consecuencias a largo plazo, ya sea por el fracaso escolar y social derivado de un mal manejo del TDAH y sus posibles trastornos comórbidos, o por la persistencia del trastorno en la adolescencia (40-70% de los casos) o en la edad adulta (30-65%)<sup>(1-3)</sup>.

El TDAH es el trastorno de origen neurobiológico más común en la infancia, constituyendo un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en especializada (psiquiatría infantil o, más frecuentemente, neuropediatría). Hay publicados bastantes estudios sobre prevalencia con resultados en un rango entre el 1% y el 24%, ya que, como refiere Fernández Jaén<sup>(1)</sup>, muchos de ellos difieren en el método (muestreo, criterios diagnósticos, etc.).

Actualmente casi todos los autores sitúan la prevalencia mundial del TDAH, en edad escolar, en torno al 4-8%<sup>(1,3)</sup> lo que supondría un/a niño/a por cada aula de 20-25 alumnos, no encontrando diferencias importantes entre los diferentes países o regiones mundiales. En España\*, en niños de 4 a 15 años, la prevalencia se estima en el 4,23% ± 2,74 y en la Comunidad de Madrid (CAM)\*, en el 3,97% ± 2,97.

Estudios más recientes ofrecen datos similares: Cardo et al, 2007<sup>(4)</sup> el 4,6% (IC 95%: 3,0-5,8%) en la isla de Mallorca, y Rodríguez Molinero et al, 2009<sup>(5)</sup> el 6,7% (IC 95%: 5,1-8,1%) en Castilla y León.

---

\*Instituto Nacional de Estadística (consulta en enero de 2011).

En algunos entornos (determinados profesores, padres o familiares de niños en edad escolar) se habla de una posible sobrevaloración del TDAH, dado que cada día se diagnostican más casos y esto genera cierta incredulidad en esos entornos más escépticos en los que los niños TDAH siguen catalogándose como **revoltosos-rebeldes** o **despistados incorregibles**<sup>(1-3)</sup>. Y aunque cada vez encontramos más niños problemáticos remitidos por el colegio (aportando un informe psicopedagógico realizado por los orientadores que facilita la labor diagnóstica) la realidad es que probablemente todavía haya un infradiagnóstico general, pues sólo desde hace unos años se ha empezado a diagnosticar de forma protocolizada.

### SINTOMATOLOGÍA

El TDAH se manifiesta con una serie de síntomas como inatención y/o hiperactividad e impulsividad.

- Los niños inatentos parecen no escuchar, hay que repetirles las cosas varias veces, están despistados, a menudo olvidan los útiles necesarios para realizar sus tareas, se distraen con extrema facilidad o con el menor estímulo, cambian de actividad constantemente, evitan los juegos o tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido y tienen dificultades para organizar o planificar sus actividades.
- La hiperactividad se manifiesta con un movimiento constante de manos o pies, son niños que se remueven constantemente en su asiento, que se levantan en clase o durante las comidas o en otros momentos en que no es adecuado hacerlo, que a menudo hablan en exceso y que prácticamente son incapaces de estar un rato jugando o realizando una tarea tranquilamente y en silencio.
- La impulsividad se manifiesta por una impaciencia, una incapacidad para esperar su turno, una precipitación en las respuestas, un escaso sentido del peligro, una baja inhibición de conductas inapropiadas o incluso peligrosas y una baja tolerancia a la frustración.
- La mayoría de los niños TDAH pueden padecer con frecuencia otros problemas asociados que requerirán atención especial: Trastornos de lenguaje y trastornos perceptivo-motores. Dificultades de aprendizaje. Trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta. Relaciones sociales conflictivas. Depresión y ansiedad. Tics y trastorno de Gilles de la Tourette<sup>(1-3,6,7,8,9)</sup>. Por otra parte, los problemas propios de la adolescencia se acentúan en un niño con TDAH, se vuelve discutidor, desafiante e intolerante por sus caprichos. Además, si el rendimiento académico empeora, la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa, todo esto aumenta el riesgo de depresiones y suicidio. Está comprobado que el adolescente hiperactivo es más

propenso al consumo de drogas y alcohol, ya que les produce un efecto sedante y facilita su inclusión en determinados [grupos de iguales](#)<sup>(1-3,6-9)</sup>.

