

Conferencia de Fenández-Mayoralas

El TDAH es una enfermedad real, es un trastorno neurobiológico, hay cientos de estudios que lo demuestran, cuyos factores anatómicos están bastante estudiados como la afectación en la corteza frontal principalmente, también otras áreas del cerebro como los ganglios basales.

Es un trastorno muy heterogéneo, un TDAH no es igual que otro TDAH, son muy diferentes unos de otros. Se caracterizan por una atención lábil y dispersa, por una impulsividad y por una inquietud. Pero no todos tienen impulsividad o inquietud, algunos sólo tienen una atención lábil y dispersa y viceversa, así tenemos un tipo en el cual sólo exista una impulsividad exagerada y no una atención lábil, de tal forma que estos pacientes con un diagnóstico prácticamente idéntico son bien diferentes entre sí, desde una niña más bien pasiva que está en clase sin moverse en absoluto, sin atender nada y sin llamar la atención, hasta un niño que no para de hablar con sus compañeros, que quita la goma al compañero que está al lado, que no para de moverse continuamente. Son muy diferentes desde el punto de vista conductual, hasta el punto de que los padres se confunden y dicen, pero ¿cómo puede ser que mi hija o mi hijo tengan un TDAH si no es hiperactivo? Pues porque existe el TDA sin hiperactividad.

Es un trastorno crónico que va evolucionando sintomatológicamente según van pasando los años, la tendencia natural es que la hiperactividad vaya desapareciendo con el tiempo, la impulsividad permanezca un poco más pero también suele mejorar bastante con la edad, el tema atencional es el que fundamentalmente persiste un poco más de forma crónica. No siempre dura toda la vida. Se ha pasado de pensar que a los 18 años el TDAH ya se acababa a pensar que es para toda la vida y no se trata de una cosa ni otra, el cerebro va madurando, algunos pacientes padecen el TDAH toda la vida y otros, sobre todo si están bien tratados y orientados desde el principio dejan probablemente de ser sintomáticos con el tiempo, yo diría que la mayoría.

Es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia con una incidencia del 5, 6 o 7% , puede variar según los estudios, los países, etc. y tiene una

alta comorbilidad, es decir, el TDAH aislado sin que exista ninguna otra cosa unida a él, ningún otro trastorno, es relativamente frecuente pero es más frecuente, sobre todo cuando más mayores son que existan otras patologías asociadas al TDAH, puede ser ansiedad, puede ser depresión, trastornos de aprendizaje, unidos al mismo que es muy importante tenerlo en cuenta porque si no el chaval no va a funcionar bien y para eso es preciso hacer un buen diagnóstico antes de hacer un tratamiento.

Por definición el TDAH se caracteriza por hiperactividad, impulsividad, son niños incapaces de estarse quieto, hablan en exceso, que no guardan su turno apropiadamente, que interrumpen la actividad de otros y luego por otro lado tendríamos el déficit de atención, niños que se distraen ante estímulos que no son relevantes, descuidan las actividades diarias, parece que no escuchan las instrucciones, que cuando se les hablan no hacen caso, parece que están focalizados, juegan a video juegos, computadoras, no terminan las tareas o tienen que depender de sus padres para terminarlas.

La clasificación siempre ha sido una fuente de conflicto con los padres porque no entendían muy bien por qué se denominaba una enfermedad de una determinada forma sin coincidir con los síntomas. Nosotros utilizamos el DSM IV porque la CIE 10 no contempla el déficit de atención sin hiperactividad y nos hace inviable poder utilizarlo adecuadamente. Entonces los pacientes que tienen los síntomas de déficit de atención y además los síntomas de hiperactividad e impulsividad, se llama TDAH de tipo combinado. Pero si un paciente cumple más criterios de inatención y menos de hiperactividad e impulsividad se denomina TDAH subtipo con predominio de déficit de atención. El tercero sería el de predominio hiperactivo-impulsivo. El DSM V tratará de subsanar estos errores y se ha propuesto un nuevo tipo de TDAH que se llamaría trastorno por déficit de atención de presentación inatenta restrictiva, en el cual sí que tendría los criterios de falta de atención tal y como se cumplen ahora pero no habría más de dos síntomas de hiperactividad e impulsividad.

