



ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

EL PEDIATRA FRENTE AL TDAH

Dra. María Isabel Montes Díaz
Pediatra de Atención Primaria de Salud
C. A. P los Alcázares



DEFINICIÓN

Se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.



ETIOLOGÍA

1- La principal causa del TDA es **GENÉTICA** (heredable en un **75%**):se ha implicado al gen **DRD4** que está en el cromosoma 11, responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor **dopamina**.

Otro gen asociado es el **DAT1**, también gen de la dopamina, que está en el cromosoma 5



2-Trastorno **NEUROBIOLÓGICO**: estudios de neuroimagen demuestran que hay regiones cerebrales afectadas en niños con TDAH; **corteza prefrontal**, el cuerpo caloso y **los ganglios de la base**.

Hay una alteración en los circuitos reguladores que comunican la corteza prefrontal y los ganglios de la base, estos se comunican mediante la **dopamina** y la **noradrenalina**.

Dichas zonas están relacionadas con el inhibición de las respuestas automáticas (impulsivas) y con la regulación de la atención.



3- Otros factores relacionados (pueden explicar el 20-30% de los casos):

- Factores de riesgo perinatales (tabaco, alcohol, drogas durante el embarazo).
- Complicaciones intraparto que dan lugar a lesiones cerebrales (zonas prefrontales).
- Bajo peso al nacer.
- Altos niveles de plomo en la infancia.
- Adversidad psicosocial (*)



(*) La Adversidad psicosocial, puede influir en la mayor gravedad de los síntomas, en el peor pronóstico del TDAH y en el mayor riesgo de presentar trastornos comórbidos asociados, pero **raramente** podemos considerarlos como la causa que genera el trastorno.



¿ES CULPA DE LOS PADRES EL TDAH DE SU HIJO?

NO !!

No acepte nunca que nadie le culpe de la causa de la enfermedad de su hijo ni se culpe a si mismo (como tampoco se debe culpar si su hijo tiene diabetes, asma o epilepsia..)



CRITERIOS DIAGNOSTICOS (DSM-IV)

A- Un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inadecuado para la edad del niño (6 o más de los 9 ítems de desatención o 6 o más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad).

B- Los síntomas empiezan antes de los 7 años.

C- Duran al menos 6 meses.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS

D- Produce un deterioro importante en al menos dos ambientes de su vida (casa, colegio, amigos).

E- No es debido a otro problema psiquiátrico, médico o tóxico.

Debe cumplir **TODOS** y **cada uno** de los criterios señalados (de la A a la E)



Ítems de desatención

- 1- No presta atención a detalles.
- 2- Tiene dificultades en mantener la atención en las tareas o juegos.
- 3- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- 4- No sigue las instrucciones (por despiste) y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
- 5- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.



Ítems de desatención

6- Evita realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

7- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.

8- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

9- Es olvidadizo y descuidado en sus actividades diarias.



Ítems de hiperactividad-impulsividad

- 1- Mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
- 2- Se levanta en clase o en situaciones donde no debe.
- 3- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- 4- Tiene dificultades para jugar o divertirse en silencio o tranquilo.
- 5- Habla en exceso.



Ítems de hiperactividad-impulsividad

6- Responde impulsivamente

7- Tiene dificultades en esperar su turno.

8- Frecuentemente está en movimiento, suele actuar como si tuviera un motor.

9- Interrumpe o se entromete en las actividades de otro.



CLASIFICACIÓN Y SUBTIPOS

Según el **DSM-IV** hay tres tipos de TDAH:

- 1- Tipo hiperactivo-impulsivo (10-15%).
- 2- Tipo inatento (20-30%)
- 3- Tipo combinado. Presenta las tres características; hiperactividad, impulsividad e inatención (50-75%)



INCIDENCIA

Es el trastorno **más frecuente** neuropsiquiátrico del neurodesarrollo y de la conducta en población pediátrica, puede afectar al **5-6%** de la población infantil y juvenil.

