

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. XXX Jornada de Pediatría de Gipuzkoa

Arreta faltaren nahasmendua eta hiperaktibitatea. Gipuzkoako XXX. Pediatría Jardunaldia

P. Gorrotxategi Gorrotxategi

La sección de Gipuzkoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria celebró la XXX Jornada de Pediatría de Gipuzkoa en el salón de actos del Colegio.

El tema principal de la Jornada, que versaba sobre psiquiatría infantil, fue el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Es un tema controvertido y recientemente el Infac (Información Farmacoterapéutica de la Comarca) había publicado un número en el que se indicaba que en los últimos años se observaba un aumento de los diagnósticos y tratamientos por este problema⁽¹⁾, concluyendo que el TDHA se trata de un problema de manejo y diagnóstico complejo, en torno al que existen muchas controversias, existiendo el riesgo de diagnóstico erróneo, de prescripción inadecuada y de problemas de seguridad debidos al exceso de uso de medicamentos, aconsejando, en caso de iniciar tratamiento farmacológico, realizar una revisión anual del mismo, para evaluar la necesidad de continuar o no el tratamiento.

Ejerció de moderador Xabier Txakartegi Etxeberria, pediatra de Gernika, experto en estos temas⁽²⁾ y convencido de que el correcto manejo del TDAH supone un diagnóstico temprano y un seguimiento por un equipo multidisciplinar, donde el pediatra de Atención Primaria (PAP) podría ser la piedra angular al menos en los casos no complicados, que representarían más de la mitad de todos ellos⁽³⁾. Hizo un repaso inicial del problema, insistiendo que no era un problema nuevo, sino que había existido desde siempre:

“El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una entidad que ha adquirido gran repercusión desde hace algunas décadas, tanto por el conocimiento de los problemas académicos, psicológicos, familiares y sociales que pueden tener los niños que lo padecen, como por la posterior comprobación de que muchas alteraciones psiquiátricas y sociales del adolescente y del adulto ocurren en sujetos que padecen o han padecido TDAH desde la infancia. En muchas ocasiones, el TDAH ha sido considerado como un problema nuevo y actual, incluso inventado por algunos médicos y la industria farmacéutica, sin embargo, el TDAH tiene más de cien años de existencia. En 1902, Still consideraba que los niños afectados tenían “mal

control moral”. Más amable pero no menos preocupada, la emperatriz da Austria María Teresa, madre de María Antonieta, reina de Francia, a la que quería mucho, describía así la conducta de su hija: “María Antonieta ama el movimiento, sube y baja, baja y sube sin parar, siempre comienza acciones nuevas que no termina nunca, su comportamiento es un desenfreno, un despilfarro de una energía mal empleada en una muchacha bien dotada e inspirada por la naturaleza, habla mal y escribe peor, tanto en alemán como en francés, se aparta de los consejeros razonables que le exigen algún esfuerzo y, cuando se equivoca en los pasos de baile, son los músicos los que han tocado mal, ella no ha errado el paso”. Es una descripción que puede servir perfectamente en la actualidad para hacer un perfil de comportamiento de un individuo con TDAH.

Seguramente, los individuos con TDAH han jugado un papel importante en la exploración de nuestro planeta. Así se deduce de estudios genéticos de poblaciones autóctonas en las que se observa una mayor prevalencia de uno de los genes relacionados con el TDAH (alelo 7R del gen DRD4 del cromosoma 11) según esté la población más alejada, en el espacio y en el tiempo, de África, donde surgió el Homo sapiens. Si la mutación 7R pudo haber sido ventajosa para la humanidad como grupo en un larguísimo período de tiempo, en la actualidad puede constituir una desventaja para el individuo que la tiene. Lo mismo ocurre con otras mutaciones tal como alguna que facilita el ahorro de energía que, habiendo sido ventajosa para el individuo en épocas de hambruna, deviene en facilitadora de la obesidad en el momento actual.

Desde hace unos años existe una progresiva atención para los niños afectados de TDAH pero, dada su magnitud, éste tendría que caracterizarse como un problema de salud pública con implicación de diversos estamentos como el sanitario, educativo y servicios sociales, además del familiar. El pediatra de atención primaria podría constituir, con el fin de articular los distintos ámbitos, la piedra angular para el diagnóstico temprano y el seguimiento, tanto en los casos no complicados como en los complicados con intervención, en este caso, de otros especialistas. Toda vez que hay muchos pediatras no familiarizados o poco familiarizados con el TDAH, los organizadores de

este acto han pretendido con esta mesa-seminario, donde intervienen un pediatra de AP, un neuropediatra y un paidopsiquiatra, acercarnos a esta realidad. Se pretende asimismo que aquellos pediatras de AP ya familiarizados con el seguimiento del TDAH profundicen en sus conocimientos y adquieran nuevos recursos en su quehacer con estos niños"⁽⁴⁾.

A continuación intervino la Dra. Alfonso Lora Espinosa, pediatra del Centro de Salud Puerta Blanca (Málaga) y ponente habitual en los cursos de actualización de la Asociación Española de Pediatría de atención primaria⁽⁵⁾. Igual que el Dr. Txakartegi, la Dra. Lora opina que el pediatra de atención primaria debe tomar parte en el proceso de diagnóstico y tratamiento del niño con TDAH. Desde la pediatría de atención primaria conocemos los factores de riesgo que pueden influir en la aparición del TDAH, sean neonatales (bajo peso al nacimiento, apgar bajo, convulsiones neonatales) o sociales. Repasando las guías de práctica clínica hay una disparidad entre ellas. La guía española recomienda que ante la sospecha de TDAH el niño sea derivado a la atención especializada, pero la guía ICSI⁽⁶⁾ indica que el que se debe hacer cargo del proceso es el que sepa y pueda, siendo en muchos casos el PAP esa persona, y derivando a la atención especializada solo los casos espaciales. Considera que es responsabilidad del PAP que el niño con TDAH no sufra y sea adecuadamente diagnosticado y tratado. El TDAH se yuxtapone en ocasiones a los trastornos del aprendizaje y el niño puede tener fracaso escolar. Para el diagnóstico insiste en la necesidad de que los dos padres sean entrevistados por separado, si es preciso programando consultas diferenciadas para recibir la información de ambos progenitores y para el tratamiento el medicamento inicial debe ser el metil-fenidato, sustituyéndose este, en caso de fracaso terapéutico, por la atomoxetina.

