

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias

J. Artigas Pallarés

Neuropediatra, Psicólogo. Unidad de Neuropediatría. Hospital de Sabadell.
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.
Centre Psycron. Sabadell, Barcelona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 4:S115-33

Josep Artigas Pallarés, 7280jap@comb.es

Resumen

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un problema de elevada prevalencia y gran trascendencia para el futuro de los niños que lo padecen. En este artículo se destaca el papel que puede asumir el pediatra en el manejo del TDAH. Se destaca la falta de profesionales y equipos diagnosticoterapéuticos capaces de asumir integralmente esta problemática. La implicación del pediatra en la salud integral del niño comporta que éste deba atender a un número considerable de pacientes con TDAH. Por dicho motivo, debe conocer a fondo las características y la trascendencia del TDAH con el fin de orientar adecuadamente las familias de niños con este problema. El papel del pediatra se inicia con la sospecha del diagnóstico. A partir de este momento, es necesario que el pediatra asuma el control y el desarrollo del proceso colaborando con otros especialistas implicados. Puesto que muchos niños con TDAH reciben medicación, independientemente de que ésta haya sido prescrita o no por el pediatra, es necesario que éste conozca bien el manejo y los efectos secundarios de los fármacos usados en el manejo del TDAH.

Palabras clave: TDAH, Atención, Hiperactividad, Conducta, Metilfenidato.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADH/D) is a highly prevalent problem with a great impact on the future of the children affected. In this article, we stress the role that the paediatrician can assume in the management of ADH/D. We wish to emphasise on the lack of professionals and diagnostic-therapeutic teams able to fully assume this type of problem.

The participation of paediatricians in children's general health implies attending a large number of patients with ADH/D. The paediatricians must therefore know the characteristics and transcendence of ADH/D in depth, in order to correctly orientate the families of the children affected with this problem. Their role starts with a diagnostic suspicion. From then on, they must assume the control and development of the process, collaborating with the other specialists implied. Paediatricians must also have a great knowledge of the drugs administered for ADH/D, since many children with this disorder are taking medication, whether prescribed by the paediatrician or another physician.

Key words: Attention deficit/hyperactivity disorder, ADH/D.

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Introducción

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) viene definido por un conjunto de características conductuales recogidas en el DSM-IV-TR¹, que se agrupan en síntomas relacionados con inatención, hiperactividad e impulsividad. Dichos síntomas se manifiestan en diferentes entornos (casa, escuela, actividades extraescolares) y deben alcanzar una magnitud suficiente para distorsionar los aprendizajes, las relaciones sociales o la adaptación familiar. La edad de inicio debe ser anterior a los 7 años, si bien esta condición está actualmente en discusión.

Según las conductas observadas se definen tres subtipos de TDAH: el predominantemente inatento, el predominantemente hiperactivo/impulsivo y el combinado.

El TDAH es un problema con una elevada prevalencia. Las cifras de prevalencia, según estimación de los expertos que intervinieron en el DSM-IV, se sitúan entre el 3 y el 7% de la población infantil¹. Esta opinión tiene en cuenta los distintos estudios sobre prevalencia llevados a cabo en diversos entornos, utilizando los criterios del DSM-IV.

El TDAH tiene una importantísima repercusión, no sólo para el propio paciente, sino también para la familia, la

escuela y la sociedad. Los niños con TDAH sufren más accidentes como peatones o conductores de bicicleta. La gravedad de los accidentes es mayor en niños con TDAH que en un grupo control². El ingreso en unidades de urgencias o en hospitales es sensiblemente mayor en niños con TDAH que en niños sin TDAH (81% por 74% y 26% por 18% respectivamente)³. En el aspecto económico cabe destacar que el coste sanitario de los niños con TDAH es más del doble que el de los niños sin TDAH³.

Un estudio de R. Barkley muestra que el 56% de niños con TDAH requiere ayuda especial en la escuela; que el 30% repite por lo menos un curso y que entre el 30-40% requiere programas de educación especial. Además, el 46% ha sufrido expulsiones escolares, en tanto que el 10-35% debe abandonar definitivamente la escuela^{4,5}.

Nos hallamos, pues, ante un problema de inicio en la infancia, que tiene una elevada prevalencia y cuyas consecuencias serán dramáticas si no se atiende a partir de los primeros síntomas, prestando la asistencia médica, psicológica, pedagógica y social que demanda.

Que duda cabe, por tanto, que el pediatra es un eslabón crítico en el manejo del TDAH. Sin embargo, si contemplamos el panorama en que se enmarca

la atención al TDAH, fácilmente nos percatamos del desconocimiento y la desidia que existen en torno a dicho problema. Pero sería tremendamente injusto centrar esta falta de sensibilidad en la figura del pediatra. La formación sobre el TDAH que se imparte en nuestras universidades es precaria y mal orientada. En los programas MIR apenas se contempla este problema. En la mayoría de protocolos de seguimiento del niño sano ni siquiera aparece. Entre los psiquiatras infantiles ni siquiera existe un consenso sobre la validez de tal diagnóstico. Los neuropediatras, en su mayoría, han considerado durante muchos años el TDAH como una patología menor, a la cual le han prestado poco interés. Muchos psicólogos tienden a explicar los trastornos del neurodesarrollo (TDAH, autismo, tics, ansiedad, etc.) como problemas derivados de una mala crianza, o traumas infantiles. La casi totalidad de los maestros no ha recibido ninguna formación ni información sobre el TDAH. Los hospitales no están dotados de unidades específicamente orientadas a los problemas neurocognitivos. El panorama, contemplado en su globalidad, resulta por tanto desolador.