## ETIOLOGÍA

El TDAH no está desencadenado por trastornos alimentarios, ni por convivir en ambientes sociofamiliares desfavorables, con una pobre educación o por escuelas pedagógicamente infectivas aunque, obviamente, estas últimas situaciones siempre empeoran la situación.

El TDAH es un trastorno de base genética (se encuentran antecedentes familiares en cerca del 75% de los casos). Existe una estrecha relación entre el trastorno y una alteración en el gen DRD4\*7 (situado en el cromosoma 11) encargado de producir el receptor D4, el cual se activa al unirse a los neurotransmisores dopamina, adrenalina y noradrenalina, y que es defectuoso en el 50-60% de los TDAH. Todo ello, entre otros, produce una disfunción neurobiológica (implicación de la neurotransmisión catecolaminérgica, a nivel fundamentalmente del córtex prefrontal, pero también de otros circuitos como el tálamo-estriado) responsable de una alteración de las funciones ejecutivas, lo que se traduce en déficit de atención, una dificultad para la organización y planificación de tareas complejas, una deficiente memoria de trabajo y, como ya hemos comentado, una excesiva hiperactividad e impulsividad<sup>(1-3,10,11)</sup>.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Actualmente no existe ningún un marcador biológico que permita establecer el diagnóstico. Por lo que la observación directa del paciente y, sobre todo, la anamnesis dirigida a sus progenitores y profesores, a fin de detectar los síntomas de inatención y/o hiperactividad/impulsividad constituyen la principal herramienta diagnóstica.

Se han identificado criterios diagnósticos americanos: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 1970) y europeos: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que pueden ayudar a orientar la anamnesis pero que no deben ser tomados por sí solos como herramientas diagnósticas. Además, hay que saber que según utilicemos unos u otros, el umbral diagnóstico será diferente. Así, los criterios del DSM-IV son globalmente menos restrictivos, y permiten hacer un diagnóstico de subgrupos de TDAH de predominio inatento, si sólo cumple criterios de inatención, de predominio hiperactivo/impulsivo, si sólo cumple criterios de hiperactividad/impulsividad, o combinado, si cumple criterios de ambos.

El subgrupo más frecuentemente diagnosticado es de todas formas el combinado, si bien se cree que en las niñas el predominio inatento sería más frecuente

y que esa ausencia de síntomas de hiperactividad/impulsividad, más disruptivos, sería el motivo de que el TDAH se diagnostique en niñas hasta 3-4 veces menos que en niños. En el CIE-10, en cambio, se exige el cumplimiento de síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad para hacer un diagnóstico de TDAH.

## CRITERIOS DEL TDAH

Según el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana, en el TDAH deben cumplirse los siguientes requisitos:

1. Apreciarse 6 ó más de los 18 síntomas descritos en la [tabla I](#) y además haber estado presentes durante 6 meses, como mínimo.
2. Que algunos de ellos hayan aparecido antes de los 7 años.
3. Manifestarse, por igual, al menos en dos ámbitos: colegio/trabajo y casa.
4. Apreciar clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional.
5. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que pudieran estar justificando la sintomatología.

### Tabla I

- Síntomas del grupo A
  - ✓ No presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - ✓ Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
  - ✓ Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - ✓ No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - ✓ Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - ✓ Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - ✓ Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
  - ✓ Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - ✓ Es descuidado en las actividades diarias.
- Síntomas del grupo B
  - ✓ Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

- ✓ Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- ✓ Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- ✓ Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- ✓ “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- ✓ Habla en exceso.
- ✓ Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- ✓ Tiene dificultades para guardar turno.
- ✓ Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Después del estudio y según los síntomas predominantes de la tabla I, denominaremos:

- **TDAH tipo inatento**, si predominan los del grupo A.
- **TDAH hiperactivo – impulsivo**, si predominan los del grupo B.
- **TDAH tipo combinado**, si presentan síntomas de ambos grupos indistintamente.