La Dra. Itxaso Martí Carrera, neuróloga infantil del Hospital Universitario Donostia, indicó que el problema para el diagnóstico del TDAH es que hay niños normales, sin el trastorno, que también son inatentos y tienen algo de hiperactividad, siendo la persistencia,

la intensidad y el hecho de que dichas características le impidan llevar una vida normal lo que lleva a identificar el trastorno. En la edad preescolar no se ha producido la maduración prefrontal, pero hacia los 6 años sí. En los niños en que no se da esa maduración aparecen los síntomas de TDAH. Suele haber comorbilidad con alteraciones del lenguaje, trastornos del aprendizaje, tics, retraso mental (síndrome X frágil o síndrome alcohólico-fetal) y autismo. En ocasiones se observa desde muy pequeños alteraciones compatibles con TDAH, en esos casos hay que estudiar si existe un cociente intelectual muy bajo o un trastorno del aprendizaje como causa de dichos síntomas.

El tercer ponente fue el Psiquiatra de la OSI Bidasoa Miguel Moreno Íñiguez y que antes había trabajado en la Unidad de psiquiatría de menores del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid. Es autor del capítulo "Manejo en casa del TDHA" dentro de la monografía TDHA origen y desarrollo⁽⁷⁾. En su opinión, existe una disregulación emocional, hay inseguridad, baja autoestima y dificultad en las relaciones interpersonales. Se puede asociar a cuadros de ansiedad, depresión, quejas somáticas y alteraciones de la conducta. Considera que a pesar de que en ocasiones hay que indicar tratamiento farmacológico, se pueden utilizar terapias conductuales basadas en el halago y en recalcar los aspectos positivos del niño para que éste sienta más seguridad en sí mismo con lo que a veces se logra mejoría clínica sin tratamiento farmacológico.

Sobre los efectos secundarios de estos fármacos, la Dr. Martí comentó que solo están contraindicados en antecedentes familiares de muerte súbita y que en el resto de los casos no se precisa un ECG previo al tratamiento.

La ficha técnica sí indica que es preciso tomar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, el peso y la talla, además de los antecedentes familiares de muerte súbita, ya comentados. E indica que el pulso y la presión se deben tomar en cada cambio de medicación y posteriormente cada 6 meses, tanto para la atomoxetina como para el metil fenidato y el peso y la talla cada 6 meses para este último^(8,9).

CONCLUSIÓN

Como conclusión de la mesa redonda, todos los ponentes opinaban que, dada la frecuencia de este trastorno y la imposibilidad de que todos los niños que lo padecen sean derivados a la atención especializada, sea neurología o psiquiatría, el pediatra de atención primaria se debería hacer cargo de los casos no complicados.

Las ponencias de la Dra. Itxaso Martí⁽¹⁰⁾ y de la Dra. Lora⁽¹¹⁾ se encuentran en la página Web de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria.

Tras esta mesa redonda, el resto de los temas tratados fueron los "Trastornos del espectro autista", a cargo del psiquiatra de la Policlínica-Gipuzkoa y del centro GAUTENA, el Dr. Joaquín Fuentes Biggi, y "La prevención de la obesidad infantil", por el Dr. Gerardo Rodríguez, de Zaragoza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicado? Una reflexión. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pk-farm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_vol_21_n_5_TDAH.pdf
2. Txakartegi Etxebarria X, Fernández Pérez M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas Rev Ped Atención Primaria. 2006; 8 (Supl 4): 39-55.
3. Fernández Pérez M, Eddy Ives LS, Rodríguez Molinero L, Txakartegi Etxebarria X. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Atención Primaria: pasado y perspectivas. Rev Ped Atención Primaria. 2007; 9 (Supl 2): 101-12.
4. Txakartegi Etxebarria X. Palabras introductorias de la XXX Jornada de Pediatría de Gipuzkoa. 19-10-13.
5. Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. Trastornos de aprendizaje en el niño con TDAH. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 23-26.
6. ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary care for School-Age Children and adolescents, Diagnosis and Management. Disponible

- en: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/adhd/
7. Moreno Íñiguez M. Manejo en casa del TDHA. En: TDHA origen y desarrollo. Madrid: Instituto Tomás Pascual Sanz; 2012. p. 135-145.
 8. Ficha Técnica Concerta®. Resumen de las características del producto. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=ver-FichaWordPdf&codigo=65171&formato=pdf&formulario=FICHAS&file=ficha.pdf>
 9. Ficha Técnica Strattera®. Resumen de las características del producto. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=ver-FichaWordPdf&codigo=67660&formato=pdf&formulario=FICHAS&file=ficha.pdf>
 10. Martí i, Lafuente M. La atención al niño y adolescente con Trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDAH) desde la neurología pediátrica. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa13/TDAHneurologia.pdf>
 11. Lora Espinosa A. La atención al niño y adolescente con Trastorno por déficit de atención /hiperactividad desde el pediatra de atención primaria. <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa13/TDAHenAP.pdf>