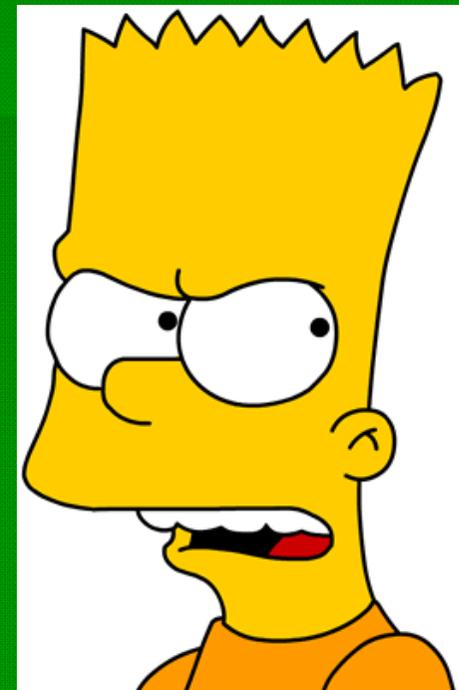


Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Concha Sánchez Pina

Alex Carrasco Sánchez



ESQUEMA DE LA PRESENTACIÓN

- 1-INTRODUCCIÓN
 - 2-DIAGNÓSTICO
 - 3-TRATAMIENTO
 - 4-CASO CLÍNICO
 - 5-BIBLIOGRAFÍA
- ENLACES



Introducción

- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH o ADHD) se caracteriza por aparición de manera **inapropiada** de:
 - dificultad para prestar atención: **INATENCIÓN**
 - exceso de actividad motora: **HIPERACTIVIDAD**
 - dificultades para inhibir el comportamiento impulsivo: **IMPULSIVIDAD**



Introducción

- Afecta a un 2-4 % de la población en edad escolar, trastorno psiquiátrico más común a esa edad: extrapolando a nuestras consultas: 9-18 niños por cupo
- Afecta desde edades tempranas hasta a los adultos. Los síntomas van cambiando con la edad
- Produce un gran impacto en las familias y en la sociedad, es incapacitante
- Suelen ser varones (2/1-9/1) desafiantes, con bajo rendimiento escolar, niveles económicos más desfavorecidos
- Tiene una gran variación de síntomas que oscilan de la casi normalidad hasta desórdenes emocionales y de comportamiento importantes
- Es, actualmente, un síndrome intensamente estudiado y polémico
- La inatención, la hiperactividad y la impulsividad son características comunes a TODOS los niños en algún momento de su desarrollo

Causas:



■ AMBIENTALES:

- Plomo
- Problemas en el embarazo: alcohol, tabaco, drogas o en el parto: hipoxia
- Prematuridad
- Problemas psicosociales: familias caóticas, pobreza

■ GENÉTICAS

- Predisposición familiar (50 % lo tiene un progenitor)
- Incidencia aumentada en gemelos
- Posible herencia poligénica