Sólo en los últimos años se han visto proliferar en nuestro país jornadas, cursos y simposios orientados hacia este ti-

po de patología. En los congresos de psiquiatría infantojuvenil y neuropediatría están adquiriendo un peso los problemas de aprendizaje y conducta contemplados desde una vertiente neurobiológica. Están apareciendo nuevas alternativas al tratamiento farmacológico que permiten una mayor versatilidad al abordaje terapéutico. Los medios de comunicación, aunque tímidamente, y con cierta desorientación, reflejan la existencia del problema. Por todo ello no cabe ninguna duda de que en los próximos años el conocimiento del TDAH irá penetrando en los estamentos que le corresponden.

Entre tanto, se irá atendiendo a los niños con TDAH preferentemente por psiquiatras, neuropediatras y psicólogos que se han formado en dicha problemática y que se dedican a ella de forma preferencial. Por supuesto que el pediatra no debe quedar excluido, puesto que estamos en un problema infantil de elevada prevalencia, pero el pediatra debe afrontar un arduo camino determinado por su falta de formación previa, por la pobre disponibilidad de tiempo en la asistencia pública, por la dificultad de acceso a los medios de valoración psicométrica y por la poca agilidad que ofrece el sistema para el contacto con los otros profesionales in-

volucrados. A todo ello cabe sumar la desconexión entre el mundo de la escuela y el mundo de la sanidad.

Pero, a pesar de todo, el pediatra puede hacer mucho. Por ello nos hemos propuesto en este artículo intentar resolver una parte de las dudas que se plantean en las consultas pediátricas sin que quede el tema agotado en modo alguno.

¿Cuándo puede un pediatra sospechar TDAH?

Existe entre los pediatras la loable tendencia a tranquilizar a las familias ante las preocupaciones que constantemente genera la salud de los hijos. Si tomamos en consideración la banalidad de la inmensa mayoría de consultas que se hacen al pediatra, se entiende que esta actitud es de gran ayuda y permite a los padres contemplar la salud de sus hijos con mayor sosiego. Por el contrario, los pediatras alarmistas tienden a incrementar la ansiedad de las familias.

Sin embargo, nuestra clara defensa y admiración ante el pediatra tranquilizador no evitan que se detecte un terreno en el cual la tranquilización no es la medida más oportuna. La tranquilización inadecuada suele darse cuando un niño no cumple los parámetros esperados del

desarrollo: construcción de frases antes de los dos años, inicio de la lectura en primer curso de primaria, contacto e interacción social en la guardería como los demás niños, interés por el entorno, reciprocidad con la madre, capacidad para compartir un foco de interés, conducta adaptada al entorno. Ante un problema del neurodesarrollo, los primeros en detectarlo y preocuparse son los padres (habitualmente las madres). Entonces surgen preguntas, preguntas y preguntas que no hallan una respuesta convincente. La respuesta suele ser: "ya andará", "es un vago", "no te preocupes, ya madurará", "todos los niños son distintos", "te lo miras demasiado", "está muy mimado", "tiene celos", "no quiere hablar", etc.

El TDAH debe ser sospechado por el pediatra siempre que a través de la familia o el colegio le llegue a la consulta la preocupación por el rendimiento escolar o la conducta. El TDAH, junto con los trastornos del aprendizaje, genera un fracaso escolar en el 10-15% de la población infantil. Por ello, la sospecha del diagnóstico de TDAH no debe venir exclusivamente vehiculada a partir de la demanda por parte de la familia, sino que los controles pediátricos regulares deberían incluir preguntas sobre el rendimiento escolar y la conducta. Si existe

una problemática escolar o conductual, se debe contemplar como una de las hipótesis diagnósticas más probables el TDAH.

El niño hiperactivo no necesariamente se comporta como hiperactivo dentro de la consulta pediátrica. Tampoco un niño que se comporta hiperactivamente durante la consulta debe diagnosticarse, o ni siquiera sospechar, TDAH, simplemente por esta observación. En el TDAH el *ojo clínico*, interpretado literalmente, es un mal instrumento. Por el contrario, el *oído clínico* aporta la información necesaria.

Una vez establecida la sospecha, se pueden dedicar 10 minutos para revisar, a través de la entrevista, los criterios del DSM IV. El carácter ambiguo y subjetivo de éstos no permite adoptar una postura diagnóstica firme basada exclusivamente en ellos. Pero sí que es posible adoptar una clara postura de sospecha bien fundada y a partir de aquí ir avanzando.