Es un proceso **crónico** y sintomáticamente **evolutivo** con una alta comorbilidad y con gran repercusión en la calidad de vida del niño, de su entorno familiar, escolar y social.



INCIDENCIA

La relación varón/mujer según estudios varía desde 6/1 a 3/1.

Estas diferencias pueden ser debidas a un infradiagnóstico del subtipo inatento más frecuente en el sexo femenino.



CLINICA

NIÑOS PEQUEÑOS (1-3 AÑOS):

Cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor.



A esta edad el diagnóstico es muy difícil.

PREESCOLARES (3-6 años):

Inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad de la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes frecuentes.



PREESCOLARES (3-6 años):

Se llega a afectar la socialización, el aprendizaje y la interacción con los padres.

A esta edad los síntomas deben verse como factores de riesgo más que como signos diagnósticos ya que es difícil diferenciarlos de los "propios de la edad".



ESCOLARES (6-12 años):

Se distraen con facilidad, inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos del aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, alteración de relaciones familiares, baja autoestima y comportamiento agresivo.



A esta edad se producen la mayoría de consultas a profesionales de la salud.

ADOLESCENTES (13-20 años)

Hasta el 70 % de niños con TDAH evolucionan con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia :

Con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora pasando a hiperactividad mental e impaciencia. Puede persistir en grado variable el déficit de atención y la impulsividad.



ADOLESCENTES (13-20 años)

Se mantiene el déficit de atención y la dificultad de planificación, organización, lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, baja autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con conductas de riesgo: agresividad, conducta antisocial, adicción a drogas y alcohol, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos no deseados y accidentes; que constituyen su principal causa de muerte



FACTORES comunes asociados a las características de TDAH

- Problemas de tipo emocional :labilidad, inseguridad, baja autoestima.
- Problemas de rendimiento escolar: poca motivación, rendimiento variable, fracaso escolar.
- Problemas de adaptación al colegio u otras actividades: baja tolerancia a la frustración, dificultades para seguir las normas.



FACTORES comunes asociados a las características de TDAH

- Problemas de relación : comportamiento agresivo, rechazo por parte de los compañeros.
- Dificultades en relaciones familiares: poca obediencia, dificultades para adquirir hábitos, irritabilidad.
- Mayor propensión a sufrir accidentes: debido principalmente a la impulsividad y a la falta de atención.



COMORBILIDAD

Más del **50%** de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDH.

La intensidad es mucho menor si el diagnóstico y tratamiento se instauran de forma temprana.



COMORBILIDAD

Existe la recomendación diagnóstica de descartar comorbilidad:

- **Trastornos psicológicos/psiquiátricos:** ansiedad(20-25%), depresión(15-20%).
- **Trastornos del comportamiento:** Trastorno negativista desafiante(40-60%), trastorno disocial(20-40%), consumo de drogas(40%).
- **Trastornos del aprendizaje(26%) :** dislexia, discalculia.
- **Tics y/o Sdr. Tourette:** el 70% de personas con Sdr. Tourette padecen TDAH.



DIAGNÓSTICO

ES EXCLUSIVAMENTE CLÍNICO

- 1- Historia clínica y exploración física.
- 2- Entrevista con los padres.
- 3- Examen neurológico.
- 4- Escalas específicas para el TDAH.
Cuestionarios de evaluación.
- 5- Información de la escuela.
- 6- Estudio de entidades coexistentes
(TND, ansiedad, depresión, tics)
- 7- Perfil neuropsicológico (test de
inteligencia, atención, pedagógicos)



ESCALAS ESPECÍFICAS PARA TDAH

- Son instrumentos de valoración, por si solas no son diagnósticas.
- Adaptadas para padres y maestros.
- * **Escala de Conners** ;valoran nivel atencional, hiperactividad-impulsividad.
- * **Escala SNAP IV** ;basada en los 18 ítems diagnósticos del DSM IV.
- * **Escala Vanderbilt** ;especialmente útil para descartar comorbilidad.