Fisiopatología

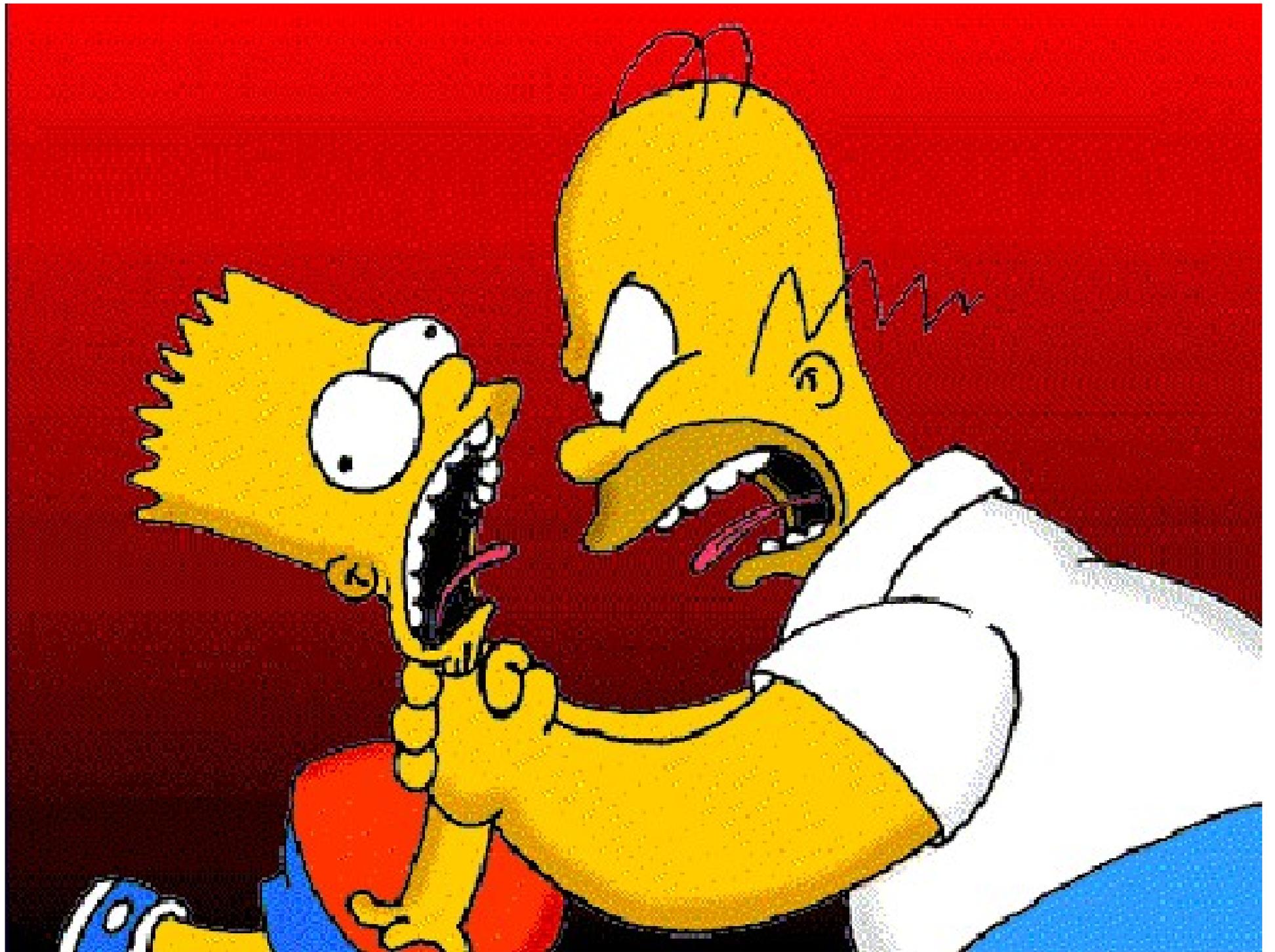
Trastorno en el desarrollo cerebral del sistema frontobasal: déficit de noradrenalina o sus precursores dopa o dopamina

RMN o PET señalan alteraciones en el sistema de neurotransmisores afectando los ganglios basales (inhiben las respuestas automáticas), el vérmix cerebeloso (regula las motivaciones) y el córtex prefrontal (ayuda a filtrar las distracciones) que están disminuidos de tamaño y son asimétricos

Introducción: magnitud del problema

- Los adolescentes y adultos con TDAH tienen más fracaso académico, abuso de sustancias, sufren más accidentes, tienen más incidencia de conducta antisocial y posible conducta delictiva futura
- Esto **podría** solventarse con el tratamiento precoz
- Es de los problemas de salud infantil más prevalentes (citado después del asma en el artículo de la revista *Pediatría en Atención Primaria*, nº 28, Oct-Dic.2005, Editorial: El modelo de atención al niño)





Diagnóstico: DSM-IV

(CIE-10: más restrictivos, menos usados)

- Criterios esenciales (Cumplir todos)
- 9 Ítems de déficit de atención (Cumplir ≥ 6)
- 9 Ítems de hiperactividad-impulsividad (Cumplir ≥ 6)

Ítems de déficit de atención: 9 ítems



- 1- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- 2- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 3- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- 4- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo.
- 5- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- 6- A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- 7- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- 8- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- 9- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Ítems de hiperactividad: 6 ítems

- 1- A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.
- 2- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- 3- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- 4- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- 5- A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
- 6- A menudo habla excesivamente.

Ítems de impulsividad:

3 ítems

- 1- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- 2- A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
- 3- A menudo interrumpe o estorba a otros.