Para valorar los criterios es preciso tener en cuenta ciertas recomendaciones:

- Un criterio es positivo cuando la conducta especificada se valora como problema y/o cuando ocurre con mayor frecuencia e intensidad que en la mayor parte de los niños. No debe perderse de vista que cier-

tos entornos pueden aumentar o disminuir la percepción de la conducta como conflictiva. En ciertas familias puede existir un nivel de tolerancia que condicione una falta de percepción como problema una conducta claramente hiperactiva. También puede ocurrir lo contrario.

- Algunas familias con un hijo con TDAH no valoran como problemáticas conductas del hermano, también propias de TDAH, simplemente por la razón de que no son tan disruptivas como las del hermano con TDAH.
- El criterio de inicio antes de los 7 años está muy cuestionado. Por tanto, no debe aceptarse de forma rígida.
- La condición referente a que debe existir repercusión en dos o más entornos no implica que se deban cumplir todos los criterios de TDAH en cada entorno, sino que únicamente exista alguna repercusión o manifestación del problema. En este caso, una vez más debe tomarse en consideración el nivel de tolerancia de los padres.
- Algunos autores de prestigio sostienen que el número de criterios en que se sustenta el diagnóstico se obtiene mediante la suma de los

que resultan positivos por los padres más lo que son considerados positivos por los maestros.

- La existencia de un trastorno generalizado de desarrollo, un trastorno de ansiedad o un trastorno bipolar puede simular un TDAH y, por tanto, ser motivo de confusión. Sin embargo, lo más común es la comorbilidad; por tanto, la presencia de uno de dichos trastornos no es excluyente por sí mismo del diagnóstico de TDAH.

Abordaje en la consulta pediátrica de los problemas relacionados con la medicación

El fármaco más utilizado para el tratamiento del TDAH es el metilfenidato (MTF). Actualmente es el único fármaco disponible en España que incluye en su ficha técnica la indicación para el TDAH.

El MTF está comercializado en nuestro país en dos presentaciones. Rubifen® y Concerta®. El primero es el MTF de liberación inmediata (MTFI); y el segundo, el MTF de liberación sostenida (MTFS). Con el MTFI se obtiene una respuesta aproximadamente de cuatro horas, mientras que con el MTFS la respuesta alcanza unas 12 horas.

Tanto el uno como el otro pueden presentar algunos problemas que, sin

duda, pueden ser motivo de consulta para el pediatra y ante los cuales se espera de él una respuesta.

Los problemas más frecuentes en el manejo del MTF son los siguientes:

1. **Efecto rebote (ER).** Una vez agotado el tiempo de respuesta terapéutica, alrededor del 30% de los niños presenta una reacción que consiste en un estado de nerviosismo, mal humor, impulsividad y deterioro de su conducta. Dicha reacción fue ya descrita en el año 1978⁶. Cuando se usa el MTFI en dos tomas (mañana y primera hora de la tarde), no es infrecuente que la familia tenga una percepción muy negativa sobre el efecto del fármaco, pues en realidad lo que perciben no es el efecto del MTF, sino el ER. Este efecto también puede ocurrir al mediodía, aunque suele pasar más desapercibido. Si no se toma en consideración esta posibilidad, se puede interpretar que hay una mala respuesta al fármaco y retirarlo inmotivadamente.

Este problema también puede ocurrir con el MTFS, aunque con una frecuencia mucho menor.

Prácticamente en todos los casos es posible solventar el ER. Ello se consigue administrando de forma regular una pequeña dosis (2,5-5 mg) de MTFI cuando se empieza a notar el ER.

2. Dificultad para conciliar el sueño.

El MTF puede causar un moderado insomnio en algunos niños. Sin embargo, es preciso tomar en cuenta dos posibilidades. En primer lugar, averiguar si el niño siempre ha tenido dificultades para dormir, pues en este caso no estamos ante un efecto colateral, sino ante un problema previo. Hay que tener en cuenta que el insomnio puede ser un problema inherente al TDAH, independiente del uso de MTF⁷. Otra opción que se debe tener en cuenta es que el MTF realmente produzca una disminución de las horas de sueño, pero que el niño duerma unas 8 ó 9 horas, con una buena calidad de sueño y sin mostrar signos de somnolencia diurna. En estos casos se puede obviar el problema, considerando que su repercusión es prácticamente nula. También puede ser necesario convencer a los padres de que algunas normas rígidas en referencia a que los niños deben acostarse temprano carecen de sentido.

Eliminadas las dos posibilidades citadas, existen distintas opciones. En primer lugar se debe averiguar si el insomnio se produce en el contexto de un ER. En este caso se debe actuar resolviendo el ER. Eliminada esta posibilidad se debe actuar del siguiente modo. Si se administra MTF, es preciso adelantar lo más

posible la dosis de la mañana. Incluso se puede recomendar que sea administrada la primera toma antes de la hora habitual de despertar. Se puede despertar al niño, momentáneamente alrededor de las siete de la mañana, hacerle tomar la medicación y dejarlo que vuelva a dormir hasta su hora habitual. En el caso de estar recibiendo MTFI, se debe adelantar tanto como sea posible la tercera toma de la tarde; o bien disminuir la tercera dosis.

Si estas medidas no surten efecto, se puede recomendar melatonina (3-6 mg) media hora antes de acostarse. Otra opción es la clonidina (Catapresan®), en dosis única nocturna (0,05-0,1 mg). Sin embargo, cualquier otro hipnótico suave, con cuyo manejo esté habituado el pediatra, puede ser útil.

