

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

enero abril 2004

volumen 34

número I

SUMARIO

EDITORIAL

Nuestro Boletín está incluido
en el Índice Médico Español

G. Rodríguez Martínez

**Importancia del diagnóstico y manejo del trastorno
por déficit de atención con hiperactividad**

M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

ARTÍCULOS ESPECIALES

**Atención ginecológica en la consulta pediátrica
de atención primaria. Parte III**

J.V. González Navarro

**Trastorno por déficit de atención
con o sin hiperactividad (TDA-H)**

M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

CARTAS AL DIRECTOR

Aceite de oliva y cáncer

J. Fleta Zaragoza

SESIONES DE LA SOCIEDAD

**Propuesta de evaluación del trastorno
por déficit de atención. Recursos actuales**

M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil





BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Revista de Formación Continuada
de Pediatría bajo el patrocinio del



Órgano de expresión fundamental
de la Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria

Con la colaboración de



Edita:

**Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria**

Paseo de Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza

Dep. legal:

M. 21. 402-1970

I.S.S.N.:

1.696-358-X

Imprime:

TIPOLINEA, S.A.

Publicación autorizada por
el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

Fundador:

Luis Boné Sandoval

Dirección:

Gerardo Rodríguez Martínez

Secretaria de redacción:

Pilar Samper Villagrasa
Santa Teresa de Jesús, 21, 3.º
50006 Zaragoza

Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://www.comz.org/spars/spars.html>

Junta directiva:

Presidente:

Ángel Ferrández Longás

Vicepresidente 1.º:

Juan Elías Pollina

Vicepresidente 2.º:

Miguel Labay Matías

Secretario General:

Elena Bello Andrés

Secretario de Actas:

Fernando Guirado Jiménez

Tesorero:

Manuel Ruiz-Echarri Zalaya

Bibliotecario

y Director del Boletín:

Gerardo Rodríguez Martínez

Vocal por Huesca:

Jorge Fuertes Fernández-Espinar

Vocal por La Rioja:

Jesús Felipe González

Vocal por Soria:

Agustín López López

Vocal por Teruel:

Enrique Berdún Chéliz

Vocal por Zaragoza:

Máximo Pérez Gascón

Vocal de Pediatría

Extrahospitalaria:

José Mengual Gil

Consejo de redacción:

Director:

G. Rodríguez Martínez

Secretaria de Redacción:

Pilar Samper Villagrasa

Consejo de Redacción:

L. Alonso Tomás
C. Baselga Asensio
F. Cucalón Manzanos
F. De Juan Martín
J. Fleta Zaragoza
M.V. Labay y Matías
A. Lacasa Arregui
A. Lázaro Almarza
C. Loris Pablo
J.L. Olivares López
I. Pastor Mourón
V. Pérez-Chóliz
L. Ros Mar
F. Valle Sánchez

Presidentes de honor:

A. Martínez Martínez
E. Casado de Frías
L. Boné Sandoval
L. Ros Lavín
J. M.ª Mengual Mur
M. A. Soláns Castro
A. Sarría Chueca
A. Baldellou Vázquez
M. Bueno Sánchez
M. Adán Pérez

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

enero
abril
2004
volumen 34
número I

SUMARIO

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de
ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

EDITORIAL

- 7 **Nuestro Boletín está incluido en el Índice Médico Español**
G. Rodríguez Martínez
- 8 **Importancia del diagnóstico y manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad**
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

ARTÍCULOS ESPECIALES

- 9 **Atención ginecológica en la consulta pediátrica de atención primaria. Parte III**
J.V. González Navarro
- 13 **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H)**
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

CARTAS AL DIRECTOR

- 27 **Aceite de oliva y cáncer**
J. Fleta Zaragozano

SESIONES DE LA SOCIEDAD

- 29 **Propuesta de evaluación del trastorno por déficit de atención. Recursos actuales**
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil



January
april
2004
volume 34
number 1

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

CONTENTS

EDITORIAL

- 7 *Our Bulletin has been included in the Spanish Medical Index «Índice Médico Español»*
G. Rodríguez Martínez
- 8 *Importance of diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder with hyperactivity*
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