DIAGNÓSTICO

No están indicadas de forma rutinaria otras pruebas como EEG, RMN, TAC y estudios analíticos extensos (a no ser que haya una sospecha clínica de otra patología).

No existe ninguna prueba complementaria "diagnóstica de TDAH" ni ninguna prueba de imagen que permita valorar la evolución clínica.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

“no todo lo que parece TDAH es TDAH”

- Descartar primero que los síntomas sean “normales para la edad”.
- Problemas sociales o ambientales.
- Problemas de aprendizaje (test de Wisc): cociente intelectual bajo, problemas de aprendizaje verbal y no verbal.



- Problemas médicos: malnutrición, anemia, trastornos respiratorios del sueño, déficit auditivo o visual, trastornos endocrinos (diabetes, alteración tiroidea), neurológicos (epilepsia, daño cerebral perinatal, drogas durante el embarazo: alcohol, tabaco), alteración genética (X- Frágil, fenilcetonuria..).
- Fármacos: teofilina, antihistamínicos, fenobarbital, carbamacepina, exceso de cafeína, efedrina, benzodiazepinas, intoxicación por plomo.



TRATAMIENTO

El **tratamiento farmacológico** (en concreto, con **metilfenidato**) es clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes con TDAH a corto y medio plazo, dentro del **abordaje multimodal**.



Cualquier medida, no solo las farmacológicas debe contemplar la **cobertura** del problema las 24 h del día y los 365 días del año

La clave radica en mejorar, aparte de las notas, la calidad de vida del paciente, su autoestima y su esfera relacional.



TRATAMIENTO



Siempre debe ser **MULTIMODAL** :

- Medicación farmacológica: **de elección el metilfenidato.**

Para reforzar la mejoría conseguida con la medicación es trascendental:

- Actuaciones psicoterapéuticas : **Terapia cognitivo-conductual.**
- Actuaciones psicopedagógicas.
- Actuaciones educativas : **intervención escolar, apoyos familiares; los padres han de pasar a ser "coterapeutas".**



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- **Metilfenidato** :

- Psicoestimulante inhibidor de la recaptación de dopamina.

- Liberación inmediata: **Rubifen**

5, 10, 15 mgr

- Liberación prolongada: **Concerta**

18, 36, 54 mgr

- Dosis: 0,5-1,5 mgr/Kg

- Comenzar con dosis bajas e ir aumentando

- Dosis- respuesta muy variable



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- **VENTAJAS VS. INCONVENIENTES**

Rubifen: permite comenzar con dosis más bajas e ir aumentando lentamente, se puede partir, es más económico, 2-3 tomas al día.

Concerta: más cómodo (una toma diaria), mayor adherencia al tratamiento, mejor curva plasmática, permite confidencialidad y evita estigmatización, requiere saber tragar, no permite ajustar tan bien la dosis.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Efectos secundarios adversos;

- Suelen ser leves, limitados en el tiempo y modificables con estrategias simples.
- Dolor de cabeza, de estómago, disminución del apetito, problemas para dormir, irritabilidad, apatía, tics, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca..).



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Atomoxetina (Strattera)

- Fármaco también de primera elección en el TDAH.
- Es un fármaco antidepresivo (no estimulante), inhibidor de la recaptación de noradrenalina.
- Efecto terapéutico equivalente al metilfenidato pero de inicio más tardío (2-3 semana).



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Atomoxetina ;

- Ya comercializado en España, pero no financiado por la S.S. **Coste elevado.**
- Útil como alternativa en intolerancia al metilfenidato y en comorbilidades ; Tics significativos (Guilles de la Tourette), ansiedad, trastornos de conducta, consumo de drogas.
- Actualmente se está luchando para que sea tratado en igualdad de condiciones por la administración.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Beneficios;

- Reduce la sintomatología nuclear (Déficit de atención, hiperactividad-impulsividad)
- Mejora el rendimiento académico.
- Mejora la capacidad para seguir las normas.
- Disminuye la " hiperreactividad emocional"

Todo ello mejora la interrelación con la familia, la escuela, amigos así como su autoestima.