3. Pérdida de apetito. Es quizás el efecto colateral detectado con mayor frecuencia, no tanto por su trascendencia, como por la repercusión en el entorno familiar que suele tener una pérdida de apetito. Sin embargo, es preciso notar que a pesar de que es frecuente una disminución del apetito en el almuerzo, no suele ocurrir durante la cena. Incluso es posible tener más apetito a esta hora. En este caso, es posible equilibrar la dieta aumentando el aporte calórico durante la cena, siempre y

cuando exista una clara evidencia de pérdida de peso. Pero en ningún caso se debe forzar al niño a comer. También puede ser útil permitir o sugerir que haga varias ingestas ligeras de comida a lo largo del día. En casos extremos, en los que exista una evidente pérdida de peso superior al 25%, y se hayan utilizado las medidas anteriores, se puede recomendar suspender la medicación durante los fines de semana y periodos vacacionales.

4. Tics. Está muy extendida la opinión de que el MTF puede agravar los tics en niños con trastorno de Tourette o incluso provocar dicho trastorno en niños que nunca habían presentado tics. Esta opinión se sustenta en publicaciones antiguas, basadas en casos aislados⁸⁻¹⁰, o bien en alguna experiencia personal. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la acción del MTF sobre los tics es mínima^{11,12}. Incluso en los casos en que exista un claro incremento de tics, no es preciso suprimir el MTF, sino simplemente con una reducción de dosis se alcanza una mejoría. En los raros casos que con estas recomendaciones no se resuelva el problema, se debe reservar el manejo del caso al especialista, pero en modo alguno retirar de entrada el MTF si se muestra eficaz en el control del TDAH.

Evaluación pediátrica. Exámenes complementarios

En todo niño con diagnóstico de TDAH es preciso tomar en consideración problemas médicos que pueden estar relacionados con dicho trastorno, ya sea como causa subyacente o como diagnóstico diferencial.

Por ello se debe llevar a cabo una completa historia médica orientada al TDAH, un examen físico y, en algunos pocos casos concretos, pruebas complementarias.

La historia médica se puede realizar entregando un formulario en forma de cuestionario, como el que se expone en el anexo 1. Si se dispone de poco tiempo, es posible entregar el cuestionario a la familia para que una vez rellenado lo devuelva a la consulta. Dicho cuestionario recoge los datos de antecedentes, desarrollo y los síntomas propios del TDAH de acuerdo con los criterios del DSM IV. En este punto es preciso hacer hincapié en no caer en el error de usar exclusivamente un cuestionario como instrumento diagnóstico. Sin embargo, sí que puede aportar datos para llevar a cabo una investigación más profunda.

En la valoración del TDAH no está indicada ninguna prueba complementaria, excepto en el caso de sospechar al-

guna entidad específica, tal como se expone en la tabla I.

Una revisión sobre el valor de las pruebas complementarias aporta el dato de que no son útiles en la evaluación rutinaria del niño con TDAH las siguientes pruebas: hematocrito/recuento de hematíes, niveles de plomo en sangre, estudios de neuroimagen, EEG y CPT (continuous performance test). A pesar

de que niveles elevados de plomo en período preescolar pueden estar en relación con síntomas conductuales, dichos niveles se normalizan en la edad escolar. Está descrita como causa muy rara de TDAH la resistencia a la hormona tiroidea¹³; sin embargo, en estos casos existen claros síntomas de disfunción tiroidea en período preescolar. Estos datos no son contradictorios con el

Tabla I. Causas médicas de TDAH

1. Patología prenatal
 - a. Madre fumadora
 - b. Consumo de alcohol durante la gestación
 - c. Retraso de crecimiento intrauterino
 - d. Infección intrauterina
2. Patología perinatal
3. Enfermedad crónica sistémica
4. Patología infecciosa del sistema nervioso
5. Encefalopatía postraumática
6. Epilepsia
7. Trastornos neurocutáneos
8. Trastornos genéticos
 - a. Síndrome X frágil
 - b. Síndrome velocardio facial
 - c. Síndrome de Turner
 - d. 47 XXX
 - e. 48 XXXX
 - f. Síndrome de Klinefelter
 - g. 47 XYY
 - h. 48 XXYY
9. Trastornos degenerativos del SNC
10. Desnutrición grave
11. Intoxicación crónica por plomo
12. Resistencia a la hormona tiroidea
13. Trastorno del sueño
14. Trastorno de Tourette/tics
15. Efectos secundarios de fármacos

hecho de que algunas de estas pruebas muestran claras diferencias estadísticamente significativas entre niños con TDAH y niños sin TDAH, pero no poseen la suficiente sensibilidad y especificidad para ser recomendadas en la práctica clínica, pues su carácter probabilístico puede generar errores graves. No debe perderse de vista que el gold estándar es la valoración clínica basada en la interpretación de los criterios del DSM IV.

