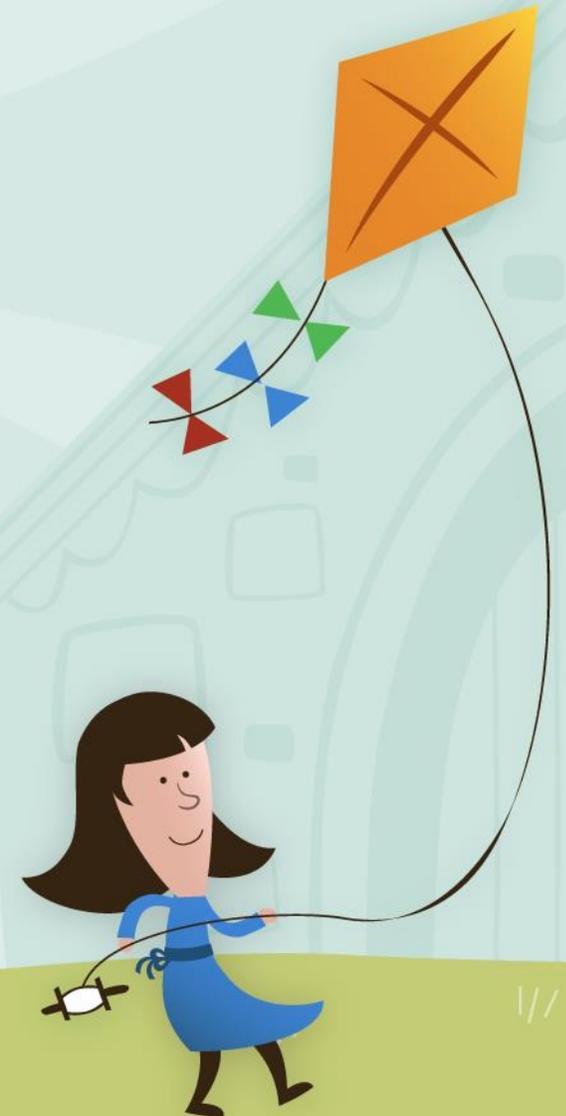


# Trastorno déficit de atención / hiperactividad

Dra. Luisa Prüssing S.  
CR. Pediatrico  
HRLBO



# DEFINICIONES

## Trastorno por déficit atencional (TDA / TDAH):

Según la OMS, se encuentra bajo el grupo de los Trastornos Hiperkinéticos, definidos como: “Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo” (CIE-10).



# Trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad

Trastorno de origen neurobiológico

Trastorno del Neurodesarrollo

Cuadro clínico que se identifica cuando se presentan **déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad**, en forma **persistente**, y **en más de uno de los ambientes de vida** del niño, niña o adolescente.



## Definición

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad para prestar atención, actividad excesiva e impulsividad (actuar antes de pensar). El TDAH suele identificarse cuando los niños están en edad escolar, pero es posible diagnosticarlo en cualquier momento, desde el preescolar hasta la madurez.

www.shutterstock.com · 192407381



# ETIOLOGÍA



## FACTORES GENÉTICOS

50% familia 1er grado

92% gemelos homocigotos

## AMBIENTE PRENATAL

TBQ, OH

Cafeína, mala alimentación

DM gestacional, stress materno...

## OTROS

Exposición metales pesados, productos químicos



Trastorno de déficit de la atención



Trastorno de déficit de atención con hiperactividad



Trastorno de hiperactividad – impulsividad

→ SUBTIPOS

# EPIDEMIOLOGÍA



Problema de salud mental **más frecuente** en niños, niñas y adolescentes.

Diagnóstico neurológico más frecuente en APS.

Estudios internacionales prevalencia escolares es entre 3% - 5%

En estudios nacionales → **6,2%**.  
Relación hombre: mujer de 4:1 – 9:1



# IMPORTANCIA PESQUISA Y TRATAMIENTO



- Puede persistir a la vida adulta.
- Sin tratamiento riesgo de desarrollar trastorno personalidad antisocial y abuso sustancias.
- Abuso OH y drogas ~ trastornos disociales → disminuye con tratamiento.
- Rechazo de sus pares, conductas disruptivas.
- Alta tasa de accidentabilidad, mayor riesgo de conducta disocial y deilctiva, OH, drogas y lesiones.



# CRITERIOS DIAGNOSTICOS

DSM V

CIE 10



- Más de 6 meses de evolución.
- Síntomas presentes antes de los 12 años.
- Afecta significativamente la dinámica escolar, familiar o social.



**A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):**

**1. Inatención:** **Seis (o más)** de los siguientes síntomas se han mantenido durante **al menos 6 meses** en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y **que afecta directamente** las actividades sociales y académicas/laborales:



CRITERIOS DSM V



# 1. Inatención

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).



