

PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE
Tulburarea cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD)

Codul bolii (CIM 10): F 90

Tulburarea cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate este modelul persistent de lipsă de atenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate care afectează funcționarea sau dezvoltarea. [CIM – 10]

Etapizarea pacientului cu ADHD

Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	Intervenția
ETAPA 1. • Asistența medicală primară	• Face istoricul cazului • Recunoaște simptomele ADHD • Face trimitere pentru intervenție psihiatrică; • Supervizează prescripțiile medicamentoase, la fiecare 6 luni.	• Evaluare • Recunoaștere a grupului de risc • Monitorizare
ETAPA 2. • CCSM	Pentru diagnosticarea ADHD se parcurg următorii pași: • Interviu cu copiii și părinții, educatorii, profesorii. • Conformarea diagnosticului cu standardele ICD-10 și DSM-V; • Se eliberează prescripția medicală; • După diagnosticarea ADHD, au loc ședințe semestriale cu psihiatrul; • Pentru punerea în aplicare a tratamentului pentru ADHD: Medicație; • Repetarea rețetei la fiecare 6 luni (copilul prezintă simptome în conformitate cu standardele DSM-V pentru ADHD); • Pentru instruirea pacientului și a părintelui privind începerea tratamentului.	• Supraveghere atentă • PCC • Exerciții fizice • Intervenții psihologice • Training pentru părinți • Medicație • Suport social
ETAPA 3. • CCSM • Secții psihiatrice în spitalele cu profil general	• Tulburări de comportament, asociate sau nu cu abuzul de substanțe.	• Medicație • Intervenții psihologice complexe • Tratament combinat
ETAPA 4. • Servicii psihiatrice spitalicești	• Impulsivitate, comportamente de hetero sau/și autoagresivitate, comportamentele de risc, disforii, depresie	• Medicație • Tratament combinat

MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU DEFICIT DE ATENȚIE/ HIPERACTIVITATE LA NIVEL DE AMP

Scop: Recunoașterea tulburărilor cu deficit de atenție/ hiperactivitate și evaluarea stării pacientului.

Intervenții:

- Evaluarea persoanelor, istoricul cazului și a semnelor prodromale ce permit suspectarea tulburărilor cu deficit de atenție / hiperactivitate.
- Referirea la CCSM pentru diagnostic și tratament specializat.
- Supervizarea prescripțiilor medicamentoase la fiecare 6 luni.
- Prevenirea recidivelor prin evaluarea stării pacientului și monitorizarea sănătății fizice a cazurilor tratate, inclusiv la cele din CCSM.

PROFILAXIA

Monitorizare și prudență, vizând grupurile cu risc înalt de ADHD, care includ:

- Istoric de ADHD la alți membri ai familiei
- Copii născuți prematur
- Copii și adolescenți aflați în asistență paternală sau cu tulburare de anxietate ori de dispoziție, sau tulburare de opoziție ori altă tulburare comportamentală
- Persoane cu tulburare epileptică sau tulburare de dezvoltare neurobiologică
- Adulți cu alte boli mintale (de ex: psihoză, tulburare de dispoziție, anxietate, tulburare de alimentație) sau cu leziuni cerebrale non-congenitale
- Persoane cu istoric de consum problematic de substanțe.

SCREENING-UL

Screeningul se realizează prin mai multe scale de evaluare a ADHD

De exemplu: Scala de auto-evaluare pentru adulți (ASRS-V1.1)¹

Această scală a fost concepută pentru persoane în vârstă de 18 ani sau peste.

Pe măsură ce se răspunde la fiecare întrebare, se bifează cu un **X** în cerculețul care descrie cel mai bun modul în care s-a simțit și s-a comportat persoana în ultimele 6 luni. Alte scale pot fi găsite în PCN - ADHD - nr.....

	Niciodată	Rareori	Uneori	Deseori	Foarte des
1. Cât de des aveți probleme cu încheierea detaliilor finale ale unui proiect, după ce ați finalizat părțile dificile?	☐	☐	☒	☒	☒
2. Cât de des aveți dificultăți în a pune lucrurile în ordine atunci când trebuie să faceți o activitate care necesită organizare?	☐	☐	☒	☒	☒
3. Cât de des aveți probleme să vă amintiți programările sau obligațiile?	☐	☐	☒	☒	☒
4. Atunci când aveți o sarcină care necesită multă gândire, cât de des evitați sau întârziati începerea ei?	☐	☐	☐	☒	☒
5. Cât de des vă frământați sau vă agitați mâinile sau picioarele atunci când trebuie să stați jos pentru o perioadă lungă de timp?	☐	☐	☐	☒	☒
6. Cât de des vă simțiți prea activ(ă) și obligat(ă) să faceți ceva, ca și cum ați fi acționat(ă) de un motor?	☐	☐	☐	☒	☒

Notă:

Se adună numărul de bife din zona mai închisă la culoare.

Patru (4) sau mai multe bife indică faptul că simptomele ar putea fi corelate cu ADHD.