Criterios esenciales :

- **Duración:** los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos **durante los últimos 6 meses**
- **Edad de comienzo:** algunos síntomas deben haber estado presentes **antes de los 6 años**
- **Ubicuidad:** algún grado de disfunción debida a los síntomas deben haber estado presentes en **dos situaciones o más** (escuela, trabajo, casa, etc.)
- **Disfunción:** los síntomas deben ser causa de una **disfunción significativa** (social, académica, familiar...). Un niño puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es un niño hiperactivo
- **Discrepancia:** los síntomas **son excesivos** en comparación con otros niños de la misma edad y CI.
- **Exclusión:** los síntomas no se explican mejor por la presencia de **otro trastorno mental**

Subtipos según DSM-IV

- **Global o combinado (80 %)**
Entre 6 y 9 Ítems de déficit de atención y entre 6 y 9 Ítems de hiperactividad-impulsividad
- **Predominio de déficit de atención (10-15%)**
Entre 6 y 9 ítems de déficit de atención y menos de 6 Ítems de hiperactividad-impulsividad
- **Predominio de hiperactividad (5-10%)**
Entre 6 y 9 ítems de hiperactividad-impulsividad y menos de 6 ítems de déficit de atención (la base de la hiperactividad es la misma que la de la impulsividad)

Niños muy pequeños

Cuanto más pequeño es el niño más dominante es la impulsividad motora y su aparición es menos dependiente del entorno

Se mueven constantemente

Duermen mal, se mueven dormidos

Muchos cólicos

Desarrollo psicomotor precoz

A veces tienen la circunferencia craneal disminuida en el nacimiento

Niños preescolares

- Menor intensidad y duración en el juego.
- Inquietud motora, se mueven por toda la clase tocando todo, trepan, saltan y corren como movidos por un motor
- Movimientos constantes de las manos o todo el cuerpo, incluso cuando están en la cama
- Labilidad emocional: llanto fácil
- Rabieta (ataques de ira) incontrolables

Alumnos de primaria

- Algo **menos inquietud** motora pero **más llamativa inatención**
- Parecen estar soñando despiertos, se retuercen en el asiento, están inquietos y agitados, canturrean, hacen ruidos, molestan
- Conducta impulsiva y perturbadora, desafiante, a veces agresiva
- Carácter explosivo, cambios bruscos de humor
- Escritura descuidada, trabajos desordenados y sucios
- Dificultadas para llevarse bien con los otros, rechazo de sus compañeros, niños impopulares, no les invitan a ir a casa de otros niños
- Se llevan mal con sus hermanos, y son niños problemáticos para sus profesores y sus padres
- Baja autoestima, sensación crónica de fracaso que puede acabar en trastorno depresivo
- La edad más frecuente de demanda de ayuda es entre 6 y 9 años

Adolescentes

- El síntoma que más perdura es la impulsividad
- Déficit de atención persistente, más niñas diagnosticadas, con fracaso escolar
- Reducción de la inquietud motora
- Buscan grupos para chatear en internet
- Problemas asociados:
 - Conducta agresiva, antisocial y delincuente
 - Problemas con el alcohol y drogas
 - Problemas emocionales. Embarazos indeseados
 - Accidentes, problemas legales

Adultos

- Conducta antisocial
- Delincuencia
- Embarazos indeseados
- Accidentes de tráfico
- Problemas con el matrimonio y la familia
- Dificultades en mantenerse en los trabajos
- Dificultades para el manejo del dinero
- Falta de éxito en la carrera académica y profesional
- Problemas con los proyectos a largo plazo

También tienen cosas buenas

- Están abiertos a nuevas ideas
- Se entusiasman
- Llenos de energía
- Bromistas
- Pueden ser muy inteligentes
- Pueden concentrarse horas en algo que les gusta mucho



Historia clínica: Entrevista

Elemento central de valoración

- Antecedentes durante el embarazo y parto (alcohol y nicotina, otras drogas)
- Desarrollo físico, psicomotor y social del niño
- Enfermedades somáticas
- Funcionamiento familiar, relación matrimonial
- Alteraciones psiquiátricas de la familia si alguno tiene TDAH, problemas de conducta, aprendizaje, depresión, ansiedad

Enfermedades orgánicas asociadas (20% de TDAH)