# 1. Inatención

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).



# 1. Inatención

- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).



# 1. Inatención

- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).



**2. Hiperactividad e Impulsividad:** **Seis (o más)** de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos **6 meses** en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las **actividades sociales y académicas/laborales**:



CRITERIOS DSM V



## 2. Hiperactividad e Impulsividad

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.



## 2. Hiperactividad e Impulsividad

e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).



B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban **presentes antes de los 12 años**.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están **presentes en dos o más contextos** (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los **síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral**, o reducen la calidad de los mismos.



CRITERIOS DSM V

- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico **y no se explican mejor por otro trastorno mental** (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).



•**Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.



CONSULTA MÉDICA

Entrevista realizada por médico  
para diagnóstico clínico

fuentes múltiples tales como padres/  
cuidadores

DIAGNÓSTICO  
PSICOSOCIAL

**CONFIRMACIÓN**

**DIAGNÓSTICA**

Evaluación de síntomas específicos  
y comorbilidad

Informe escolar, incluyendo  
cuestionario TOCA-RR o test de  
Conners abreviado

~~ESTUDIOS DE LAB  
TEST  
PSICOLÓGICOS~~



PROGRAMA  
**Habilidades  
para la Vida**



PREVENCIÓN  
PRIMARIA

Programa  
HpV

TOCA-R

PSC

FR y  
conductas  
desaptativas

Profesores

Aspectos vida  
cotidiana

Padres

Población infantil y adolescente sin HpV  
TEST DE CONNERS ABREVIADO



# NIVELES DE ATENCION DE SALUD

## NIVEL PRIMARIO:

- Centros de Atención primaria de Salud (CESFAM)
- Centros de Salud Mental Familiar (COSAM)

## NIVEL SECUNDARIO:

- Policlínico de Neurología infantil HRLBO



# TRATAMIENTO INTEGRAL

## 1. Intervenciones psicosociales

1. Psicoterapia

1. Habilidades parentales

1. Habilidades sociales

1. Intervenciones educativas

1. Actividades recreativas

1. Grupos de autoayuda



## Tratamiento farmacológico

Primera línea: estimulantes

Metilfenidato y anfetamina

Mayor eficacia y seguridad

De Lunes a Viernes y suspender en vacaciones



Inicio de tratamiento farmacológico acorde con el siguiente esquema:

PESO (Kg)	1° semana	2° semana
< 30 kg	5 mg	10 mg
30 kg a 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 5mg
> 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 10mg

- Dosis recomendadas de metilfenidato: 0,3-1,0 mg. por kilo. de peso
- No iniciar con dosis mayor de 0,3 mg. por kilo de peso
- Dosis habitual: 5 a 40 mg/día (dosis máxima: 60 mg/día)
- Se debe cambiar a otro medicamento en caso de efectos no deseados persistentes y que interfieran con el normal funcionamiento o desarrollo del niño o niña
- Ver Anexo 6 sobre efectos no deseados (8, 30, 42)



# METILFENIDATO

- Control a las 2 y 4 semanas de iniciado el tratamiento.
- Respuesta positiva: disminución síntomas en al menos dos ambientes.  
Mantener tratamiento y controlar en 4 semanas.
- Respuesta negativa: ajustar dosis y evaluar en 4 semanas.  
Si continúa 3 meses, reevaluar diagnóstico y/o cambio de fármaco.

Inicio de tratamiento farmacológico acorde con el siguiente esquema:

PESO (Kg)	1° semana	2° semana
< 30 kg	5 mg	10 mg
30 kg a 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 5mg
> 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 10mg

- Dosis recomendadas de metilfenidato: 0,3-1,0 mg. por kilo. de peso
- No iniciar con dosis mayor de 0,3 mg. por kilo de peso
- Dosis habitual: 5 a 40 mg/día (dosis máxima: 60 mg/día)
- Se debe cambiar a otro medicamento en caso de efectos no deseados persistentes y que interfieran con el normal funcionamiento o desarrollo del niño o niña
- Ver Anexo 6 sobre efectos no deseados (8, 30, 42)



# METILFENIDATO

- Control a las 2 y 4 semanas de iniciado el tratamiento.
- Respuesta positiva: disminución síntomas en al menos dos ambientes.  
Mantener tratamiento y controlar en 4 semanas.
- Respuesta negativa: ajustar dosis y evaluar en 4 semanas.  
Si continúa 3 meses, reevaluar diagnóstico y/o cambio de fármaco.

