



Alfonsa Lora Espinosa:
alfonsa.lora.sspa@juntadeandalucia.es

Taller

Aspectos prácticos en la atención del niño y adolescente con TDAH

Alfonsa Lora Espinosa^a, M. J. Díaz Aguilar^b

^aPediatra. CS Puerta Blanca. Unidad de Investigación y Eficiencia Clínica. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. España • ^bPsicología. Asesora de Formación, Ámbito Educación Especial. Centro del Profesorado de Málaga. Málaga. España.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. La magnitud, determinada por su prevalencia, su trascendencia negativa en el desarrollo del niño y, sobre todo, su vulnerabilidad al tratamiento, hacen necesario una evaluación y un abordaje adecuado y temprano en los niveles primarios de atención en salud y educación¹.

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, resultado de una compleja interacción de factores genéticos, con otros ambientales pre, peri o postnatales que llevan a una alteración de la neurotransmisión dopaminérgica.

Las Guías de práctica clínica²⁻⁸ proponen un método estructurado para el diagnóstico y tratamiento del trastorno. La sintomatología del TDAH en la infancia y adolescencia se caracteriza por un patrón persistente de inatención, exceso de actividad en relación a la edad madurativa del niño y pobre control de su impulsividad.

Este trastorno debe aparecer antes de los siete años y alcanzar al menos seis meses de evolución. Los síntomas han de presentarse en dos o más contextos, interfiriendo en la vida social y académica del niño y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno.

Se definen tres subtipos de TDAH: inatento si cumple al menos seis de los nueve criterios de inatención, hiperactivo-impulsivo si cumple al menos seis de los nueve criterios de hiperactividad-impulsividad y combinado si cumple al menos seis de los nueve criterios en ambas dimensiones, inatención e hiperactividad.

Además de estos síntomas descritos en los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM)-IV-TR* como síntomas cardinales, los niños con TDAH presentan síntomas asociados de conducta, cognición, emocionalidad y adaptación social, 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.

En este taller analizaremos de forma práctica la función del pediatra de Atención Primaria (PAP) en la atención del niño y adolescente con TDAH y los criterios para una práctica clínica de calidad²⁻¹².

Para aplicar estos criterios el pediatra necesita entrevistarse con la familia y el niño con frecuencia; desarrollar contactos con el colegio y otros profesionales para ofrecer un cuidado coordinado y continuo; identificar los recursos de la comunidad y especialmente, tiempo y confianza en sus capacidades y habilidades.

- El PAP debe evaluar a todo niño de edad comprendida entre 4 y 18 años que presenta sínto-

mas de inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta (B).

- El diagnóstico de TDAH es exclusivamente clínico, no existiendo en la actualidad ninguna prueba analítica o psicométrica que pueda considerarse diagnóstica. Requiere que el niño cumpla los criterios DSM-IV-TR. El uso de los criterios DSM-IV-TR disminuye la variabilidad en la práctica clínica y facilita la comunicación entre profesionales y pacientes.
- La valoración del TDAH requiere información obtenida directamente de los padres o cuidadores y de los profesores sobre la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en ambientes diferentes, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de impedimento funcional (B). En el adolescente se considera útil el uso de un cuestionario validado autoinformado.
- La realización de una completa historia clínica que incluya signos y síntomas, antecedentes familiares, antecedentes personales, desarrollo psicomotor, trastornos del sueño, historia psicosocial descartando abuso físico, psíquico o sexual.
- Investigar mediante un instrumento validado el trastorno negativista desafiante, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, tics, dificultades de aprendizaje (B).
- Investigar las fortalezas y habilidades, los aspectos que le ilusionan y motivan.
- Exploración clínica registrando fenotipo; exploración neurológica que debe incluir coordinación motora fina y gruesa, comunicación y lenguaje, tics; exploración sensorial; somatometría, exploración cardiovascular.
- No está indicado realizar otras pruebas diagnósticas de rutina para establecer el diagnóstico de TDAH a no ser que la anamnesis o la exploración clínica lo justifiquen.
- Si la historia indica que el niño presenta dificultades académicas, el pediatra contactará con el centro escolar para que el equipo de orienta-

ción estudie y trate estas dificultades y revisará la evolución y resultados de las intervenciones pedagógicas establecidas.