- Epilepsia
- Retraso intelectual
- Hemiplejia
- Ataxia
- Esclerosis tuberosa
- Sd. Tourette
- Infecciones del SNC
- Traumatismos del SNC
- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Complicaciones en el parto
- Síndrome del alcohol fetal. Abuso de drogas en el embarazo
- Hipercalcemia infantil idiopática
- Resistencia generalizada a la hormona tiroidea
- Hipotiroidismo congénito
- Fenilcetonuria, otras enf. metabólicas...
- Alteraciones genéticas:
 - Sd. Klinefelter
 - Sd. Turner
 - Sd. X Frágil
 - Sd. Williams
 - Neurofibromatosis tipo I

Comorbilidad

- Trastornos del aprendizaje (50%-60%): dislexias...
 - Trastornos del lenguaje
-
- CONDUCTAS DISRUPTIVAS (50%)
 - 1-Trastorno negativista desafiante
 - 2- trastornos de conducta disocial
 - CONDUCTAS DE MODULACIÓN:(alt. SEROTONINA, pueden empeorar con los psicoestimulantes)
 - 1- Ansiedad (Fobias varias, ansiedad de separación, por enfermedad, estres postraumático,TOC)
 - 2-Depresión
 - 3-Trastorno bipolar
-
- Trastorno por tics, Gilles de la Tourette se asocia 50%
 - Trastornos del espectro autista, Sd. Asperger (empeoran con los fármacos)

Trastorno	Comparten	No comparten	Problemas
<p>Ansiedad</p> <p>TOC</p> <p>T. estrés postrauma</p>	<p>Falta de atención</p> <p>Inquietud</p> <p>Dificultad con las transiciones</p> <p>Reactividad física a los estímulos</p>	<p>Preocupación excesiva</p> <p>Miedos</p> <p>Obsesiones o compulsiones</p> <p>Pesadillas</p> <p>Revivencias de un trauma</p>	<p>La ansiedad puede causar una elevada actividad y falta de atención</p>
<p>Depresión</p>	<p>Irritabilidad</p> <p>Impulsividad reactiva</p> <p>Desmoralización</p>	<p>Sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o de tristeza</p>	<p>Puede resultar difícil de distinguir de la reacción ante fracasos repetidos que se asocia con el TDAH</p>
<p>Trastorno bipolar</p>	<p>Falta de atención</p> <p>Hiperactividad</p> <p>Impulsividad</p> <p>Irritabilidad severa</p>	<p>Estado de ánimo expansivo-euforia</p> <p>Grandiosidad</p> <p>Naturaleza maníaca</p>	<p>Resulta difícil distinguir el TDAH grave de un trastorno bipolar de inicio precoz</p>

<h2>Trastornos del aprendizaje</h2>	<p>Bajo rendimiento escolar Comportamiento perturbador en clase Negativa a realizar las tareas académicas y a utilizar el material escolar</p>	<p>Rendimiento bajo y comportamiento perturbador sólo en el contexto académico, en lugar de en diversos entornos y actividades</p>	<p>Puede ser muy difícil determinar qué se debe evaluar primero y actuar según los síntomas</p>
<h2>Trastorno negativista desafiante</h2>	<p>Comportamiento perturbador sobre todo con respecto a las normas Incapacidad para cumplir órdenes</p>	<p>Rebeldía en lugar de incapacidad para cooperar</p>	<p>La conducta desafiante se asocia a menudo con un alto nivel de actividad motora Resulta difícil determinar los esfuerzos del niño por obedecer en caso de que existan relaciones paterno-filial o profesor-alumno negativas</p>
<h2>Trastorno de la conducta</h2>	<p>Comportamiento perturbador Problemas con la policía y con la ley</p>	<p>Ausencia de remordimientos Intención de dañar o hacer el mal Agresión y hostilidad Conducta antisocial</p>	<p>Las peleas o la huída pueden ser reacciones razonables ante circunstancias sociales adversas</p>

Exploración

- Talla, peso,
 - Hipertiroidismo: pierden peso e inicio tardío, (es un diagnóstico poco frecuente)
 - Los psicoestimulantes dan anorexia
- Vista, audición: MUY IMPORTANTE los niños con sordera parcial o visión pobre pueden parecer distraídos
- TA y Frecuencia cardiaca
- Exploraciones complementarias: no indicadas de rutina (hormonas tiroideas, plumbemia, cariotipo, calcemia...)