## Contraindicaciones metilfenidato

- Sensibilidad previa a estimulantes
- Glaucoma
- Enfermedad cardiovascular sintomática
- Hipertiroidismo
- Hipertensión arterial
- Abuso previo de estimulantes a menos que estén siendo tratados en un programa con controles periódicos
- Si un miembro de la casa tiene una historia de abuso de estimulantes deben tomarse las medidas necesarias para resguardar el uso
- Uso concomitante con inhibidores de la MAO
- Psicosis
- Epilepsia no bien controlada con anticonvulsivos



**a. REACCIONES ADVERSAS A TRATAMIENTO<sup>3</sup>  
(Metilfenidato y Anfetamina)**

<b>SEVERAS</b> (Requiere reducción de la dosis o discontinuación)	<b>MODERADAS</b> (Puede requerir disminución de la dosis y no se puede aumentar)	<b>LEVES</b> (mantenerse expectante)
Anorexia severa	Anorexia moderada	Anorexia leve
Insomnio severo (+ 1,5 horas)	Insomnio moderado (1 a 1,5 horas)	Insomnio leve (- 1 hora)
Tics nuevos, marcados o severos	Tics nuevos pasajeros	Tics pasajeros, menores que no causan problemas
Cefalea severa	Cefalea moderada	Cefalea leve
Calambres intolerables	Calambres moderados	Calambres leves
Alergia en piel severa	Alergia en piel moderada	Alergia en piel leve
Ansiedad severa	Ansiedad moderada	Ansiedad leve
Irritabilidad severa que lleva a la agresión	Irritabilidad moderada	Irritabilidad leve
Depresión severa no pre-existente	Depresión moderada no pre-existente	Depresión leve
Alucinaciones	Alucinaciones cuestionables	
Psicosis		



# TDAH Y COMORBILIDADES

TRASTORNO	TASA APROXIMADA EN NIÑOS CON TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM) / retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TCDM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10- 54% dificultades expresivas
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60%
Trastorno disocial	14,3%
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	10,9%
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2–5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	3,8% / 2,2%
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%

# SEGUIMIENTO

- Controles cada 3 meses
- Control con médico al inicio y fin del año escolar
- Visitas domiciliarias en niños con mayores FR, gravedad, adherencia o respuesta insuficiente.
- Reevaluar a cada paciente al inicio del año escolar para evaluar egreso



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE NEUROLOGÍA HOSPITAL REGIONAL LBO

- Trastorno Específico de Aprendizaje
- Con contraindicaciones al uso de metilfenidato, psicoestimulantes (glaucoma, enfermedades cardiovasculares, síntomas de hipertiroidismo, hipertensión arterial, abuso previo de estimulantes por parte del paciente o familiares cercanos.
- Con mala respuesta a metilfenidato
- Con discapacidad intelectual, sin diagnóstico, ni tratamiento



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE NEUROLOGÍA HOSPITAL REGIONAL LBO

- Con comorbilidad neurológica
- Con sospecha de trastorno sensorial
- Con patología pediátrica crónica
- Preescolar (menores de 6 años)



## CRITERIOS DE DERIVACIÓN : A CENTROS DE SALUD MENTAL O COSAM

1. TDAH, con patología psiquiátrica asociada
2. TDAH con Disfunción familiar y trastorno de conducta asociado
3. Maltrato Infantil, por falta de habilidades parentales y manejo deficientes
4. Pacientes con TDAH, compensados, con continuidad de tratamiento farmacológico



# CONTRARREFERENCIA A APS

**Se realizará contrarreferencia a establecimiento de APS de origen a aquellos casos que reúnan las siguientes características:**

- Paciente con diagnóstico de TDA / THDA en tratamiento con Metilfenidato (únicamente),
- No presenta Trastorno de conducta
- No hay antecedentes de Disfunción Familiar
- No presenta riesgo de deserción escolar
- No presenta comorbilidad Neurológica que requiera seguimiento y control en nivel secundario.



# BIBLIOGRAFÍA

- *Minsal*: Ministerio de Salud de Chile. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). Ministerio de salud / subsecretaria de salud publica división de prevención y control de enfermedades / departamento de salud mental programa de salud del adolescente y joven. 2008.
- *Minsal*: Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ediciones Unidad de Salud Mental. 2ª Edición, Chile. 2001
- *Urzúa M, Domic S, Cerda C, Ramos B, Quiroz E.*: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizado. Rev. chil. pediatr. v.80 n.4 Santiago ago. 2009.
- *Dirección servicio de salud Coquimbo*: Protocolo de manejo en el nivel primario de atención y derivación al nivel de especialidad de niños que presentan THA. Chile, Diciembre 2014.
- <http://www.tdahytu.es/manual-para-diagnosticar-el-tdah-dsm-5/>
- *Quintero J, Martín M, Alcindor P, Pérez-Templado J*: Prevención en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S93-7
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Cataluña; 2010.



# FIN



# Gracias