- El PAP debe reconocer el TDAH como un trastorno crónico y considerar al niño y adolescente con TDAH con necesidades especiales de salud (B).
- El TDAH causa una morbilidad importante y debe ser tratado. El objetivo del tratamiento es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control ya que no se dispone de un tratamiento curativo en la actualidad. El Plan de cuidados del niño con TDAH constará de los siguientes pasos:
 - Educación de la familia y el niño sobre el TDAH, sus características individuales, aportándole estrategias para su manejo.
 - Identificar los objetivos del tratamiento: conductuales, académicos.
 - Acordar el tratamiento conductual y farmacológico a seguir, conociendo los beneficios y los posibles efectos secundarios.
 - A los niños en edad preescolar (4-5 años) el PAP debe indicar la terapia conductual como primera línea de tratamiento (A). Puede prescribirse metilfenidato si las intervenciones conductuales no proporcionan mejoría y la disfunción que le producen los síntomas es moderada-grave (B). La atomoxetina no está aprobada por la Food and Drug Administration en estas edades⁵.
 - A los niños de 6-11 años, el PAP debe prescribir tratamiento farmacológico (A) y/o terapia conductual, preferiblemente ambas (B). La evidencia es fuerte para el metilfenidato y suficiente pero menos fuerte para atomoxetina (A)⁵.
 - A los adolescentes (12-18 años) el PAP y/o médico de familia deben prescribir tratamiento farmacológico con su consentimiento (A), puede recomendarse terapia conductual (C), preferiblemente ambas⁵.
- El PAP debe titular la dosis de medicación para alcanzar el máximo beneficio con los mínimos efectos adversos^{5,12} (B).

- Se realizarán visitas de seguimiento frecuentes hasta obtener una respuesta óptima con la titulación de la dosis, posteriormente cada tres meses en el primer año de tratamiento y cada seis meses a partir de entonces si la situación es estable. En estas visitas se comprobará sistemáticamente el control de los síntomas y la función, el cumplimiento de los objetivos propuestos, se preguntará por los efectos secundarios y se realizará medición de peso, talla, tensión arterial y frecuencia cardíaca. Se preguntará por la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción con el cuidado.
- Establecer un consenso entre profesores y pediatras sobre los elementos clave de diagnóstico, intervenciones y comunicación, estructuras, que aseguren un cuidado consistente, bien coordinado y coste-efectivo.
- Cuando coexistan otros trastornos psiquiátricos como trastorno bipolar, ansiedad o depresión severas, debe derivarse a la unidad de salud mental de referencia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*
 • **PAP:** Pediatría de Atención Primaria. • **TDAH:** trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Molinero L, López JA, Garrido M, Sacristán AM, Martínez MT. 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):251-70.
2. British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. Revised edition published 2009 [en línea]. Disponible en www.sign.ac.uk
3. National Clinical Practice Guideline. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE) Attention Deficit Hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2008 [en línea]. Disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG-72NiceGuidelinev3.pdf
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. 2001 [en línea] [actualizado en agosto de 2005] [consultado el 23/7/2010]. Disponible en www.sign.ac.uk/pdf/sign52.pdf
5. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, evaluation and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128:1-16.
6. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents, 6.ª ed. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007. p. 68 [en línea] [actualizado en marzo de 2007] [consultado el 23/7/2010]. Disponible en www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html
7. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011.
8. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sánchez 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 multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Monografía [en línea]. Disponible en www.aepap.org.
9. Buñuel Álvarez JC. Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión

- desde la evidencia científica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:25-37.
10. 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;46:894-921.
 11. Power TJ, Mautone JA, Manz PH, Frye L, Blum NJ. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. *Pediatrics*. 2008;121(1):e65-72.
 12. Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2011;(20):115-26.