Como apoyo para la emisión de un diagnóstico definitivo, se recomienda utilizar alguno/s de los diferentes cuestionarios dirigidos a profesores y padres (Conners, SNAP-IV, etc.) Se considera fundamental la participación del equipo de orientación escolar. La evaluación de estos cuestionarios ayudará a detectar y cuantificar los síntomas de inatención y/o hiperactividad/impulsividad, tanto en el entorno familiar como en la escuela. Asimismo, servirán para cuantificar la sintomatología, pudiendo ser útiles para monitorizar de forma relativamente objetiva la evolución o la respuesta a un tratamiento<sup>(1-3,12)</sup>.

En los casos difíciles se recomienda el abordaje conjunto de pediatra, neurólogo, psiquiatra infantil y psicólogo clínico o neuropsicólogo.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DETECCIÓN DE COMORBILIDAD

Podemos encontrar síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en múltiples enfermedades neurológicas y trastornos del desarrollo. Así, por ejemplo, en enfermedades que cursan con retraso mental y en trastornos del espectro autista, se observa a menudo esta sintomatología, sin que puedan ser considerados un TDAH (ver criterio E de DSM-IV). Por ese motivo, un minucioso examen físico y una valoración neuropsicológica son esenciales en el diagnóstico diferencial.

Por otra parte, hasta un 50-60% de los pacientes con TDAH padecen a la vez otros trastornos que deben ser tenidos en cuenta en paralelo al tratamiento del TDAH. A menudo ocurre que son pasados por alto tras el diagnóstico de TDAH, lo que dificulta la respuesta terapéutica. Se calcula que hasta un 40% de los niños con TDAH tiene además un trastorno de conducta oposicionista-desafiante, que precisará de una terapia específica paralela al tratamiento primario. Cerca del 30% de los niños con TDAH tiene también un trastorno de ansiedad, y casi un 25% trastorno del ánimo. Son muy frecuentes los problemas de aprendizaje del tipo dislexia/disgrafía o, en menor medida, discalculia. También se encuentran trastornos del sueño, enuresis nocturna y tics. En la edad adulta, son frecuentes además el trastorno antisocial y el abuso de sustancias<sup>(1-3,6-9)</sup>.

El problema de la comorbilidad es a menudo complejo. Así, por ejemplo, en el caso de los trastornos del aprendizaje encontramos varias situaciones que pueden inducir a error. Puede darse la posibilidad, frecuente, de que el trastorno de aprendizaje sea detectado en primer lugar, y la ausencia de diagnóstico y tratamiento del TDAH esté volviendo poco eficaz, por ejemplo, la logoterapia. Pero también es frecuente que las dificultades pedagógicas del niño sean atribuidas a un TDAH y no se diagnostique su trastorno de aprendizaje, incluso que no presente tal TDAH sino sólo un trastorno de aprendizaje. En estos casos, la valoración por parte de un neuropsicólogo experto y/o de un psiquiatra infantil, según los casos, es de gran utilidad.

### **JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

En un estudio realizado por el autor, en enero de 2011, en población infantil adscrita a diferentes centros de salud del Área Centro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se comprobó que la prevalencia de niños de 4 a 14 años con registro en su historia clínica de TDAH era de un 2,81%. No obstante hubo que depurar esos datos pues se observó que con el código p21 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), utilizado para el registro en el programa informático OMI-AP, además del diagnóstico Niño Hiperactivo o TDAH o similar, también aparecían otros como: sospecha de TDAH, trastorno de conducta, e incluso algunos no relacionados con patología neurológica o psiquiátrica. Después de depurar los datos, la prevalencia resultante era de un 2,21%, más baja que la estimada para la CAM, España o mundialmente.

A parte del elevado registro incorrecto ¿qué otra causa puede originar esa situación de baja prevalencia en esta población? Creemos que puede estar relacionado con el desconocimiento de la patología y/o un cierto desinterés, por parte de los profesionales de AP, respecto a un trastorno que se cree de abordaje exclusivo por neurólogos, psiquiatras y psicólogos. Esto es así aún en los casos menos complicados,

como se constató después de diversos encuentros con pediatras del distrito estudiado y de especialistas ajenos a la AP.