El valor del EEG en la rutina asistencial de TDAH sólo resulta útil en el caso de sospecha de epilepsia, especialmente si existe una clínica sugestiva de ausencias. En una reciente revisión exhaustiva sobre el valor del EEG en la valoración del TDAH¹⁴, se llega a las siguientes conclusiones: 1) el EEG es interesante desde el punto de vista de investigación, pero tiene poco interés en la práctica asistencial; 2) el valor discriminativo con otros trastornos neuropsiquiátricos es muy pobre; 3) puede predecir la respuesta favorable al MTF en un 70-80% de los casos (cifra similar a la predicción hecha al azar, si se tiene en cuenta que este mismo porcentaje es el de la tasa de respuesta en general). Por otro lado, si se toma en consideración el elevado porcentaje de electroencefalogramas "alterados" que se pueden detectar en

la población general, resulta que el EEG no sólo no es, en la mayoría de casos, un instrumento útil, sino que puede generar interpretaciones erróneas o, lo que es peor, generar tratamientos injustificados con drogas antiepilépticas.

La administración de MTF tampoco requiere análisis de control.

Comorbilidad en el TDAH

Kadesjo y Gillberg¹⁵ hallaron en una muestra de 409 niños de 7 años de una escuela principal de Suecia, seguidos durante 2-4 años, los siguientes hallazgos: 1) el 87% de los diagnosticados de TDAH tenía uno o más diagnósticos comórbidos; 2) el 67% tenía dos o más diagnósticos comórbidos; 3) los diagnósticos comórbidos más frecuentes eran: trastorno de conducta de oposición desafiante y trastorno del desarrollo de la coordinación; 4) los niños con TDAH incompleto también tenían altas tasas de comorbilidad (71 y 36%); y 5) entre los que no tenían TDAH únicamente mostraban alguno de los trastornos comórbidos sólo el 3 y el 17%. La conclusión es que la forma pura de TDAH es un trastorno raro en la población general.

La tabla II muestra los trastornos del neurodesarrollo que muestran comorbilidad con el TDAH¹⁶.

La elevada comorbilidad es posiblemente el aspecto que aporta mayor complejidad al manejo del TDAH. No se debe diagnosticar TDAH sin haber hecho un despistaje de los posibles trastornos comórbidos. Ello obliga a realizar una valoración que permita excluir o identificar cualquiera de dichos trastornos. Si no se identifica un retraso mental leve o una capacidad límite, además de poder dar lugar a errores diagnósticos, impedirá realizar el abordaje pedagógico adecuado. Si no se identifica un trastorno de ansiedad, no será posible recomendar un tratamiento ajustado. Entre los niños con TDAH, del 8 al 39% muestran dislexia¹⁷. Puesto que la dislexia contribuye tanto o más que el TDAH al fracaso escolar,

siempre hay que pensar en ella con el fin de indicar una valoración de la capacidad para la lectura y la escritura en el caso de sospecha. En algunos casos puede ser muy difícil el diagnóstico diferencial con el trastorno de Asperger o con un trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el TDAH.

Es posible que el pediatra no esté habituado a identificar los procesos que pueden ser comórbidos con el TDAH. Si este es el caso, se hace necesaria una valoración por un psiquiatra infantil o neuropediatra expertos en trastornos del neurodesarrollo. Casi siempre será necesaria una valoración psicométrica mediante los test orientados a identificar los trastornos expuestos en la tabla II.

Tabla II. *Trastornos que muestran comorbilidad con el TDAH*

1. Trastorno de Tourette/trastorno obsesivo-compulsivo
2. Trastornos generalizados del desarrollo
 - a. Trastorno autista
 - b. Trastorno de Asperger
 - c. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
3. Trastorno de la comunicación (trastorno específico del lenguaje)
4. Trastornos del aprendizaje
 - a. Dislexia
 - b. Discalculia
 - c. Disgrafía
 - d. Trastorno del aprendizaje no verbal
5. Trastorno del desarrollo de la coordinación
6. Trastornos de conducta
7. Trastornos de ansiedad
8. Depresión y otros trastornos afectivos
9. Retraso mental

Profesionales que intervienen en el tratamiento del TDAH

La oferta asistencial para el TDAH es muy diversa en función de la formación y el interés que puedan tener por dicho problema las distintas unidades de psiquiatría infantil o neuropediatría. Esta situación comporta que no se pueda establecer un protocolo asistencial que defina los flujos que deberían regular la atención al TDAH.

Algunos pediatras pueden sentirse muy interesados por el TDAH. Esta actitud, desgraciadamente minoritaria, es muy loable puesto que contribuye a paliar la precariedad asistencial. En estos casos es preciso que el pediatra distribuya su horario de visita de forma que le permita disponer del tiempo suficiente para abordar bajo unas condiciones mínimas de calidad los problemas del aprendizaje y la conducta. La necesidad de tiempo es evidente si se toma en consideración la trascendencia de un diagnóstico de TDAH. Un tiempo mínimo para una primera visita con fines diagnósticos no debería ser inferior a una hora para un profesional con experiencia en este tipo de problemas. En el caso de sospecha de comorbilidad o mínimas dudas diagnósticas, lo cual ocurre en la mayoría de casos, se impone la necesidad de una valoración psicométrica que debe incluir como mínimo: una esca-

