



CAPÍTULO NO. 54
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E HIPERQUINESIA (ADHD)
Luis Manuel Avalos Chávez DCSP

OBJETIVO GENERAL

Ante un caso real o simulado de un niño que presenta antecedentes de riesgo de trastornos con déficit de la atención e hiperquinesia el lector será capaz de estudiarlo como un caso de trastorno conductual.

OBJETIVOS CONDUCTUALES

- 1.- Definir qué se entiende por trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.
- 2.- Describir la epidemiología de trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.
- 3.- Señalar los factores de riesgo de trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.
- 4.- Describir su etiología.
- 5.- Describir la fisiopatología más común de trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.
- 6.- Establecer tratamiento inicial.
- 7.- Evaluar el envío con el neuropsiquiatra.
- 8.- Analizar el pronóstico de trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Es un desorden neuropsiquiátrico caracterizado por déficit de la atención, impulsividad e hiperquinesia originando una discapacidad en la conducta en el hogar, en la escuela y con los pares del paciente.

INTRODUCCIÓN:

El trastorno por déficit de la atención e hiperactividad o sin ella es de los trastornos conductuales que se diagnostican más frecuentemente en la infancia, es necesario hacer notar que en Estados Unidos el 2.8% de los niños entre 5 y 18 años utilizaban metilfenidato para tratamiento en 1995, en este reporte también señalan que el género masculino es el más frecuente con una relación de 8:1 en los niños con hiperquinesia y es de 2:1 en los niños sin hiperquinesia, aquí en la ciudad podemos señalar que en los hospitales de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa la quinta causa de consultas pediátricas en conjunto con el síndrome convulsivo, lo que hace que este trastorno sea uno de los más frecuentes que son enviados al Pediatra desde las unidades de primer nivel de atención, vale la pena señalar que los maestros con mucha frecuencia envían niños al médico con indicaciones de valoración por neurología, de dicha patología y el Pediatra los canaliza a esta especialidad.

EPIDEMIOLOGÍA:

Prevalencia de 2.5% de todos los niños, la incidencia en edad escolar es entre 1 al 6% y la edad más común es antes de los 7 años. Se presenta más en el sexo masculino con relación de 9:1, en cambio en el déficit de la atención solos la incidencia es igual en ambos sexos. Existen familias con predisposición a que sus hijos padecerán trastornos por déficit de la atención e hiperquinesia.

En los niños con el síndrome de trastornos de la atención e hiperquinesia coexisten los siguientes trastornos:

- Ansiedad y depresión en el 25%.
- Trastornos de la conducta en el 30-50%.
- Trastornos del lenguaje en el 30%.
- Trastornos del aprendizaje en el 20%.
- Trastornos tipo desafío oposicional con sus familiares en el se presentan también:
- Desmoralización.
- Encopresis y enuresis.
- Drogadicción y tics.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERACTIVIDAD:

- Desordenes con déficit de la atención.
- Inadecuado ambiente con los padres.
- Retardo mental.
- Trastornos y cambios de humor.
- Trastornos del aprendizaje con falta de atención secundaria.
- Intoxicación por plomo.
- Hipertiroidismo.
- Disturbios emocionales.
- Trastornos de la audición.
- Exceso de actividad en relación con la edad.

CUADRO CLÍNICO:

TIPOS DE INATENCIONES:

- Dificultad para seguir instrucciones.
- Dificultad para sostener la atención en juegos.
- Dificultad para aguardar su turno en juegos.
- Dificultades en casa con las tareas escolares.
- Se distrae fácilmente con estímulos externos.
- No parece escuchar lo que se le dice.

TIPOS DE IMPULSIVIDAD:

- No respeta su turno en juegos o actividades grupales.
- Interrumpe a los otros niños en actividades grupales o en juegos.
- No mide adecuadamente las consecuencias de sus actividades.
- Pasa de una actividad incompleta a otra.

TIPOS DE MANIFESTACIONES DE HIPERQUINESIA:

- Está moviendo los dedos, las manos o los pies inordinadamente, se retuerce en su asiento.
- Tiene dificultad para jugar sentado.
- Habla excesivamente.
- Tiene dificultad para jugar callado.

CRITERIOS PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICO DE ADDH:

Cuando se encuentre 8 de los 14 características clínicas y que los síntomas tengan más de 6 meses desde el inicio en un menor de 7 años, estamos frente a un caso de ADDH. Con frecuencia los niños con ADDH son parte del síndrome de la Tourette o desórdenes de la conducta de tipo desafío oposicional con los padres.

