

SERVIÇO DE PEDIATRIA

Director: Prof. Doutor J. C. Gomes-Pedro

UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO

Coordenadora: Dra. Rosa Gouveia

PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO PROTOCOLO INTEGRADO

HISTÓRIA CLÍNICA

Proveniência Informação

Entrevista com os pais
Pontuação parental (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)
Entrevista com a criança
Pontuação professor (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)
Avaliação descritiva do professor
Registo multimédia em diferentes contextos (vídeo, etc.)

Registo dos problemas ou sintomatologia actuais

Listagem de sintomas de PHDA (DSM IV)

Grau académico

Avaliação relacionamento com pais, professores e colegas

Avaliação e registo de atitudes dos pais para com a criança

Antecedentes Familiares

Antecedentes Pessoais

Etapas de Desenvolvimento

Antecedentes de Reacções Medicamentosas Adversas

EXAME OBJECTIVO

Registo de curvas ponderais e estaturais
Inspeção face, pavilhões auriculares, pele, avaliação perímetro cefálico (exclusão síndrome feto-alcoólico, Síndrome X frágil, displasias neurocutâneas).
Exame ORL
Exame oftalmológico
Avaliação coordenação motora
Exame cardiovascular, incluindo pressão arterial.
ECG

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Cognição verbal
Cognição não-verbal
Leitura

CO-MORBILIDADE

Comportamento anti-social
Perturbação emocional
Perturbação de tiques
Perturbação do espectro autista
Perturbação da linguagem
Perturbação da auto-estima
Perturbação coordenação motora (avaliação da escrita)
Perturbações da aprendizagem (dislexia, discalculia)

TERAPÊUTICA

Informação aos pais e criança sobre a natureza da patologia
Carta de esclarecimento para a escola (professor, psicóloga educacional)
Carta de esclarecimento a quem referenciou a criança.
Carta ao médico de família

Conselhos aos pais:

Espectativas realistas
Confrontos mínimos
Estruturação do dia da criança
Vantagens das regras em casa
Reforços positivos (mostrar apreço ou prémios pelos objectivos atingidos)
Encorajamento
Comunicação eficaz com a criança (instruções breves e claras, assegurar que a criança as compreendeu)

Se insuficiente considerar início de terapêutica farmacológica!

Só iniciar terapêutica farmacológica se:

Avaliação diagnóstica completa compatível com PHDA

Idade > 6 anos

Acordo dos pais

Colaboração da escola

Ausência de sensibilidade prévia ao metilfenidato

Avaliação cardiológica e pressão arterial normais (se alterado, discussão com cardiologista pediátrico)

Sem convulsões ou epilepsia não controlada medicamente (discussão com neuropediatra ou considerar dexamfetamina em alternativa)

Sem perturbação de tiques (considerar clonidina)

Sem perturbação pervasiva do desenvolvimento

Ausência de abuso de substâncias em familiares

Avaliar efeitos da terapêutica

Peso e estatura

Electrocardiograma

Avaliação cardiológica e pressão arterial

Avaliação dos pais e professores (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)

Questionário de efeitos secundários (pais e professores)

Hemograma completo com plaquetas
ECG

Metilfenidato (Ritalina[®]) - Titulação

Semanas	Antes Pequeno – Almoço (mg)	Antes Almoço (mg)	Antes das 16 H (mg)
1 ^a	5	-	-
2 ^a	5	5	-
3 ^a	5	5	5
4 ^a	5	5	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos e não atingimento do “ponto”:

5 ^a	10	5	5
6 ^a	10	10	5
7 ^a	10	10	5
8 ^a	10	10	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos, peso > 25 kg e não atingimento do “ponto”:

9 ^a	15	10	5
10 ^a	15	15	5
11 ^a	20	15	5
12 ^a	20	20	5

Se melhoria, ausência de efeitos secundários significativos, peso > 25 kg:

12 ^a	20	20	5
-----------------	----	----	---

Após titulação com metilfenidato de curta acção (Ritalina[®]), tentar fórmulas de longa acção (Ritalina LA[®] ou Concerta[®]).

Se ausência de melhoria ou efeitos secundários significativos:

Suspender metilfenidato.

Rever o diagnóstico.

Experimentar: Imipramina.

Efeitos secundários mais frequentes:

Anorexia e perda de peso (valorizar se cruzamento de uma linha principal)

Cefaleias e dor abdominal (podem persistir várias semanas)

Efeito “rebound” (ajustamento da dose de metilfenidato, associar clonidina (50-250 micra gramas ao deitar) ou anti-histamínico.

“Chechelst” às 2-4 semanas, 6-8 semanas, 8-10 semanas, e 3, 4, 5, 6 e 12 meses.

Avaliação dos pais e professores (Conners, Brown, SDQ OU SNAP IV)

Questionário de efeitos secundários (pais e professores).

Suspensão do metilfenidato a cada 12 meses para testar a necessidade de continuidade da terapêutica.

Se necessidade de manutenção do metilfenidato:

Repetir o “ciclo”

Hemograma com plaquetas e electrocardiograma (a cada 12 meses)

Bibliografia

- Adesman AR, Morgan AM. Management of stimulant medications in children with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):945-63.
- Baren M. Pediatric psychopharmacology. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 809-827.
- Bennet FC, Brown RT, Craver J, Anderson D. Stimulant medication for the child with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):929-44.
- Blackman JA. Attention-deficit / hyperactivity disorder in preschoolers. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):1011-25.
- Blondis TA. Motor disorders and attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):899-913.
- Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):857-70.
- Daruna JH, Dalton R, Forman MA. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editors. *Nelson - Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 100-103.
- Fletcher JM, Shaywitz SE, Shaywitz BA. Comorbidity of learning and attention disorders. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):885-98.
- Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 2001; 84:404-9.
- Levine MD. Attention and dysfunctions of attention. In: Levin MD, Carey WB, Crocker AC, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 499-519.
- Mercugliano M. Psychopharmacology in children with developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40(3):593-616.
- Mercugliano M. What is attention-deficit / hyperactivity disorder? *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):831-44.
- Morgan AM. Diagnosis of attention-deficit / hyperactivity disorder in the office. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):871-84.
- National Institutes of Health. Consensus development conference statement: diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2000; 39:182-93.
- Robin AL. Attention-deficit / hyperactivity disorder in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):1027-38.
- Silver LB. Alternative (nonstimulant) medications in the treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder in children. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):965-75.
- Spencer T, Bierderman J, Wilens T. Attention deficit / hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):915-28.

Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit / hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):993-1009.