la de inteligencia (WISC IV o K-ABC), un despistaje de trastornos del aprendizaje (dislexia, discalculia, trastorno del aprendizaje no verbal) y un despistaje de problemas psiquiátricos comórbidos. Puesto que los centros de asistencia básica no suelen disponer de psicólogo, de forma precaria, se podría solventar esta deficiencia si se consigue una colaboración entre el pediatra y los equipos escolares de orientación psicopedagógica. Establecido el diagnóstico se impone una vez más otra visita larga que permita hacer comprensible el problema a las partes interesadas. Es conveniente proporcionar a las familias material escrito que ayude a entender el TDAH. Además, puesto que en el manejo del TDAH juega un papel importante el colegio, se debe proporcionar un informe escrito, razonando el diagnóstico, la comorbilidad y el plan terapéutico establecido. La tabla III muestra las condiciones mínimas para atender el TDAH en una consulta pediátrica.

En el manejo del TDAH también es necesario disponer de medios para valorar la respuesta farmacológica. Ello puede llevarse a cabo mediante el uso de cuestionarios para los maestros y para la familia. La escala EDAA¹⁸ o la escala SNAP-IV¹⁹, basada en los criterios del DSM-IV, pueden resultar útiles para monitorizar la respuesta.

Tabla III. Condiciones mínimas para el tratamiento integral del TDAH en la consulta pediátrica

- Formación en TDAH, trastornos del aprendizaje y trastornos psiquiátricos comórbidos
- Tiempo no inferior a una hora para primeras visitas y entregas de resultados
- Acceso a estudio psicológico si se debe descartar comorbilidad (mayoría de los casos)
- Conocimiento e interpretación de las pruebas psicométricas más comunes
- Disponibilidad para elaborar informes
- Disponibilidad para contactos personales o telefónicos con otros profesionales

En el caso de que el pediatra no se sienta cómodo y seguro en el manejo del TDAH, deberá contar con un referente de confianza donde remitir sus pacientes. No se trata tanto de determinar a qué especialidad se debe dirigir al paciente, sino que se trata de determinar qué profesional o equipo del entorno ofrece garantías sobre el manejo del TDAH; partiendo de la razonable esperanza de que progresivamente se vaya incrementando el número de psiquiatras infantiles y neuropediatras que orienten sus intereses en este sentido.

La figura 1 ilustra los flujos que describen el circuito asistencial para los niños con TDAH. El pediatra deberá escoger el trayecto 1, 2 ó 3 de acuerdo con su formación en TDAH y la disponibilidad local de especialistas.

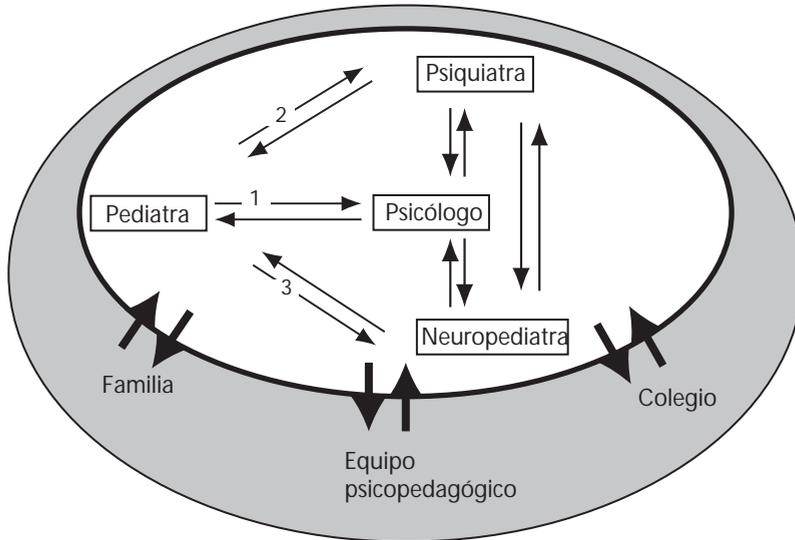
Otra cuestión que debería controlar el pediatra es desconfiar de diagnósticos

positivos o negativos sobre TDAH realizados desde profesionales o metodologías de poca confianza en este campo: psicólogos y psiquiatras de orientación psicodinámica rígida, neurólogos poco interesados en el terreno neurocognitivo, profesionales ajenos al campo médico (maestros), pruebas neurobiológicas (EEG, potenciales evocados). También es una seria responsabilidad del pediatra desaconsejar prácticas terapéuticas carentes de validez científica, tales como la optometría, el entrenamiento auditivo (Tomatis), ejercicios de lateralidad, etc²⁰.

Algunos consejos para los padres

Cuando se atiende a un niño con TDAH, siempre se debería contemplar que el pediatra está participando en una de las situaciones más trascendentes para la vida del niño y de la familia. El diagnóstico y las medidas que se adop-

Figura I. Circuito asistencial en el TDAH.



ten van a cambiar sensiblemente la dinámica familiar, la comprensión del niño y el proyecto de futuro. Ello ilustra la trascendencia de la actuación y la responsabilidad que asume el pediatra. Puesto que no se trata de un problema vital, las consecuencias de una buena o mala actuación sólo van a ser perceptibles a largo plazo. Es por tanto muy importante lo que se diga y cómo se diga.

