

**Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)**

Autores: Lora Espinosa A.

Centro: Puerta Blanca. Málaga.

Dirección corresp.: Alfonsa Lora Espinosa [aloraes@telefonica.net]

Recibido: 14-05-2010 **Aceptado:** 14-06-2010

Vox Paediatrica 2010; 17(2):26-27

El día 6 de marzo de 2010, en la XCVII Reunión Científica de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental y Extremadura (**SPAPOYEX**), se realizó una mesa redonda sobre temas de interés en pediatría de atención primaria, entre los temas tratados revisamos los aspectos de actualidad del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (**TDAH**). Hicimos un breve resumen de los conocimientos actuales genéticos, anatómicos, de neurotransmisión y de neuroimagen, así como de los modelos conceptuales de los autores de referencia¹

Barkley y colaboradores explican el trastorno en base a un déficit de inhibición, que condiciona un déficit en la memoria de trabajo, en la autoregulación y en la adaptación de la conducta hacia la consecución de unos objetivos.

Sergeant y colaboradores hablan de un déficit en la capacidad de regulación del esfuerzo y la motivación como mecanismo limitador de las funciones ejecutivas en los niños con TDAH.

Sonuga-Barke y colaboradores explican como mecanismo primordial una alteración en los mecanismos de recompensa, con aversión a la demora. Dentro de este modelo la impulsividad tendría como objetivo reducir el tiempo de demora para obtener la gratificación cuando el niño con TDAH controla su entorno. Cuando no tiene control sobre el entorno, opta por dejar que el tiempo pase, es decir, trata de ignorar la demora.

El déficit de atención, cuyos síntomas a lo largo del tiempo han aparecido y desaparecido de los criterios diagnósticos del DSM² (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) para el trastorno y que en la actualidad, autores tan acreditados como Barkley¹, Milich³ y otros propugnan más que como un subtipo de TDAH, como un trastorno diferenciado. Este debate está en la actualidad en el análisis del grupo de profesionales que realizan el futuro **DSM-V**.

Los niños con TDAH tienen en mayor o menor medida, además de los síntomas descritos en los criterios de **DSM-IV-TR**, como síntomas cardinales, inatención, hiperactividad e impulsividad, presenta unos síntomas asociados de conducta, cognición, emocionalidad y adaptación social, así como problemas de autorregulación de su conducta para adecuarla a las demandas del entorno, con un patrón de respuestas a las contingencias del medio poco sensible a los refuerzos positivos-negativos. Todos estos síntomas le originan una disfuncionalidad académica y social, aspecto necesario para la confirmación diagnóstica.

El diagnóstico es exclusivamente clínico⁴⁻⁹, no existe ninguna prueba analítica o psicométrica que pueda considerarse diagnóstica, puede realizarse en el medio más próximo, por su pediatra de atención primaria en colaboración con el profesorado y equipo de orientación del centro escolar al que el niño acuda y si es necesario, en colaboración con el equipo de salud mental. Se debe realizar una entrevista a los padres y al niño, historia y exploración clínicas, exploración psicopatológica, exploración específica de síntomas TDAH y del funcionamiento cognitivo.

En función de las características del niño, por ejemplo si presenta problemas de aprendizaje, trastorno negativista desafiante, problemas de conducta, depresión/ansiedad, etc., pueden ser necesarias exploraciones complementarias. Así mismo deben descartarse otras patologías que puedan ser similares y problemas sensoriales.

Los criterios diagnósticos de **TDAH** según el **DSM-IV-TR** son⁴⁻⁹:

- 6 de los 9 ítems de desatención y/o más 6 de los 9 ítems de hiperactividad e impulsividad.
- Comienzo antes de los 7 años.
- Presentes en 2 ó más ambientes (hogar y centro escolar).
- Afectación social, académica o laboral del niño o adolescente.
- No se explican mejor por otro trastorno.

El tratamiento debe ser individualizado y multimodal⁸⁻¹², el pediatra debe informar a la familia y al profesional de la educación, acerca de las características del niño y concordar la prioridad de intervención conductual, académica y de habilidades sociales necesarias.

El tratamiento farmacológico^{10,12} es necesario en la mayoría de los niños y obtiene mejoría de síntomas en más del 80% de los casos, el fármaco de primera elección es el metilfenidato y la bibliografía recomienda el uso de presentaciones cuya duración de efecto dé respuesta a todas las necesidades del niño, académicas y personales, durante toda la jornada. En los niños que no responden a dosis óptimas, o presenten efectos secundarios con el metilfenidato, la segunda opción terapéutica es la atomoxetina.

Se recomienda seguir los criterios científicos que identifican las Guías de práctica clínica^{5,6,8,9}, especialmente realizar una exploración cardiológica para descartar cardiopatía estructural y monitorización de tensión arterial y somatometría en el niño para garantizar que no exista ningún riesgo en la prescripción.

A continuación se presentaron los datos del estudio de prevalencia de **TDAH** y sus trastornos comórbidos en niños de 6 a 14 años de Andalucía (en prensa), nuestra prevalencia coincide con los últimos estudios publicados de prevalencia en nuestro país.

En nuestra amplia muestra predomina el subtipo inatento y el género masculino, existe una correlación estadísticamente significativa con el trastorno negativista desafiante y con el bajo rendimiento académico y social.

Por todo ello y como conclusión de esta ponencia, se insiste en la importancia de sensibilizar al pediatra para que realice en las visitas de revisión de salud infantil un simple screening sobre síntomas del **TDAH** basado en la primera recomendación de la **GPC** de la **AAP**. Si puntúa "SI" en los ítems 2,4,7,8,9, al igual que si puntúa "NO" en los números 3,5,6 o bien si el rendimiento académico es regular, malo o variable, objetivado, debe iniciarse una evaluación bajo sospecha de TDAH.:

| | |
|--|--------------------------------|
| ¿Cómo es el rendimiento escolar? | Bueno, Regular, Malo, Variable |
| ¿Ha detectado su profesor problemas de aprendizaje? | SI, NO |
| ¿Es feliz en el colegio? | SI, NO |
| ¿Tiene algún problema de conducta? | SI, NO |
| ¿Sigue instrucciones de principio a fin? | SI, NO |
| ¿Termina el trabajo escolar asignado? | SI, NO |
| ¿Se accidenta en exceso? | SI, NO |
| ¿Presenta signos de inatención? | SI, NO |
| ¿Los padres tienen que sentarse a su lado para que haga los deberes? | SI, NO |

BIBLIOGRAFÍA

1. Barkley, R. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. *The Guilford Press*. 2006 New York.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001; 8(4): 463-487.
4. Committee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Quality Improvement and Sub-

committee on Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 105; 2000: 1158-1170.

5. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Sep. 59 (Clinical guideline; no. 72).

6. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007 Mar. 68.

7. University of Michigan Health System. Attention-deficit hyperactivity disorder. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2005 Oct. 35.

8. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Jul;46(7):894-921.

9. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sanchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives L, et al.. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinario y evidencias para la puesta en práctica.

10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Methylphenidate atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2006 Mar. 34 p. (Technology appraisal; no. 98).

11. Eddy Ives L. Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4: 55-67.

12. Lora Espinosa A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en atención primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4: 69-114.

13. Rodríguez Molinero, L., López, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., & Martínez, M. T. 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; 11(42):251-270.

14. Cardo E, Servera M, llobera J. Estimación de la prevalencia de déficit de atención con hiperactividad entre la población de la isla de Mallorca. *Rev Neurolog* 2007;44(1):10-4.