Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”

Conferencia: **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Tdah)**

**Objetivos**:

1. Explicar el concepto.
2. Identificar los factores etiológicos, constitucionales, ambientales y de riesgo.
3. Describir el cuadro clínico.
4. Diagnosticar la entidad y diferenciarla.
5. Exponer la evolución y el pronóstico.
6. Proponer las intervenciones que realizará el MGI, sabiendo cuando remitir.

**Sumario**:

* Concepto.
* Epidemiología.
* Etiología. Factores de riesgo. Prevención.
* Cuadro clínico general.
* Clasificación.
* Diagnóstico positivo y diferencial.
* Tratamiento en la comunidad y remisión.

Los síntomas constituyen un motivo frecuente de atención en escolares, en consultas de Pediatría, Neurología, Psicología y Psiquiatría Infantil. También es de marcado interés para otras disciplinas como la Pedagogía y Defectología.

Se manifiesta desde la primera infancia, con curso crónico y persistencia de los síntomas en la adolescencia (50–80%) y la adultez (30-65%)

¿Qué es el TDA/H?

CONCEPTO

* Trastorno neuropsiquiátrico heterogéneo.
* Caracterizado por síntomas cardinales:
	+ Inatención o distractibilidad
	+ Hiperactividad
	+ Impulsividad
* Presentes desde antes de los 7 años (hasta los 12 años según el DSM 5).
* Provocan alteraciones en dos o más ambientes (escuela, hogar, barrio).
* De alto coste social por las consecuencias y discapacidad en todas las esferas de la vida.

EPIDEMIOLOGÍA

Representa un problema de salud en muchos países.

Prevalencias estimadas:

* 10 % población general
* Europa 5 – 17 %
* Adultos 2 – 6 %
* Cuba 7.2 % en población escolar

Predominio en hombres 4:1

Sexo masculino. Más problemas de impulsividad y agresividad.

Sexo femenino. Más problemas de inatención, dificultades cognitivas y síntomas afectivos.

ETIOLOGÍA

Existe una sólida concordancia internacional que se trata de un trastorno neurobiológico auténtico, con heredabilidad de 80 – 90%, siendo muy probable que intervengan ciertos neurotransmisores del SNC como dopamina, serotonina y noradrenalina, y donde pueden influir los eventos pre, peri y posnatales, y algunos ambientales.

De forma esquemática:

Trastorno Heterógeneo Multifactorial

* Predisposición genética
* Base neurobiológica
* Factores ambientales

Genética (70-80%).

Se plantea el 57 % de probabilidad de sufrir el trastorno si uno de los padres lo sufren.

En los gemelos monocigóticos 50 – 80 %, y en los dicigóticos 29 – 33 %.

La probabilidad de desarrollar TDAH depende de varios genes y/o varias combinaciones de genes.

Noradrenalina y Dopamina.

Son los dos neurotrasmisores relevantes en la fisiopatología del TDA/H. El sistema serotoninérgico,otros sistemas y factores neurotróficos también están implicados.

Factores biológicos adquiridos

Puede adquirirse por factores biológicos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal

* Exposición intrauterina al alcohol y otras drogas, nicotina y algunos fármacos
* Hipertensión arterial-toxemia gravídica
* Madre muy joven o añosa
* Prematuridad o bajo peso
* Hipoxia
* Hipoglicemia
* Encefalitis
* Traumatismos que afectan a la corteza prefrontal
* Exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana

Factores psicosociales

Pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH.

La severidad y expresión de los síntomas pueden afectarse a través de la interacción gen-ambiente (epigenética). Ciertos factores ambientales pueden tener impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen.

Factores que se invocan:

* Disfunción familiar
* Trastornos psiquiátricos en los padres
* Trastornos disociales y antisociales en los padres
* Crianza inadecuada
* Relaciones padres-hijos deterioradas
* Institucionalismo
* Adopciones
* Bajo nivel socioeconómico (no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales)

Estudios de Neuroimagen

Estudios de Resonancia Magnética Nuclear indican de manera uniforme alteraciones en tres regiones cerebrales:

* Corteza prefrontal (especialmente en lóbulo prefrontal derecho)
* Ganglios basales (especialmente derechos)
* Cerebelo

CUADRO CLÍNICO

Síntomas cardinales:

* Distractibilidad
* Hiperactividad
* Impulsividad

¿Cómo se manifiestan?

Distractibilidad

* Se distrae fácilmente y se dificulta mantener la atención
* No parece escuchar
* No acaba lo que empieza, confunde los detalles
* Comete errores por descuido
* Pierde cosas, es olvidadizo
* Hay que repetirle las consignas
* Dificultad para seguir las instrucciones y para organizar tareas
* Le disgusta y evita las actividades que requieren atención sostenida

Hiperactividad

* Inquieto
* Corre
* Se encarama
* Trepa
* Dificultad para permanecer sentado
* Si está sentado, se mueve en el asiento
* Siempre está en marcha
* Tiene que estar haciendo algo siempre
* Hace las cosas de forma “alocada”

Impulsividad

* Tiene dificultad para jugar en silencio
* Grita y hace ruidos
* Habla mucho
* Es excitable
* Actúa de forma automática
* Da respuestas impulsivas
* Con frecuencia interrumpe a los demás
* Tiene dificultad para esperar su turno

SUBTIPOS

Subtipo Inatento**:** Compromiso del estado de alerta, la atención sostenida y la atención selectiva.