Después de un diagnóstico, el primer paso consiste en explicar exhaustivamente en qué consiste el TDAH, haciendo hincapié en: la base biológica, la ausencia de culpa de los padres, la constatación de que es un problema importante y en la

necesidad de colaboración de los estamentos implicados en la educación. Es muy útil proporcionar información escrita e informar sobre asociaciones locales de TDAH que pueden colaborar en la información y gestión de recursos.

Se deberán proporcionar a los padres pautas de actuación ante las conductas disruptivas derivadas del problema y asesorar sobre el manejo del niño en el día a día (anexo 2). En casos en los que exista comorbilidad con trastorno de oposición desafiante, trastorno de ansiedad o cualquier otra patología psiquiátrica, deberá ser el psiquiatra y/o el psicólogo especializado quien asuma este papel.

Anexo 1

Información del niño y de la familia

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento, edad

Teléfono

Colegio, curso, ¿recibe algún tipo de educación especial en el colegio? Si la respuesta es si, ¿de qué tipo?

¿Es un hijo adoptado?

Estado civil de los padres: casados, separados, divorciados

Nombre del pediatra del niño

Otros niños de la familia: nombre, edad, curso escolar

Historia médica y del desarrollo

Embarazo y parto

Duración de la gestación (a término, 40 semanas, 32 semanas, etc.)

Edad de la madre cuando el niño nació

Peso del niño al nacer

¿Ocurrió alguna de las siguientes circunstancias durante la gestación o el parto? (Sí / No): hemorragia; aumento de peso durante la gestación superior a 12 kg; toxemia/preeclamsia; incompatibilidad Rh; náuseas o vómitos frecuentes; enfermedad importante o accidente; ¿tomaba medicación?, ¿cual?; ¿consumía bebidas alcohólicas?; si la respuesta es si, ¿cuántas tomas a la semana?; ¿fumaba cigarrillos?; si la res-

puesta es si, ¿cuántos al día?; ¿el parto fue inducido?; ¿ fórceps, cesárea, parto de nalgas?; ¿ otros problemas?; por favor, descríbalos.

¿Alguna de las siguientes condiciones afectó a su hijo durante el parto o en los primeros días después de nacer? (Sí / No): lesionado durante el parto; dificultad para respirar después del parto; ¿necesitó oxígeno?; ¿nació morado?; ¿se puso amarillo?; ¿tuvo una infección neonatal?; ¿tuvo convulsiones?; ¿nació con una malformación?; ¿estuvo ingresado más de cuatro días?

Estado de salud y temperamento

Durante los primeros 12 meses, su hijo tenía / era (Sí / No): dificultades para ser alimentado; dificultades para dormir; cólicos; dificultad para regular horarios; espabilado; alegre; cariñoso; sociable; fácil de consolar; muy activo, siempre en movimiento; muy tozudo.

Primeras fases del desarrollo

¿A qué edad consiguió su hijo lo siguiente?: sentarse sin ayuda; gatear; andar solo, sin ayuda; primeras palabras con significado (papá, mamá...); unir dos palabras (mamá, agua...); control de las cacas, día y noche; control del pipí, día y noche.

Historia médica

¿En algún momento su hijo ha tenido lo siguiente? (Nunca / Pasado / Actual): asma; alergia; diabetes, artritis, enfermedad crónica; epilepsia o convulsiones; convulsiones febriles; problemas de corazón; fracturas; heridas que han requerido suturas; trauma con pérdida de conciencia; intervención quirúrgica; ingreso hospitalario prolongado; problemas de lenguaje o articulación; infecciones de oído; dificultades de audición; problemas de visión; problema de motricidad fina o escritura; torpeza motora; problemas de apetito; problemas de sueño; problema de control de las deposiciones; problemas de control urinario; ¿otros problemas de salud?

Anexo 2

Algunos consejos para padres de niños con TDAH

- Acepten a su hijo tal como es y además hánganselo notar.
- Cárguense de paciencia, tolerancia y comprensión.
- Háganle notar que no padece una deficiencia mental.
- Sean indulgentes.
- Denle muchas oportunidades.
- Promuevan su participación en actividades extraescolares que le gusten y en las que pueda ser brillante.
- Dedíquense un tiempo especial, para hablar, para jugar, sin dar “buenos consejos de padres”.
- Trátenlo siempre con gran respeto.
- Permitanle y facilitenle expresar sus sentimientos, miedos e ideas, escuchando con interés y sin contradecirle.
- Denle opción a opinar y participar en la toma de decisiones.
- Ayúdenle a incrementar su autoestima.
- No sean críticos con cuestiones triviales (forma de vestir, peinado, modo de hablar, gustos personales).
- Anímenlo, motívenlo, pónganse de su parte.
- No utilicen el sarcasmo, la reprimenda continua o la crítica reiterada.
- Guíenlo, ayúdenlo, denle soporte.
- Sean flexibles, ofrézcanle opciones.
- Sean simpáticos y divertidos.
- Reconozcan y premien las cosas buenas, aunque puedan parecer insignificantes. Presten mucha mayor atención a las buenas conductas que a las malas.
- Los premios y castigos sólo tienen sentido si son inmediatos.
- Un castigo nunca debe ser duro y siempre ha de tener un principio y un final.