En preescolares la hiperquinesia e impulsividad se sospecha por:

- Demanda de atención de los padres o maestros.
- Trastornos del sueño.
- Deambulación sin destino preciso.
- Dificultad para conservarse sentado un tiempo.
- Tocar objetos inapropiadamente.
- Pasar a otra actividad sin terminar la anterior.
- Resistencia a las actividades pasivas.

En los escolares y adolescentes se sospecha por:

- Dificultad para la vida sedentaria.
- Cambios rápidos de humor sin relación con estímulo.
- Inconformidad con la inactividad.
- Pobre control de sí mismo.
- Dificultad para reflexionar.
- Son muy inquietos

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ADHD:

Padre con antecedente de ADDH en su niñez.
Padre con ADDH en remisión parcial.
Drogadicción.
Comportamiento antisocial.
Impulsividad en el control de sus problemas.

Madre con historia de desórdenes de somatización.

ESTUDIOS A REALIZAR PARA CORROBORAR EL DIAGNÓSTICO:

1.- PRUEBAS DE CONOCIMIENTO:

- 1.1 Pruebas psicométricas.
- 1.2. Pruebas de habilidad como la de Stanford Binet y la carta corta de Wisconsin.
- 1.3. Pruebas de rendimiento como la de amplio alcance.
- 1.4. Escala de rangos de Conners y el de Proteus.
- 1.5. Pruebas de impulsividad y desatención.
Mediante preguntas de opción múltiple en un tiempo dado.
- 1.6. La impulsividad se mide mediante la prueba de Kagan con cotejo de objetos conocidos.

2.- ESCALAS PARA MEDIR COMPORTAMIENTO:

1. Listado de Yale para niños.
2. Listado de Conners para padres y profesores.
3. Listado de comportamiento infantil de padres y profesores

3.- RADIODIAGNÓSTICO:

1. Tomografía computada con emisión de positrones en caso de hipoglucemia cerebral
2. Electroencefalograma en caso de convulsiones.
3. Potenciales evocados.
4. Foniatría en caso de trastornos del lenguaje.

TRATAMIENTO:

Se divide en:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Se sospecha con información de los padres, la escuela, el reporte del maestro o de las niñeras en las guarderías. Estos tres parámetros se consideran la piedra angular para el diagnóstico de trastorno de déficit de la atención con y sin hiperquinesia. Se corrobora con el análisis psicológico de que presente 8 de los 14 criterios para establecerlo, como se señala en el DCMIV.

Es necesario descartar causas secundarias de hiperquinesia por ejemplo, el ambiente no está asociado con discapacidades u otras condiciones como trastornos oculares (miopía, estrabismo, etc). La hiperquinesia es sospechosa de un trastorno o discapacidad.

EDUCACIÓN:

Es necesario establecer una consejería con padres y maestros mediante:

Revisión del diagnóstico, su epidemiología, su pronóstico.

Efectuar una evaluación sobre el desarrollo del niño.

El ADDH es crónico hasta en una 60% de los casos.

Puede no tratarse con medicamentos, pero los síntomas deben ser satisfactoriamente tratados.

Revisar las estrategias de manejo.

Puede ser no farmacológico.

Puede ser farmacológico.

El seguimiento es importante.

Recordar que el ADDH se asocia con padres que en la infancia presentaron el mismo problema.

Ofrecer información con libros, revistas, grupos de apoyo, videocasetes, escritos, etc.

METAS DE TRATAMIENTO:

1. Que se establezca mejoría en la casa, en la escuela y con sus pares modificando la inatención, impulsividad e hiperquinesia.
2. Que recupere su funcionalidad y capacidad de buena relación con mínimos efectos secundarios.

TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

Modificar el comportamiento, con control ambiental, establecer comunicación con los padres y con el paciente con muchos tipos de acción, v. gr. reforzamiento de buenas acciones en casos leves.

Que el paciente tenga un lugar exclusivo para estudiar.

Que el paciente reciba instrucciones simples y cortas.

Anticipar las situaciones en que el niño se portará mal y tener un plan preventivo.

Ordenes simples pero efectivas con tiempo para su cumplimiento

MAESTROS:

Que los profesores tengan en primera fila estos pacientes.

Terapia de acondicionamiento igual a los padres.

Que las actividades sean cortas y disminuir la cantidad de trabajo.

Evaluación constante en casa y en la escuela.

PSICOTERAPIA:

Si es necesario, practicar psicoterapia individual y familiar.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Las drogas no incrementan con certeza los neurotransmisores como las catecolaminas pero interactúan con receptores sinápticos en algunas áreas del cerebro, el 70 % de los pacientes responden bien con el primer fármaco, las dosis altas incrementan el riesgo de efectos secundarios y efectos en el comportamiento de los pacientes. A dosis bajas incrementan la funcionalidad cognoscitiva.