Esa idea está actualmente rebatida, pues tanto las recomendaciones, con alto grado de evidencia, de las últimas guías de práctica clínica sobre TDAH<sup>(13)</sup>, como las publicaciones sobre consensos de grupos de expertos<sup>(14,15,13)</sup>, aconsejan justo lo contrario. En ambos casos se recomienda la elaboración y desarrollo de protocolos locales sobre TDAH, consensuados entre los ámbitos de primaria y especializada, en el que el papel de la pediatría de AP (médico y enfermera) sea primordial.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

### Actuación de la enfermera comunitaria

La enfermera de pediatría en AP puede y debe desarrollar un papel fundamental en la detección precoz de niños con TDAH<sup>(16)</sup>. Estas enfermeras atienden a toda la población infantil desde los 0 a los 14 años. Ven a los niños en todas las visitas concertadas del programa de atención al niño sano (ANS)<sup>(17)</sup> y por supuesto, en todas las consultas a demanda que los padres soliciten, así como en las derivaciones que les haga el pediatra. Después de los 2 años, las siguientes revisiones programadas se realizan a los 4, 6, 8, 11 y 14 años. En cada una de ellas, hacen una valoración integral del individuo, atendiendo a sus diferentes respuestas humanas y en cualquier momento puede detectar alguna/s alteración/es en la población infantil, de manera que pueda definir alguno/s de los diagnósticos enfermeros que exponemos en la tabla II y que proporcionen la base para iniciar la puesta en marcha de un protocolo de actuación.

Las revisiones clave para el diagnóstico precoz del TDAH son las de los 6 y 8 años. No obstante, a los 4 años puede haber casos de sospecha evidente, aunque no se pueda hacer todavía un diagnóstico definitivo. A los 11 y 14 años, también se debe tener especial atención, por si se hubieran pasado algunos posibles casos.

En este trabajo se han seleccionado todos los posibles diagnósticos enfermeros y sus factores relacionados susceptibles de apreciar en un niño con TDAH. Evidentemente no será habitual encontrarlos todos en un mismo sujeto, la intención de describirlos en su totalidad es la de servir de orientación a la enfermera en su etapa de valoración.

Los diagnósticos se han agrupado por **patrones funcionales** de Marjory Gordon, ya que es la metodología empleada en AP en Madrid, pero también indicamos su **dominio y clase** de referencia según **taxonomía NANDA**<sup>(18)</sup>. Dentro de cada patrón funcional se ha priorizado el orden de los diagnósticos atendiendo a la probabilidad de aparición y lo mismo para sus factores relacionados. Se hace alguna referencia

concreta para determinados grupos de edad o en el caso de valoración de los padres y/o familiares.

Una vez definidos con certeza los diagnósticos, las intervenciones posteriores estarán encaminadas a desarrollar el protocolo de actuación conjunta enfermera-pediatra ante un niño con sospecha de TDAH<sup>(14,19,20)</sup>, que se expone resumido en la **tabla III**.

Los momentos clave para el diagnóstico precoz del TDAH coincidirán con las revisiones programadas de los 4, 6, 8, 11 y 14 años.

## **VALORACIÓN ENFERMERA (TABLA II)**

### **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL TDAH**

#### **PATRÓN 1. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

#### **1º. Mantenimiento ineficaz de la salud (00099). Relacionado con:**

- Habilidades para la comunicación deficientes.
- Falta de logro de las tareas de desarrollo.
- Incapacidad para realizar juicios apropiados.
- Deterioro cognitivo.
- Afrontamiento familiar y/o individual ineficaz.

#### **2º. Descuido personal (00193). Relacionado con:**

- Mantenimiento del control.
- Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento ejecutivo.
- Depresión. (Relevante en adolescentes).
- Abuso de sustancias. (Relevante en adolescentes).

#### **3º. Gestión ineficaz de la propia salud (00078) y/o Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080). Relacionados con:**

- Conflicto de decisiones.
- Conflicto familiar.
- Demandas excesivas familiares.
- Complejidad del régimen terapéutico.

- Déficit de soporte social.
- Complejidad del sistema de cuidados de la salud.

#### **PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO**

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO.

CLASE 2. ACTIVIDAD/EJERCICIO: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente contra resistencia.

##### **Déficit de actividades recreativas (00097). Relacionado con:**

Entorno desprovisto de actividades recreativas.

#### **PATRÓN 5. REPOSO-SUEÑO**

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO.