Subtipo Hiperactivo-Impulsivo: Escaso control de espera, de impulsos, con trastornos de la psicomotricidad.

Subtipo Combinado: Sintomatología mixta, de desatención y de hiperactividad e impulsividad

IMPACTO NEGATIVO

* Familia. Conductas más negativas. Menor reconocimiento.
* Paraiguales. Rechazo y aislamiento, en consecuencia mayor deseo de ser aceptado (de cualquier manera).
* Maestros. Pobre desempeño académico. Alta reprobación. Señalamientos devaluatorios. Conductas más represivas y negativas. Menor reconocimiento.
* Social. Alta reprobación. Señalamientos devaluatorios. Conductas más represivas y negativas. Menor reconocimiento.

DIAGNÓSTICO POSITIVO

* Historia Clínica: motivo de consulta, APF, APP, historia escolar (conducta y aprendizaje), comportamiento en grupo.
* Entrevista psiquiátrica: síntomas cardinales.
* Test psicométricos (WISC, Test de Atención).
* Pruebas psicopedagógicas: atención, memoria, orientación, lateralidad.
* Electroencefalograma (EEG).

COMORBILIDAD DEL TDAH

* Trastornos del aprendizaje
* Trastorno de las habilidades motoras
* Trastornos de la comunicación
* Tics
* Enuresis
* Trastornos de ansiedad
* Trastornos depresivos
* Trastorno Bipolar
* Trastornos por consumo de sustancias
* Trastorno Oposicionista Desafiante
* Trastorno Disocial/Antisocial
* Maltrato infantil
* Accidentes

TRATAMIENTO Multimodal y personalizado estudio independiente

Paciente

Tratamiento biológico (psicofármacos)

* Psicoestimulantes: Metilfenidato (10 mg) 0,3- 0,6 mg/kg/día.
* Antidepresivos: Tricíclicos. Imipramina (25 mg) 0,5- 3 mg/kg/día
* Neuromoduladores: Carbamazepina (200mg) 10-20 mg/kg/día
* Neurolépticos: Tioridazina, Haloperidol, Risperidona
* No psicoestimulantes: Atomoxetina (Strattera) y otros

Escuela: Orientaciones psicoeducaticas. Apoyo pedagógico.

Tratamiento psicoterapéutico según el caso.

Familia: Orientaciones psicoeducaticas. Terapia de grupo.

Comunidad: Actividades extraescolares según el caso (arte, deporte, etc.), ocupacional. Apoyo social.

REMISIÓN

Todos los casos serán atendidos en la APS. Solo serán remitidos:

* síntomas autistas,
* hiperactividad y/o agresividad muy marcada, excitación psicomotora,
* trastornos afectivos, conducta psicótica,
* trastornos por consumo de OH y otras drogas
* y otros trastornos de la conducta que no puedan ser resueltos en la atención primaria.

PRONÓSTICO

Pronóstico agravado por:

* Diagnóstico tardío
* Ausencia de tratamiento individualizado
* Comorbilidad añadida
* Condiciones adversas del ambiente

PREVENCIÓN

Debe ir encaminada a la erradicación de los factores de riesgo, y fortalecer los factores protectores.

BIBLIOGRAFÍA

* Betancourt-Mahecha Liliana Patricia, Guerrero-Vásquez Myriam. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En: Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Jordán Quintero, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 4ta edición. Ed Médica Panamericana. ISBN: 978-958-8483-7-68. Capítulo 31. p 252-266.
* Castroviejo Pascual. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría. 2008. Sitio en Internet. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
* De La Peña Olvera Francisco, Orta Fernando Félix. (2010). Tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En: Saad Enma, Belfort Edgar, Camarena Enrique, Chamorro Rodrigo, Martínez Juan Carlos. Salud mental infantojuvenil. Prioridad de la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y Evidencias en Psiquiatría. Primera edición. Capítulo 25. p 944-950.
* Duque Paula, Zapata Violeta, Palacio Ortiz Juan David. (2014). Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad en adultos. En: Palacio Ortiz Juan David. Aspectos claves en Psiquiatría Infantil. Primera edición. Capítulo 26. p 591-622.
* Gómez Martínez Cristóbal. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Rodríguez O. Salud mental Infanto-juvenil. La Habana. Ed Ecimed. Tema 13. p 128-132.
* Martínez Aguayo Juan Carlos, Chamorro O. Rodrigo, Saad De Janon Emma. (2010). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Saad Enma, Belfort Edgar, Camarena Enrique, Chamorro Rodrigo, Martínez Juan Carlos. Salud mental infantojuvenil. Prioridad de la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y Evidencias en Psiquiatría. Primera edición. Capítulo 10. p 290-346.
* Palacio Ortiz Juan David. (2014). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En: Palacio Ortiz Juan David. Aspectos claves en Psiquiatría Infantil. Primera edición. Capítulo 9. p 169-246.
* Romero Pérez JF, Lavigne Cerván R. (2005). Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos. Definición, Características y tipos. Materiales para la Práctica Orientadora Volumen Nº 1. Consejería de Educación. Junta de Andalucía.