Scala de auto-evaluare ADHD cu 6 întrebări destinată adulților – versiunea 1.1 (ASRS-V1.1) este un subset din lista OMS pentru verificarea simptomelor la adulți a Scalei de auto-evaluare ADHD cu 18 întrebări – versiunea 1.1 (Adult ASRS0V1.1).

FACTORI DE RISC

➤ Factori de temperament:

- Nivel scăzut de inhibiție de control și de restricție comportamentală
- Emotivitate negativă și/sau cu un nivel ridicat de căutare a noului

Aceste trăsături pot predis pune unii copii la ADHD, dar nu sunt specifice tulburării.

➤ Factori de mediu.

- Greutatea foarte mică la naștere (sub 1500 de grame) crește de două-trei ori riscul de ADHD, dar majoritatea copiilor cu greutate mică la naștere nu dezvoltă ADHD.
- Fumatul în timpul sarcinii, dar această asociere reflectă doar parțial riscul genetic.
- Un număr mic de cazuri poate fi asociat cu reacții la aspecte ce țin de dietă.
- Un istoric de abuz asupra copilului (neglijare, schimbare frecventă a orfelinatelor, expunere la neurotoxine (de ex: plumb), de infecții (de ex: encefalită), sau de expunere la alcool în utero).
- Expunerea la toxinele din mediu a fost și ea corelată cu apariția de ADHD, dar nu se știe dacă aceste asocieri sunt cauzale.

➤ Factori genetici și fiziologici.

- ADHD are o prevalență crescută printre rudele de gradul I ale indivizilor care au ADHD.
- Caracterul ereditar al ADHD este substanțial. Deși anumite gene au fost corelate cu ADHD, ele nu sunt nici necesare, nici suficiente ca factori cauzali. Posibile influențe asupra simptomelor ADHD pot fi considerate tulburările vizuale și auditive, anomalii metabolice, tulburările de somn, carențele nutriționale și epilepsia.
- ADHD nu se asociază cu trăsături fizice specifice, deși unele anomalii fizice minore pot avea frecvență relativ crescută (e.g., hipertelorismul, bolta palatină ogivală, inserția joasă a urechilor).
- Pot apărea întârzieri motorii subtile și alte semne neurologice ușoare.

SEMNAL DE ALARMĂ

- Probleme în organizare (dificultăți în gestionarea timpului, ratarea/ întârzierea la întâlniri, dificultăți în terminarea proiectelor)
- Performanța neconstantă în lucru/procesul de învățământ
- Dificultăți în gestionarea furiei
- Probleme în familie/mariaj
- Dificultăți în menținerea rutinelor gospodărești, modele de somn și alte activități de autoreglare
- Dificultăți în gestionarea finanțelor.
- Dependențe precum consumul de substanțe, cumpărături compulsive, dependență sexuală, supraalimentare, exerciții compulsive, jocuri electronice sau de noroc.
- Accidente frecvente, fie din imprudență, fie din neatenție.
- Probleme de conducere (bilete de viteză, accidente grave, revocarea permisului).
- Existența unei rude apropiate care are ADHD.
- Necesități în reducerea sarcinii de curs sau dificultăți în completarea sarcinilor școlare.
- Stima de sine scăzută sau sub-realizare cronică.

ANAMNESTIC

1. Informații obținute din istoricul medical

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Istoricul bolii (se colectează de la părinți, rude, alți aparținători, profesori sau alți membri ai cadrului didactic).• Antecedente fiziologice, istoricul sarcinii și nașterii (identificarea factorilor de risc peri-, pre- și postnatal de afectare cerebrală). | <ul style="list-style-type: none">• Antecedente personale patologice (epilepsie, ticuri, la adolescenți-psihoze)• Administrarea de medicamente care ar putea interfera negativ cu medicația prescrisă pentru ADHD; existența unei patologii medicale, boli arteriale, traumatisme cerebrale, boli cardiace, etc. |
|--|---|

2. Informație obținută din istoricul familial

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Antecedente heredo-colaterale și prezenta oricărui tip de tulburare psihiatrică.• Condițiile de viață ale copilului, caracteristicile familiei din care face parte și mai ales ale microclimatului în care trăiește copilul. | <ul style="list-style-type: none">• Istoricul social al copilului: interacțiunile familiale, probleme legale, performanțe școlare, disfuncții familiale și abilități sociale. |
|---|---|

3. Istoricul dezvoltării copilului

✓ Dezvoltarea psihomotorie (limbaj, atașament, temperament precoc)

4. Explorarea comportamentului (simptome):

- Prezența deficitului de atenție
- Prezența hiperactivității, comportamentului de impulsivitate

5. Prezența comorbidităților și a unor probleme coexistente

Tulburările de spectru autist, tulburări cognitive, tulburări de vorbire și limbaj, ticurile-inclusiv patologie Tourette, alte tulburări de dezvoltare, leziuni cerebrale, tulburarea opoziționistă cu provocare și cea de conduită, probleme interpersonale, tulburările de stres posttraumatic, tulburările de anxietate, tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, tulburarea disruptivă a dispoziției, abuzul de substanțe, alte patologii medicale, alte tulburări de sănătate mintală.