<http://www.paidopsiquiatria.com>

- **Escalas TDAH**

- [Cuestionario para padres.](#)
- [Datos de corrección y validación del Cuestionario para Padres](#)
- [Cuestionario para profesores \(3-5 años\)](#)
- [Cuestionario para profesores \(6-12 años\)](#)
- [Datos de Corrección y validación del Cuestionario de Profesores](#)

- **Escalas para Valoración del TDAH en Adolescentes y Adultos:**

- [ASRSV.1.1 \(original\)](#)
- [ASRSV 1.1 Heteroaplicado para adolescentes](#)
- [Wender-utah](#)

- **Escalas TGD**

- [Escala Australiana para Evaluación del Síndrome de Asperger](#)

- **Escalas Depresión - ansiedad**

- [Multidimensional Anxiety Scale for Children](#)

- **Escala para evaluar el apego en adolescentes**

- [Adolescent Relationship Scale Questionnaire](#)

Test de Conners

- Cuestionario abreviado para padres y maestros: como escala corta tiene la ventaja de su fácil aplicación para la valoración en seguimientos repetidos y en consultas con escaso tiempo.
EL PUNTO DE CORTE ES 15
- Los otros dos cuestionarios son versiones más amplias del Conners de padres y profesores



Tratamiento

- Impacto negativo : en la persona, en la familia y en la sociedad → no es sólo un problema escolar.
- Es una enfermedad **crónica** en la mayoría de los casos. Cuanto **antes se inicie el tratamiento** más eficaz
- Los fármacos disminuyen la hiperactividad, aumentan la concentración **con efectos casi inmediatos** , mejoran el rendimiento escolar
- **Metilfenidato** es el psicoestimulante más conocido, usado y eficaz de todas las patologías mentales del niño y del adolescente. Es un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina. **NO** producen TOLERANCIA, ni ADICCIÓN

Tratamiento

ESTUDIO MTA : el tto combinado (fármacos estimulantes + psicoterapia) es lo más eficaz a corto plazo y sobretodo si hay un TCD asociado .Demuestra que es sobre todo la medicación lo que mejora claramente la enfermedad a largo plazo (Pelham et al.1993)

ESTUDIO MTP: los niños que responden bien a la medicación no mejoran por añadir tratamiento psicológico o seguimiento académico o educación intensiva a los padres (todos exhaustivos)

Sólo añadir intervención psicosocial a: comorbilidad, no respondedores a medicación, factores estresantes psicosociales, familias que no aceptan la medicación.
PERO SIN EFICACIA DEMOSTRADA .

Fármacos

- **Metilfenidato Liberación inmediata (Rubifén®)**
tomarán 3 ó 4 al día. Inicia acción en 15-20 minutos, vida media 3 horas. **Gran variabilidad individual paso de BHC.** Estimula el aumento de producción de las terminales nerviosas de noradrenalina.
- **Metilfenidato Liberación prolongada (Concerta®)**
Sistema Oros: capsulas con cubierta externa y dentro un polímero que se infla y actúa de pistón.
Un comprimido al día¿?, dura el efecto 8-12 horas
- **Atomoxetina** (inhibidor recaptación serotonina)
pendiente de comercializar (otoño 2006), de 2ª elección, si hay comorbilidad o no toleran metilfedianto. Tarda en actuar.
Se va a llamar **Stratega®**



P. Activos Nombre G. Terapéuticos

RUBIF

Especialidad Farmacéutica Sustancias que lo componen	Forma Farmacéutica Via Administración	Dosis Contenido	C.T.D. EQ	P.Refer. PVP	D.D.D.	G. Terap. Grupo ATC
1 RUBIFEN 20MG 30 COMPRIMIDOS - [METILFENIDATO]	COMPRIMIDOS ORAL	20 MG 30 COMPRIMIDO	0,26 NO	0.00 5.16	30 MG	SIMPATICOMIMETICOS ACCION CENTRAL (PSICOESTIMULANTE: METILFENIDATO
1 RUBIFEN 5MG 30 COMPRIMIDOS - [METILFENIDATO]	COMPRIMIDOS ORAL	5 MG 30 COMPRIMIDO	0,42 NO	0.00 2.10	30 MG	SIMPATICOMIMETICOS ACCION CENTRAL (PSICOESTIMULANTE: METILFENIDATO
1 RUBIFEN 10MG 30 COMPRIMIDOS - [METILFENIDATO]	COMPRIMIDOS ORAL	10 MG 30 COMPRIMIDO	0,63 NO	0.00 6.34	30 MG	SIMPATICOMIMETICOS ACCION CENTRAL (PSICOESTIMULANTE: METILFENIDATO