CLASE 1. SUEÑO/REPOSO: Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.

##### **1º. Insomnio (00095). Relacionado con:**

- Ansiedad.
- Depresión.
- Estrés.
- Medicamentos (a tener en cuenta en el seguimiento).

##### **2º. Deprivación del sueño (00096). Relacionado con:**

- Malestar prolongado (psicológico).
- Movimientos periódicos de las extremidades (piernas inquietas, tics).
- Uso prolongado de estimulantes farmacológicos (a tener en cuenta en el seguimiento).

#### **PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO**

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

CLASE 4. COGNICIÓN: Uso de la memoria, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

**1º. Planificación ineficaz de las actividades (00199). Relacionado con:**

- Compromiso de la habilidad para procesar la información.

**2º. Conocimientos deficientes (00126). Relacionado con:**

- Dificultad para recordar.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.

**PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

CLASE 1: AUTOCONCEPTO: Percepción/es sobre la totalidad del propio ser.

**1º. Trastorno de la identidad personal (00121). Relacionado con:**

- Discriminación o prejuicio.
- Baja autoestima.

**2º. Desesperanza (00124). Relacionado con:**

- Estrés de larga duración.
- Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.

**3º. Riesgo de soledad (00054).**

**4º. Riesgo de impotencia (00152).**

**5º. Impotencia (00125). Relacionado con:**

- Interacción interpersonal.
- Estilo de vida desvalido.

CLASE 2: AUTOESTIMA: Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.

**1º. Riesgo de baja autoestima situacional (00153).**

**2º. Baja autoestima situacional (00120). Relacionado con:**

- Falta de reconocimiento.
- Fracasos.

- Rechazos.
- Cambio en el rol social.

#### DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

CLASE 3: VIOLENCIA: Empleo de la fuerza o poder excesivo de modo que provoque lesión o abuso.

**Riesgo de suicidio.** (Mayor relevancia en > 14 años).

### **PATRÓN 8. ROL-RELACIONES**

#### DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

#### CLASE 3: VIOLENCIA

**Riesgo de violencia dirigida hacia otros.**

### **PATRÓN 8. ROL-RELACIONES (A considerar en los padres y/o familiares, si procede)**

#### DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

CLASE 1: ROLES DE CUIDADOR: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

**1º. Riesgo de deterioro parental (00057).**

**2º. Deterioro parental (00056). Relacionado con:**

- Niño con déficit de atención y/o hiperactividad.

CLASE 2: RELACIONES FAMILIARES: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

**1º. Procesos familiares disfuncionales (00063). Relacionado con:**

- Habilidades de afrontamiento inadecuadas.
- Falta de habilidades para la solución de problemas.

**2º. Interrupción de los procesos familiares (00060). Relacionado con:**

- Crisis situacional.
- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.

**3º. Conflicto del rol parental (00064). Relacionado con:**

- Interrupción de la vida familiar debido al régimen de cuidados (falta de respiro).

**4º. Riesgo de deterioro de la vinculación (00058).**

**PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO:** Proceso de gestionar el estrés del entorno.

**1º. Afrontamiento inefectivo (00069). Relacionado con:**

- Inadecuado nivel de percepción del control.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Incapacidad para afrontar las energías adaptativas.

**2º. Ansiedad (00146). Relacionado con:**

- Necesidades no satisfechas.
- Cambio en los patrones de interacción, el estatus del rol.

**3º Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210). Relacionado con:**

- Control deficiente de los impulsos.
- Desórdenes psicológicos.

**4º. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188). (Mayor relevancia en > 11 años). Relacionado con:**

- Comprensión inadecuada.
- Bajo grado de eficacia personal.
- Múltiples agentes estresantes.
- Apoyo social inadecuado.
- Actitud negativa hacia los cuidados de salud

**Tabla III. Resumen del manejo del niño remitido por sospecha de tdah**

**Diagnóstico**

- Consulta de enfermería, revisión protocolizada ¿SE IDENTIFICA DX ENFERMERO?

NO → El niño será citado para su próxima revisión rutinaria (enfermera y/o pediatra).  
SÍ → Se deriva al **pediatra**.

- Consulta de pediatría (demanda o derivada por enfermería)

Exploración física general y neurológica.