- Castíguenle únicamente por una mala conducta, no por su carácter o por su forma de ser.
- No le humillen nunca ni le pongan en evidencia ante otras personas.
- Denle siempre órdenes muy concretas, claras y fáciles de realizar monitorizando directamente su respuesta.
- Háblenle en un tono de voz normal. No le chillen.
- No pierdan el control.
- Háblenle siempre directamente, mirándole a la cara y asegurándose de que recibe claramente el mensaje.
- Háganle notar que es normal cometer errores.
- Facilítenle la posibilidad de pedir ayuda.
- Protéjanlo del estrés innecesario y de la frustración.
- Mantengan unas expectativas realistas.
- Denle estructura, no caos.
- Sean consistentes y previsibles.
- Ayúdenle a organizarse y estructurar su trabajo.
- Prepárenlo con tiempo para los cambios.
- Permítanle tener válvulas de escape.
- Eviten situaciones en las cuales ya saben de entrada que van a ser conflictivas o tienen altas posibilidades de serlo (ejemplo: obligarle a acudir a una boda).
- Establezcan pocas normas y que sean importantes.
- No intenten abordar todos los problemas.
- Ignoren las "malas conductas" que no tienen una importancia decisiva (ejemplos: decir palabrotas, no comer lentejas, andar descalzo, sentarse mal en la silla, levantarse durante la comida).
- Proporcionen un entorno simple, con pocos objetos, fácil de ordenar.
- Si estas normas no funcionan o les cuesta aplicarlas, busquen ayuda profesional que les aporte pautas para manejar la conducta del niño.
- La terapia directa con el niño tiene una eficacia muy limitada.
- No confíen en un profesional que le exija un número largo e indefinido de sesiones terapéuticas con el niño, y que no le explique claramente cuáles son los objetivos y la forma de alcanzarlos.
- No confíen en un profesional que no expresa un diagnóstico claro y que les ofrece a sus preguntas respuestas ambiguas o difíciles de entender. Desconfíen de diagnósticos tales como: bloqueo emocional, falta de madurez y problemas de lateralidad.

- Desconfíen también cuando oigan que “no me gusta poner etiquetas”.
- Desconfíen de métodos que carecen de aval científico para tratar el TDAH: optometría, Tomatis, entrenamiento de la literalidad, terapia sacrocraneal, dietas, grandes dosis de vitaminas, musicoterapia, terapias con animales, psicomotricidad, terapia psicoanalítica.
- Asegúrense de que los profesionales que lo atienden tienen formación y experiencia en TDAH.
- Repita, repita, repita. No se canse de repetir; y, además, sin enfadarse.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 ed.-revisión de texto). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
2. DiScala C, Lescossier I, Barthel M, Li G. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1998;102:1415-21.
3. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2001;285:60-6.
4. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58:775-89.
5. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:546-57.
6. Rapoport JL, Buchsbaum MS, Zahn TP, Weingartner H, Ludlow C, Mikkelsen EJ. Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. *Science*. 1978;199:560-3.
7. Chatoor I, Wells KC, Conners CK, Seidel WT, Shaw D. The effects of nocturnally administered stimulant medication on EEG sleep and behavior in hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1983;22:337-42.
8. Sleator EK. Deleterious effects of drugs used for hyperactivity on patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Clin Pediatr*. 1980;19:453-4.
9. Lowe TL, Cohen DJ, Detlor J, Kremenitzer MW, Shaywitz BA. Stimulant medications precipitate Tourette's syndrome. *JAMA*. 1982;247:1729-31.
10. Golden GS. The relationship between stimulant medication and tics. *Pediatr Ann*. 1988;17:405-6.
11. Palumbo D, Spencer T, Lynch J, Co-Chien H, Faraone SV. Emergence of tics in children with ADHD: impact of once-daily OROS methylphenidate therapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004;14:185-94.
12. Tourette's Syndrome Study Group. Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology*. 2002;58:527-36.
13. Weiss RE, Stein MA, Refetoff S. Behavioral effects of liothyronine (L-T3) in children with attention deficit hyperactivity disorder in the pre-

sence and absence of resistance to thyroid hormone. *Thyroid*. 1997;7:389-93.

14. Loo SK, Barkley RA. Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Appl Neuropsychol*. 2005;12:64-76.

15. Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:487-92.

16. Artigas-Pallares J. Comorbilidad en el trastorno de déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003;36 (Supl 1):S68-78.

17. August GJ, Garfinkel BD. Comorbidity of

ADHD and reading disability among clinic-referred children. *J Abnor Child Psychol*. 1990;18:29-45.

18. EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Farre E, Narbona J. Madrid: Tea Ed.;1997.

19. Swanson JM. The SNAP-IV Teacher + Parent Rating Scale. James M, Swanson, PhD, University of California;1994.

20. Committee on Children With Disabilities. Learning disabilities, dyslexia, and vision: a subject review. *Pediatrics*. 1998;102:1217-9.