Es necesario recordar algunos efectos secundarios:

- Dolor abdominal.
- Anorexia.
- Ansiedad.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Cefaleas
- Pérdida de la espontaneidad.
- Cambios de humor.
- Se presenta fenómeno de rebote
- Tics.

Están contraindicados en caso de presentar reacción de hipersensibilidad a los medicamentos.

Las drogas más usadas para el tratamiento son el metilfenidato a dosis de 0.3 mg/kg/dosis e ir incrementando hasta un máximo de 0.7 mg/kg/ dosis si fuera necesario, el nivel pico alcanzado es a la hora o a las 2.5 horas es efectiva para tratar el 75% de los pacientes, si mejora, se sugiere un día sin medicamento. Otra droga usada en el tratamiento es la dextroanfetamina a dosis de 0.15 a 0.5 mg/kg dosis.

La terapia con medicamentos no estimulantes como los antidepresivos triciclicos está indicada en los casos en que el metilfenidato está contraindicado o es inefectivo, la droga es la imipramina que tiene efectos secundarios como arritmias y síndrome de muerte súbita, con la desipramina responden bien el 70% de los casos tratados. Se usan además fenotiazinas, haloperidol y el litio.

PRONÓSTICO:

El 60 % de los niños con déficit de la atención e hiperquinesia si están sintomáticos cuando son adultos se consideran enfermos crónicos y si no se tratan aumenta el riesgo de divorcio, drogadicción, depresión, desórdenes de conducta y antisociales, cleptomanía, etc.

BIBLIOGRFÍA:

- 1.-OPS/OMS: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10. 1995;8-9.
- 2.-Boris M; Mandel FS : Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. *Ann Allergy*1994;72:5,462
- 3.-Haslam RH; Dalby JT; Rademaker AW: Effects of megavitamin therapy on children with attention deficit disorders. *Paediatrics*, 1984 Jul, 74:1,103.
- 4.-Mattes JA; Boswell L; Oliver H : Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults. *Arch Gen Psychiatry*1984;41:1059-63
- 5.-Zametkin AJ; Brown GL; Karoum F; Urinary phenethylamine response to d-amphetamine in 12 boys with attention deficit disorder. *Am J Psychiatry*, 1984;141:9,1055-1058.
- 6.-Brown RT; Wynne ME; Slimmer LW: Attention deficit disorder and the effect of methylphenidate on attention, behavioural, and cardiovascular functioning. *J Clin Psychiatry*, 1984;45:11, 473-476.
- 7.-Gastfriend DR; Biederman J; Jellinek MS: Desipramine in the treatment of adolescents with attention deficit disorder. *Am J Psychiatry*, 1984;141:7, 906-8
- 8.-Ferguson HB; Simeon JG: Evaluating drug effects on children's cognitive functioning. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*1984;8:4-6, 683.
- 9.-McBride MC: An individual double-blind crossover trial for assessing methylphenidate response in children with attention deficit disorder. [see comments] *J Pediatr*, 1988; 113:1 Pt 1, 137-45
- 10.-Kovacs M; Feinberg TL; Crouse Novak MA :Depressive disorders in childhood. I.A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:3, 229-237.
- 11.-Zametkin A; Rapoport JL; Murphy DL; Treatment of hyperactive children with monoamine oxidase inhibitors. II. Plasma and urinary monoamine findings after treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 1985;42:10, 969-73.
- 12.-Brown RT; Wynne ME; Borden KA; Methylphenidate and cognitive therapy in children with attention deficit disorder: a double-blind trial. *J Dev Behav Pediatr*, 1986; 7:3, 163-74
- 13.-Bond WS: Recognition and treatment of attention deficit disorder.*Clin Pharm*, 1987; 6:8, 617-24
- 14.-Weller EB; Rowan A; Elia J; Weller RA: Aggressive behavior in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*, 1999, 60,15:5-11.
- 15.-Starobrat Hermelin B; Kozielc T: The effects of magnesium physiological supplementation on hyperactivity in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Positive response to magnesium oral loading test. *Magnes Res*, 1997;10:2, 149-56
- 16.-Wigal T; Swanson JM; Douglas VI : Effect of reinforcement on facial responsively and persistence in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Behav Modif*, 1998;22:2, 143-66

- 17.-Biederman J; Milberger S; Faraone SV : Impact of adversity on functioning and co morbidity in children with attention-deficit peractivity disorder.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995;34:11, 1495-503.
- 18.-Block SL: Trastornos por déficit de la atención. Un modelo para la intervención con Medicamentos psicotrópicos en pediatría. Clin Ped North Am 1998;5:1047-1079.