Los nueve criterios de falta de atención serían:

- . No prestar atención a los detalles, comete errores por descuido en las tareas escolares.
- . Dificultad para mantener la atención en ciertas tareas, a veces en tareas gratificantes aunque la mayoría de los niños no tienen dificultad para mantener la atención en tareas gratificantes y eso no excluye el diagnóstico en absoluto.
- . No parece escuchar lo que se les dice cuando se les habla directamente
- . No sigue instrucciones.
- . No termina las tareas.
- . Dificultades para organizar sus tareas.
- . Evita tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- . Pierde cosas que son necesarias para hacer sus actividades escolares, no apunta las cosas en la agenda, olvidar los libros necesarios para hacer un examen.

Tiene que cumplirse seis de estos nueve, presentarse durante más de seis meses y tiene que tener repercusión negativa derivada de la presencia de estos síntomas, si no hay repercusión no hay trastorno.

En cuanto a hiperactividad e impulsividad hay 9 criterios también, seis de hiperactividad y 3 de impulsividad:

- . Mover manos y pies.
- . Levantarse en situaciones en las que se supone que no tiene que hacerlo.
- . Corretear en situaciones inadecuadas.
- . Dificultad para relajarse.
- . Estar continuamente en marcha, como si tuviera un motor.
- . Hablar en exceso
- . Contestar a preguntas antes de terminar de formularlas.
- . No esperar turnos.

. Interrumpir conversaciones o forzarlas.

También más de seis durante más de seis meses.

Además de existir estos tres subtipos (combinado, inatento o hiperactivo-impulsivo) existe un cuarto del que nunca se habla que es el TDAH no especificado en el que no se llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos. En el año 94 se metieron a pacientes del sexo femenino, pero pueden meterse también del sexo masculino con menos frecuencia, que tienden a ser tímidas, pasivas con tendencia a tener una velocidad de procesamiento lento y a no cumplir los criterios de inatención que dependen de la voluntad, porque suelen ser voluntariosas y trabajadoras, termina las tareas (sí a las cinco de la mañana pero las termina) y no llegan a cumplir todos los criterios diagnóstico y resultaba que con el tratamiento mejoraban muchísimo. Este tipo hay que tenerlo en cuenta.

En cuanto a los síntomas: actitud negativa, cosas sin hacer, llevarle a jefatura de estudios, mala letra (que con medicación o sin ella se ve la diferencia), trabajos sucios.

Todos estos síntomas tienen que estar presentes antes de los siete años, aunque esto también se va a modificar en el DSM V poniéndolo antes de los 11 o 12 años, sobre todo ahora que el espectro del TDAH se va a ampliar al adulto, aunque en mi experiencia profesional estos síntomas ya se ven antes de los siete años, otra cosa es la repercusión o que veas que es un problema importante. Además tienen que estar presentes en dos o más ambientes, eso no significa que los síntomas vayan a ser iguales en dos o más ambientes, sino que no sólo están restringidos a un ambiente porque eso es más típico de los trastornos de conducta, fundamentalmente el trastorno disocial o del TND que es muy frecuente comórbido con el TDAH. Pero sí que va a haber diferencias entre los ambientes porque en medios estructurados y más individualizados, tienden a rendir mejor que en medios colectivos. Y tiene que haber una clara evidencia de una afectación personal, familiar, académica, social y ocupacional, es decir tiene que estar repercutiéndole en su vida, tiene que estar afectando al niño, a la familia y tiene que estar teniendo problemas porque el niño tiene estos síntomas. El trastorno existe porque

hay problemas derivados del trastorno, es decir si cumple los criterios pero no tiene problemas no tiene el trastorno.