- ✓ Anormal: Derivar a neuropediatra.
- ✓ Normal: Continuar despistaje: Anamnesis dirigida a paciente y padres, criterios diagnósticos (DSM-IV-TR), cuestionarios a padres y educadores (devolver en consulta concertada).

#### **Diagnóstico diferencial y detección de comorbilidad:**

- Si TDAH aislado → Tratamiento farmacológico, y de apoyo psicológico y/o psicoterapéutico.
- Si TDAH asociado a otros trastornos:
  - ✓ Tics u otro trastorno neurológico → Remitir a neuropediatría.
  - ✓ Trastorno de conducta oposicionista desafiante, trastorno de ansiedad de ánimo o de sueño → Remitir al psiquiatra o psicólogo infantil.
  - ✓ Trastorno de aprendizaje → Puede ser necesario logoterapia y/o apoyo psicopedagógico.

#### **Tratamiento farmacológico del tdah:**

- De 1ª línea: Metilfenidato, dosis orientativa inicial 1 mg/kg/día v.o. Todos los días, incluido fines de semana y vacaciones. Por ejemplo:
  - ✓ Niño de 18 kg: Rubifén® 5mg a las 8h, 5mg a las 12h y 5mg a las 16h, o Concerta® 18mg por la mañana.
  - ✓ Niño de 30 kg: Rubifén® 10mg a las 8h, 10mg a las 12h y 10mg a las 16h, o Concerta® 36mg por la mañana.
  - ✓ Niño de 50 kg: Rubifén® 15mg a las 8h, 15mg a las 12h y 15mg a las 16h, o Concerta® 54mg por la mañana.

#### **Monitorización de la respuesta al tratamiento (enfermería y/o pediatría):**

Eficacia: Anamnesis dirigida a paciente y padres, informe del colegio, cuestionarios de padres y profesores.

Tolerancia: Anamnesis dirigida a paciente y padres, NO ES NECESARIA NINGUNA PRUEBA COMPLEMENTARIA.

Si efectos adversos leves (molestias gástricas leves, cefalea leve) al inicio del tratamiento, no indicación de retirada, actitud expectante (suelen ser transitorios) y tratamiento sintomático si necesario. Si persisten más de 2-3 semanas, puede intentarse disminuir la dosis de inicio para luego alcanzar la dosis más eficaz gradualmente.

Si efectos adversos (idiosincrásicos) graves, retirada.

Tratar de ajustar dosis a fin de conseguir máxima eficacia sin efectos adversos.

Mantener el tratamiento mientras el paciente esté sintomático (en general durante años).

### **BREVES RECOMENDACIONES A LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (14)**

(Nota: Recomendaciones elaboradas por el grupo ACINDES, enero 2009)

- El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es la enfermedad neuropsiquiátrica más prevalente en pediatría, interfiere el desarrollo normal del niño en los aspectos médicos, psicológicos y psiquiátricos, y su repercusión trasciende la infancia para estar presente en la adolescencia y en la vida adulta.
- La evidencia científica indica que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, en el que los factores genéticos pueden jugar un papel importante modulando la expresión de dicho trastorno.
- El abordaje diagnóstico y el tratamiento y control de los pacientes con TDAH debe ser siempre **multidisciplinar**. La colaboración y coordinación entre el **pediatra de atención primaria, enfermería pediátrica, neuropediatras, equipos de psicología y psiquiatría infantil**, y los grupos psicopedagógicos de orientación escolar son fundamentales para lograr un tratamiento eficaz de todos los pacientes.
- El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, investigando los síntomas clínicos específicos y, fundamentalmente, con evidencias directas en el entorno familiar y escolar. No hay ningún marcador psicológico, biológico, prueba o test patognomónico.
- Los casos diagnosticados deben cumplir los criterios propuestos por el DSM-IV o la clasificación de la OMS CIE-10. Se consideran tres subtipos: inatento, hiperactivo y combinado.