P. Activos Nombre G. Terapéuticos

CONCERT

Especialidad Farmacéutica Sustancias que lo componen	Forma Farmacéutica Via Administración	Dosis Contenido	C.T.D. EQ	P.Refer. PVP	D.D.D.	G. Terap. Grupo ATC
1 CONCERTA 36MG 30 COMPRIMIDOS LIBERAC [METILFENIDATO]	COMPRIMIDOS LIB ORAL	36 MG 30 COMPRIMIDO	2,18 NO	0.00 78.42	30 MG	SIMPATICOMIM METILFENIDAT
1 CONCERTA 18MG 30 COMPRIMIDOS LIB PRO [METILFENIDATO]	COMPRIMIDOS LIB ORAL	18 MG 30 COMPRIMIDO	3,20 NO	0.00 57.62	30 MG	SIMPATICOMIM METILFENIDAT

Tratamiento

RUBIFÉN		CONCERTA
5 mg x 3	=	18 mg
10 mg x 3	=	36 mg
20 mg x 3	=	54 mg

Inicio de tratamiento: 5 mg, 3 veces al día

Máxima dosis: 20-30 mg por toma

0,3-0,8 mg/kg/día **ORIENTATIVO**

Autorizado su uso en mayores de 6 años.

En menores no existe la indicación

Última dosis no más tarde de las 5 p.m.

Tratamiento

- Cada vez se aconseja menos el descanso del fin de semana
- Edad de comienzo: considerar tratar si hay síntomas + impacto, si sólo síntomas informar y vigilar
- Hacer el diagnóstico y explicar el tratamiento en otra sesión: lo ideal
- Informar de los efectos adversos y de su probable cronología
- Si el padre o la madre tienen el trastorno dificulta mucho

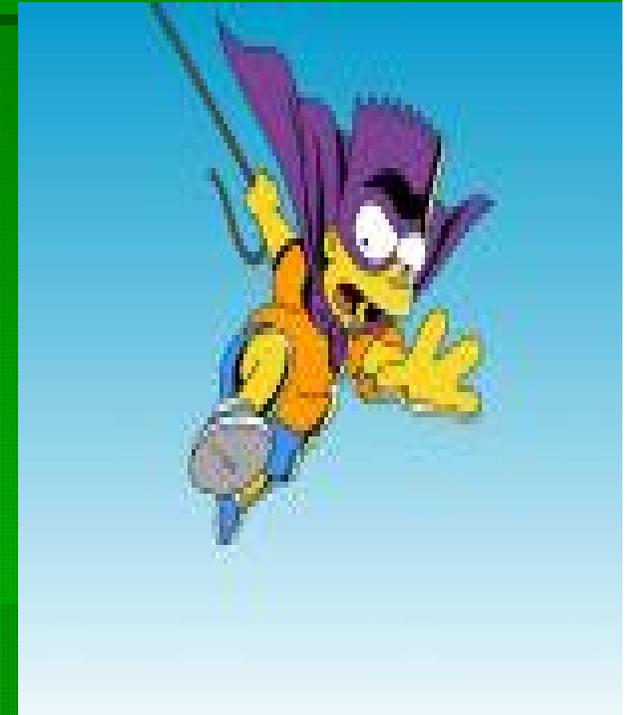
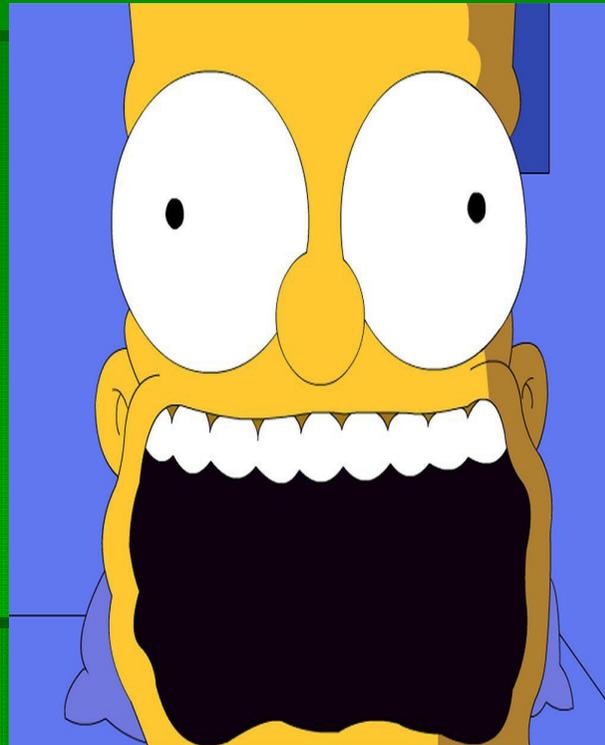
Efectos Metilfenidato (MF)