Funciones ejecutivas: no hay una dirección consensuada universalmente en lo que son las funciones ejecutivas, he puesto aquí la más prevalente, ya que no las definen igual todos los especialistas. En general son los procesos mentales mediante los cuales resolvemos problemas de forma deliberada. Problemas internos como resultados de una actividad creativa, conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos, motivacionales; y problemas externos son el resultado de la relación del individuo y su entorno. Entonces la meta de las funciones ejecutivas es resolver estos problemas de una forma eficaz.

Se ubican en la corteza prefrontal que es la parte del cerebro más anterior de todas y es la más desarrollada en los seres humanos. Los neurotransmisores más implicados son la dopamina y la noradrenalina.

Son la capacidad de inhibición, el lóbulo frontal es el lóbulo inhibitorio por excelencia, es el lóbulo que hace que refrenemos nuestra conducta ante determinadas circunstancias; de una forma similar tiene que ver con el control de las emociones, la resistencia al cambio y por otro lado la memoria de trabajo que está dentro de las funciones ejecutiva pero que no es una función ejecutiva si no que es una parte de ellas que sería equivalente a una memoria RAM de una computadora que se caracteriza por ser la función que planifica y que organiza. Todas estas funciones a su vez llevarían al autocontrol inhibitorio, tanto inhibición como control emocional, la capacidad de flexibilidad cognitiva que es la capacidad para poder cambiar y la memoria de trabajo hace la metacognición. El tdah tiene que ser capaz de hacer cosas, pero no es un problema de que no sepa qué hay que hacer, el problema es que no es capaz de hacerla, que es diferente. Todo esto nos lleva a una composición ejecutiva global que sería la suma de las funciones ejecutivas.

No van a estar todas las funciones ejecutivas alteradas en el TDAH, cada uno tendrá afectada una u otra.

La etiología del trastorno es muy heterogénea porque ningún trastorno que tiene una prevalencia de un cinco o seis por ciento tiene una causa

única, tiene muchas causas, hay una serie de genes en los cuales se observa que el tamaño y el efecto que tienen sobre el trastorno es escaso, esto quiere decir que hay unos cuatrocientos genes involucrados en la producción del tdah, algunos en solitario, otros en combinación de uno o dos genes, otros son tres genes. Cada uno de los genes que están afectados contribuye muy poco porque son muchos y entonces cada uno puede tener uno o muchos alterados y no se puede detectar así como así.

Sabemos que la dopamina está muy involucrada, porque está mal regulada a nivel de la corteza prefrontal y su relación con los ganglios basales y también está implicada la noradrenalina, aunque en menor medida. También sabemos que cuando damos dopamina a los pacientes con TDAH no funciona, por tanto no se trata de un trastorno que se deba solamente a que haya una falta de dopamina sino que se debe a una mala regulación de la misma en algunas estructuras muy concretas y a su relación con otros neurotransmisores.

A parte de la genética, que es el factor más importante de todos, la interacción con los factores ambientales puede influir en cómo se desarrolle el TDAH.

Aunque el diagnóstico, en principio, es exclusivamente clínico es muy importante valorar la comorbilidad porque si no estaremos frenando constantemente el diagnóstico y el tratamiento, porque el tratamiento no es un indicador del diagnóstico. Hay que diagnosticar bien antes de tratar. Empezaremos por una entrevista clínica, que es lo más importante. Luego tenemos escalas Conners, etc. luego la exploración física que puede servir para identificar a algunos pacientes sintomáticos. Pruebas complementarias como EEG, RM, analítica. Test psicológicos de inteligencia global WISC IV, test de lectura ya que más del 35% tiene problemas de lectura PROLEC, test de atención un par de ellos.

El TDAH tiene una alta comorbilidad con los trastornos del lenguaje moderado o grave que llevan de forma indefectible a la dislexia en sus diversos grados.

También se asocia con trastornos de desarrollo de la coordinación: torpeza psicomotora.

También con trastorno de aprendizaje no verbal que suelen ser niños que se caracterizan por tener bajo razonamiento perceptivo, tendentes a la pasividad, al retraimiento social.

A otros factores psiquiátricos de competencia social: TND (pacientes irascibles, característicamente sí pueden ser diferentes en los ambientes puede ser solamente en casa o en el cole, discutidores, pierden los estribos con mucha frecuencia, que desafían, no aceptan las normas). Y trastorno disocial, menos frecuente, se da en adolescentes y en adultos se llama trastorno disocial de la personalidad.