EVOLUCION Y PRONOSTICO

- Es un proceso **CRONICO**.
- Más del **80%** de los niños con TDAH diagnosticados en edad escolar, continuarán presentando el trastorno durante la adolescencia y entre el **30-60%** lo presentan también en la vida adulta.
- Un **20%** evolucionará de manera positiva; sin problemas especiales en la adolescencia y edad adulta.



EVOLUCION Y PRONOSTICO

Factores implicados en el pronóstico:

- Baja gravedad de los síntomas durante la infancia.
- Recibir el tratamiento y supervisión adecuados.
- Nivel general de inteligencia.
- Historia familiar de TDAH.
- Adversidad psicosocial.
- Comorbilidad con otros trastornos.



EVOLUCION Y PRONOSTICO

EL PRONÓSTICO ES VARIABLE EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS SINTOMAS Y DE LOS TRASTORNOS QUE PUEDAN COEXISTIR CON EL TDAH.

UN DIAGNOSTICO PRECOZ Y UN TRATAMIENTO ADECUADO, INFLUIRÁ DE FORMA DETERMINANTE EN LA EVOLUCIÓN.

ES FUNDAMENTAL LA COLABORACIÓN DE LA FAMILIA Y LA COMPRENSIÓN E IMPLICACION POR PARTE DE LOS EDUCADORES.



REALIDAD DIAGNOSTICA

Pese a ser un trastorno tan frecuente y limitante para el paciente y su entorno, en España hay una tasa elevada de **INFRADIAGNOSTICO**;

Más del 50% de los pacientes están sin diagnosticar y en la mitad de los que se han "apreciado criterios" no se ha cerrado un diagnóstico ni valorado acciones terapéuticas.



La demora diagnóstica desde la aparición de los síntomas es de unos 6 años (la media europea se sitúa en 3 años).

Se añade otro año y medio hasta que se instaura tratamiento.

Se retrasa el diagnóstico (en los casos en los que se llega a ello) a los 10-11 años de edad del niño, cuando la situación académica, la autoestima y el comportamiento suelen ser bastante negativos.



EL PEDIATRA FRENTE AL TDAH DE LA SOSPECHA AL DIAGNOSTICO PRECOZ



- El pediatra de atención primaria es una **figura clave** en el diagnóstico precoz del TDAH.
- Es necesario que esté implicado en esta patología.
- Tiene una posición privilegiada para efectuar una sospecha diagnóstica por su cercanía al niño.
- Realizar un **screening** del trastorno en todas las revisiones de salud del niño y del adolescente.



La entrevista y la historia clínica es fundamental:

- Interesarse por los problemas de mal rendimiento escolar (¿cómo va en el colegio?).
- Problemas de comportamiento tanto en el entorno familiar como en el colegio (¿cómo se porta?).
- Problemas de relación con otros niños.
- Antecedentes familiares ; es frecuente que uno de los progenitores o familiar cercano padezca el trastorno.



También es necesario el **seguimiento clínico** del paciente:

- evolución de los síntomas y su repercusión en los distintos ambientes
- Utilidad y tolerancia del tratamiento
- controles de salud.



LA FORMACION del pediatra en problemas de neurodesarrollo ; en la identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH debe seguir incrementándose.

Desterrar "miedos míticos" sobre el uso de psicofármacos e niños.

Evitar una "actitud de espera "a la hora de perfilar un diagnóstico de presunción, solicitar interconsulta o iniciar un tratamiento.



NO DEBEMOS OLVIDAR QUE
EN ESTE TRASTORNO, EL
PRINCIPAL PERJUDICADO Y
EL CENTRO DE NUESTRA
ATENCIÓN DEBE SER EL
NIÑO.



GRACIAS !