- Retraso para dormir transitorio, mejora dando pequeñas dosis de MF a última hora de la tarde
- Disminuye apetito (80% casos) y peso (15% casos), mejora dando el MF después de las comidas.
- Cefaleas al principio
- Dolor abdominal, mejora dando el MF con las comidas
- Empeora TICS
- Efecto rebote
- Empeora trastornos de regulación, psicosis...
- Contraindicado si hipertiroidismo, problemas cardiacos

Control del tratamiento

- Periódicamente hay que VER los informes a profesores (ver las notas)
- Controlar el peso, la talla, la T.A., y la frecuencia cardíaca en estas citas

Caso clínico: Bart 8 años



citamos a su padre y a su madre para una programada en unos días

Caso clínico: Bart 8 años

- Vamos a <http://www.infodoctor.org/gipi/gpapa10> para recordar esta sesión
- Sacamos los criterios diagnósticos que están en las diapositivas 9-13 que ya conocemos de sobra de tanto usarlos y le hacemos el cuestionario DSM IV completo a ambos padres
- Bajamos de la web <http://www.paidopsiquiatria.com> el test de los padres y el de los profesores que les damos para completar ,la otra variante de los Test de Conners ampliada, o el test de Conners abreviado
- Madre > Padre> Profesor
- Animamos a su madre que está así