MANIFESTĂRI CLINICE

- Perturbarea funcționalității (în mai multe domenii ale vieții, de exemplu, activitățile la domiciliu, la școală, la locul de muncă sau în domeniul social) din cauza simptomelor ADHD este o condiție importantă pentru a primi diagnosticul de ADHD.
- Persoanele care manifestă simptome de ADHD, dar nu sunt perturbate de acestea (funcționează în mod satisfăcător), nu au în mod formal ADHD și nu necesită tratament.
- Persoană cu tulburare de hiperactivitate și deficit de atenție (ADHD) are un număr considerabil de caracteristici ce reies din comportamentul hiperactiv și impulsiv și/sau problemele de atenție.
- Criteriile exacte ale ADHD sunt descrise în rubrica **Neatenție și Hiperactivitate și impulsivitate**.
- Aceste caracteristici trebuie să fi fost prezente până la vârsta de 12 ani.

- Cu toate acestea, majoritatea tinerilor încep să aibă probleme cu aceste caracteristici doar începând cu vârsta de la 12 ani, din cauza creșterii sarcinilor și responsabilităților odată cu vârsta.
- La vârsta adultă, unele simptome scad (mai ales hiperactivitatea observabilă), dar 60% din simptome rămân prezente, iar majoritatea (90%) suferă de disfuncționalitate la vârsta adultă.

➤ Neatenție	➤ Hiperactivitate și impulsivitate
• Adesea nu reușește să acorde o atenție minuțioasă detaliilor sau face greșeli din neglijență la școală, la locul de muncă sau în timpul altor activități. • Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activități de joc. • Adesea nu pare să asculte atunci, când i se vorbește direct. • Adesea nu respectă instrucțiunile și nu reușește să finalizeze sarcinile de la școală, treburile casnice sau îndatoririle la locul de muncă. • Adesea întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților. • Deseori evită, nu-i place sau este reticent să se implice în sarcini, care necesită efort mintal susținut. • Adesea pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități. • Adesea este ușor distras de stimuli externi. • Adesea uită unele lucruri în activitățile zilnice (de exemplu, de a face treburi casnice, de a merge undeva; pentru adolescenții mai mari și adulți - returnarea apelurilor telefonice, plata facturilor, a merge la întâlniri).	• Adesea se agită sau bate cu mâinile/picioarele ori nu-și găsește locul pe scaun. - Adesea se ridică de pe scaun în situații, în care trebuie să rămână așezat. - Adesea aleargă sau se urcă undeva în situații, când nu este potrivit de a o face. (Notă: la adolescenți sau adulți, se poate exprima prin agitație.) - Adesea nu se pot juca sau implica liniștit în activități de agrement. - Este deseori "în mișcare", acționând ca și cum ar fi "condus de un motor", alte persoane îi pot considera ca fiind neliniștiți sau dificil de ținut pasul cu ei. - Adesea vorbește excesiv. - Deseori scapă un răspuns înainte de a se termina o întrebare. - Adesea întâmpină dificultăți în a-și aștepta rândul. - Adesea întrerupe/deranjează pe alții. - Începe a utiliza lucrurile altor persoane fără a cere sau a primi permisiunea; adolescenții și adulții, se pot amesteca sau pot prelua ceea ce fac alții). • Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv până la vârsta de 12 ani. • Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv în două sau mai multe situații. • Există dovezi clare că simptomele interferează/reduc calitatea funcționării sociale/academice/ocupaționale. • Simptomele nu apar exclusiv în perioada schizofreniei sau unei alte tulburări psihotice și nu pot fi explicate mai bine de o altă tulburare psihică.

INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

- Se vor efectua investigații paraclinice ținând cont de simptomele fizice ale pacientului.
- Scopul investigației este de a confirma sau infirma prezența patologiilor somatice asociate.

DIAGNOSTICUL

ADHD este un diagnostic clinic la care trebuie să se ajungă prin intermediul unei evaluări complete a anamnezei și a prezentului.

TRATAMENTUL

- **Medicul de familie nu indică tratament în Tulburare de hiperactivitate și deficit de atenție!**
- Poate oferi tratamentul nemedicamentos psihosocial fie în mod independent (cu suportul resurselor comunitare), fie în coordonare cu alți medici specialiști, prestatori de servicii de sănătate și profesioniști din sistemul educațional.

CRITERII PENTRU REFERIRE LA CCSM

- În cazul depistării/suspectării Tulburării de hiperactivitate și deficit de atenție!

CRITERII DE SPITALIZARE

- În cazul depistării Tulburării de hiperactivitate și deficit de atenție cu simptome de agresiune.

SUPRAVEGHEREA

- Medicul de familie monitorizează starea sănătății fizice a pacientului care se află în tratament medicamentos, pentru a evita dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor administrate.