Trastornos de tipo afectivo como la depresión, más frecuente la ansiedad u otros trastornos más graves como el bipolar.

También con Tourette, el 80 % de pacientes con Tourette tienen trastorno de atención, sin embargo un 7% de pacientes con TDAH tienen tics crónicos.

La epilepsia es muy frecuente que se asocie con trastornos de atención.

Problemas de sueño.

Si el diagnóstico es precoz la persistencia en el adulto será menor.

El TDAH influye en todos los aspectos de la vida, no sólo en el académico. El tratamiento va encaminado a prevenir trastornos comórbidos sobre todo los trastornos de conducta y a disminuir los síntomas, a que mejore sus habilidades sociales, su aprendizaje, su autoestima el estrés familiar.

El mejor tratamiento es el combinado, farmacológico, pedagógico y/o psicológico dependiendo de la comorbilidad.

Los tratamientos farmacológicos que más se usan son el metilfenidato y la atomoxetina. El metilfenidato no es una anfetamina ni funciona como tal. Los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito y el sueño de conciliación. Menos frecuentes cefaleas, dolor abdominal, a veces tics. No genera adicción y repercute poco en la talla final (acaso uno o dos cm si se sobrepasa los 2mg por peso al día, algo infrecuente). A veces el fármaco puede sentar mal si tiene TGD, niños muy pequeños o con trastorno de ansiedad previo, esto no indica que no tenga TDAH si no

que al ser un fármaco que aumenta el nivel de vigilia puede empeorar este problema.

En niños menores de seis años, cuando ya no funciona el tratamiento psicosocial y psicoeducativo, que debe ser el primero en estos niños, dirigido a los padres, también se puede usar medicación.

El metilfenidato tiene tres presentaciones de liberación inmediata (Rubifén), media (medikinet) o prolongada (Concerta), 4,8 o 12 horas.

La diferencia del metilfenidato y la atomoxetina es que el 1º inhibe la recaptación de dopamina y el 2º la noradrenalina. Por eso tiene un efecto más retardado, alrededor de un mes y no se ven los efectos hasta que no lleva tres meses de tratamiento (es la mayor desventaja). En cuanto a reacciones adversas comparte la disminución del apetito pero sin embargo tiene más problemas de somnolencia y dolor gástrico, sobre todo si lo ponen de prisa. Es más efectivo en pacientes con ansiedad o tics.

Preguntas:

¿Insomnio de conciliación? Muy bueno el Melamil, es inocuo.

¿Efectos cardíacos? No hay riesgo, salvo que haya una cardiopatía de base o reacciones como palpitaciones, que normalmente se relacionan más con ansiedad, se deriva al cardiólogo para la valoración.

¿Cuánto tiempo tienen que estar con el tratamiento? Lo que el paciente necesite, cuanto antes empieces antes va a poder terminar, el cerebro del paciente madura más y mejor cuando está con tratamiento. Cada dos años se puede hacer una prueba de retirada si hay dudas de que pueda seguir mejorando. No hay un número de años explícito, y no dura toda la vida.

¿Omega 3 o alternativas dietéticas? Respecto al omega 3 es posible que haga algo pero no hay estudios fiables al respecto. Quizás si el paciente no come nada de pescado sería aconsejable.

¿Farmagen (test genético) es fiable? Van a sacar uno nuevo. Sirve, teóricamente, para ver si un paciente responde mejor a una u otra terapia

o qué riesgos hay de que desarrolle otros trastornos, pero de momento la base científica es escasa.

¿Cómo afecta el alcohol en los adolescentes medicados? Potencia el Concerta y da sensación de falso autocontrol.

¿Efecto de la medicación en niños con TDAH y autismo? Si un paciente con TEA tiene problemas de atención es conveniente tratar y mejoran notablemente. Son ansiosos por naturaleza y les sienta peor porque se ponen más irritables, pero se puede combinar.