Diagnóstico

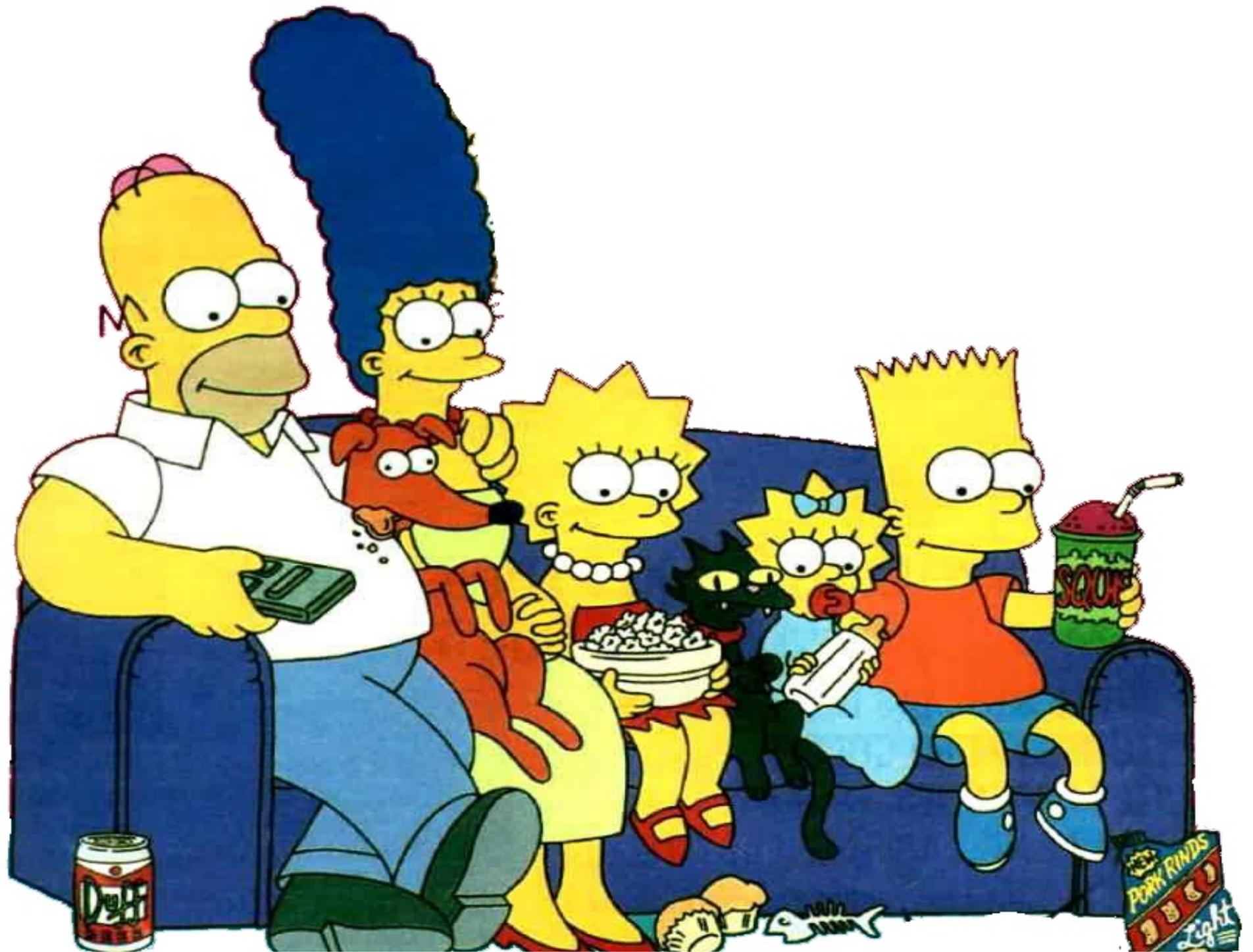
- Derivamos al neurólogo si presenta retraso mental, manchas cutáneas múltiples, tics varios, sospecha de alteraciones genéticas...
- Derivamos a salud mental para diagnóstico diferencial SIEMPRE
- Derivamos al EOEP (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica) ya que es mayor de tres años -si no nos lo han remitido desde allí

Caso clínico: Bart 8 años

- Da / H-I 5 /4-3
- 5/4/3
- Subtipo predominio de hiperactividad
- Postratamiento: 3/2/1

TADH no comórbidos

- Son un 30 % PODRÍAN SEGUIRSE DESDE PRIMARIA
- Ver al niño, no derivarle directamente a Salud Mental, no registrar en la derivación: valoración psicométrica, sólo los síntomas y signos que presenta
- Podría valorarse inicialmente en salud mental y pautar MF si lo precisa y volver a su pediatra para los controles



Bibliografía

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud. Larry B. Silver, Ars Medica, 2004 (EL MEJOR)
- TADH: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Josep Tomás y Miquel Casas, Laertes, Cuadernos de Paidopsiquiatría, 2004
- Pediatrics. Osborn, DeWitt, First, Zenel, 2005

Bibliografía:

- Trastorno de déficit de atención/ hiperactividad. M.D. Rappley. N ENG J MED,13 Ene 2005,352;2,165-174
- Declaración de consenso internacional sobre el trastorno de déficit de atención/hiperactividad (tadh) y los trastornos de conducta disruptiva (TCD):implicaciones clínicas y sugerencias de tratamiento. Kutcher et al European Neuropsychopharmacology 14 (2004) 11-28
- DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial . M.First et al.Ed.Masson 2002
- DSM-IV-TR: Libro de casos. R.I.Spitzer et al. Ed. Masson 2003
- Editorial: El niño hiperactivo y su “síndrome” ¿mito, realidad, medicación? J. L. Tizón García, FMC.2006;13(1):1-4

Enlaces recomendados:

- <http://www.paidopsiquiatria.com>
- http://www.pediatrasandalucia.org/docs/Hiperactividad_Alf-Lora.pdf
- www.trastornohiperactividad.com
- http://www.aepap.org/evidencias/tvc_deficit_atencion.htm → no sirve ningún test diagnóstico salvo DSM-IV
- http://ceril.cl/DSM_IV.htm → criterios diagnósticos DSM-IV algunas patologías pediátricas