- La entrevista clínica debe indagar sobre la edad de inicio, duración y contexto en el que aparecen los síntomas, así como su evolución y repercusión en el funcionamiento del paciente.
- El uso de escalas no se recomienda para el diagnóstico de TDAH, si bien pueden ser de utilidad para otros propósitos.
- Es necesaria una exploración física completa (peso, talla, TA, FC) así como neurológica buscando inmadurez en las funciones motoras fina y gruesa.
- No están indicadas la realización de análisis y estudios que no tengan una sospecha clínica razonable para el diagnóstico diferencial.
- La comorbilidad es la norma y no la excepción en el TDAH. Con frecuencia se asocia a trastornos de aprendizaje (TA).
- Las preguntas de la entrevista diagnóstica deben adaptarse a la edad, pues los preescolares y adolescentes presentan peculiaridades específicas.
- No hay tratamiento curativo, por lo que el objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para su control.
- El abordaje terapéutico incluye tratamiento farmacológico (metilfenidato y/o atomoxetina) y no farmacológico o psicoeducativo, complementarios.
- El metilfenidato es el tratamiento con mejor relación coste-efectividad.
- La elección del fármaco se basará en las características del paciente, edad, comorbilidad, adherencia al tratamiento, potencial uso inadecuado, preferencias del paciente y/o cuidador, así como en las características del fármaco.
- Todos los pacientes en tratamiento farmacológico requieren controles periódicos con seguimiento y monitorización, así como evaluación del desarrollo.
- En la mayoría de los pacientes la medicación debe darse diariamente y durante largo tiempo. En caso necesario se continuará hasta la vida adulta.
- Dentro del tratamiento psicoeducativo es fundamental la orientación a la familia, estimular conductas de atención para tareas escolares en el entorno doméstico, intervención escolar así como intervención personalizada con cada paciente.

- Aunque **vehiculada por el pediatra de atención primaria, la estrecha colaboración con la enfermería pediátrica** y los equipos de apoyo psicopedagógico **es el pilar básico** para el abordaje y tratamiento del paciente con TDAH.
- Siempre es más efectivo el **tratamiento no farmacológico que la opción de no tratar**.
- Ante una respuesta terapéutica insuficiente, si se añade comorbilidad, en pacientes que necesitan terapia conductual, o si el pediatra no tiene seguridad en el manejo del caso, procede la **derivación al área especializada correspondiente**.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Jaén A, Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar. [Internet] [citado 18 enero 2011]. Disponible en: <http://www.anshda.org/tdah2004.pdf>
2. Soutullo Esperón C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Madrid: Médica Panamericana; 2004.
3. Castells Cuixart P. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Bilbao: Boan; 2004. (Temas de pediatría; 16)
4. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. Rev Neurol. 2007;44:10-4.
5. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;42(11):251-270.
6. Zimmerman Michele L. Attention-deficit hyperactivity disorders. Nurs Clin N Am 2003(38): 55–66.
7. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook. 2nd edition. New York: Guilford Press; 1998.
8. Joughin C, Zwi M, Ramchandani P. Attention deficit hyperactivity disorder in children. Clinical Evidence. 2001;6:234-42.

9. Krueger M, Kendall J. Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2001;14:61-74.
10. Selekman J. 100 years of attention deficit hyperactivity disorder: Debunking the myths. *Pediatr Nurs*. 2002;28:79-83.
11. Berdonces JL. Síndrome de déficit de atención e hiperactividad infantil. *Rev ROL Enf*. 2001;24(1):11-14.
12. Homer CJ, Lowe B, Perrin J, et al. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105:1158-80.
13. Fundació Sant Joan de Déu. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM nº 2007/18).
14. ACINDES. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica [Internet]. Madrid; 2009. [citado 7 abril de 2010]. Disponible en: <http://www.aepap.org/atencion/documentos/tdahconsenso.pdf>
15. Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, et al. Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2010;51:633-7.
16. García Vallejo R. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Relación entre enfermería, padres y escuela. *Rev Rol Enf*. 2009;32(9):614-20.
17. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2007.
18. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
19. García-Jiménez MC, López-Pisón J, Blasco-Arellano MM. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev Neurol*. 2005;41(2):75-80.

20. Herranz Jordán B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Conocimientos y forma de proceder de los pediatras de atención primaria. Rev Pediatr Aten Primaria 2006; 8 Supl 4:S217-39.

Recibido: 5 noviembre 2012.

Aceptado: 22 noviembre 2012.