SPECIAL ARTICLES

- 9 *Gynecological attention in pediatric primary consultation. Part III*
J.V. González Navarro
- 13 *Deficit hyperactivity disorder with or without hyperactivity*
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil

LETTERS TO THE DIRECTOR

- 27 *Olive oil and cancer*
J. Fleta Zaragozano

SOCIETY SESSIONS

- 29 *Proposal about attention deficit hyperactivity disorder evaluation. Topical resources*
M.C. García Jiménez, J. López Pisón, J. Mengual Gil



ARAGON - LA RIOJA - SORIA

Nuestro Boletín está incluido en el Índice Médico Español

Gerardo Rodríguez Martínez

Director del Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2004;34: 7]

Queridos compañeros:

Me complace informaros que nuestro Boletín ha sido registrado en la base de datos denominada Índice Médico Español (IME). Como todos sabéis, el formato de publicación del «Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria» fue modificado, desde el primer número de 2003, para intentar cumplir las normas de aceptación/selección del registro IME. Entre otros, el principal cambio realizado fue la traducción del título y resumen de los artículos al inglés. Además, siguiendo con las normas del IME, se solicitó un nuevo ISSN para publicaciones periódicas al Centro Nacional Español del ISSN de la Biblioteca Nacional porque el antiguo (nº 0211-2051) fue retirado, a partir del año 1985 (vol 15), cuando el nombre de «Boletín de la Sociedad Aragonesa de Pediatría» se cambió por el actual. A partir de ahora, la inclusión del Boletín en el IME se hará constar en la página inicial de todos los números.

El *Index Medicus* es el registro internacional más importante de resúmenes de revistas médicas prestigiosas, sobre todo en lengua inglesa, con una vía de difusión principal en Internet llamada MEDLINE. Por otro lado, el IME es la mayor base de datos de revistas médicas de investigación en lengua española. La elaboración del IME viene coordinada por el Profesor Rafael Aleixandre Benavent, del Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universidad de Valencia). En Internet también existe un buscador gratuito del IME donde se detallan los títulos, autores y resúmenes de los artículos de las revistas registradas. Nuestro Boletín aparecerá próximamente en este buscador que depende del CSIC de Madrid y cuya dirección en Internet es la siguiente: <http://bddoc.csic.es:8080/IME/BASIS/ime/web/docu/SF>

La inclusión del Boletín en el IME no hubiera sido posible sin el esfuerzo de todos los que habéis colaborado al enviar vuestros trabajos, con los correspondientes resúmenes en inglés y el formato del texto adaptado a las normas de publicación. Ahora, al estar registrado en el IME, el Boletín aporta una serie de beneficios para los miembros de nuestra Sociedad. Las nuevas ventajas son, por un lado, la posibilidad de difusión nacional e internacional de sus trabajos, sobre todo vía Internet; y por otro, el reconocimiento de un nivel científico, presentación y formato editorial adecuados, tras cumplir los criterios de calidad requeridos por el IME. Además, los trabajos que sean aceptados en el Boletín, podrán ser utilizados como méritos en los concursos y oposiciones que contemplen las publicaciones indexadas en el IME. Espero que todos estos motivos sirvan para aumentar vuestro estímulo investigador y divulgativo y os animen a mandar trabajos para su publicación en el Boletín.

Un cordial saludo,

Gerardo Rodríguez Martínez

Importancia del diagnóstico y manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

M.C. García Jiménez*, J. López Pisón**, J. Mengual Gil***.

*C.S. Buñuel (Navarra). **Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza). ***C.S. Oliver (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34: 8]

Los pediatras debemos adaptarnos a las exigencias que plantean los continuos avances científicos y las crecientes demandas de la sociedad.

En los últimos años, en nuestro medio, está creciendo la demanda de diagnóstico y orientación de niños con problemas de comportamiento en el colegio y/o con dificultades escolares, fundamentalmente del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) y de los trastornos de aprendizaje, especialmente la dislexia.

El pediatra de Atención Primaria conoce al niño y su familia y debe afrontar problemas de alta prevalencia como estos, particularmente la orientación diagnóstica inicial y la coordinación con otros profesionales de Sanidad, Educación y Servicios Sociales, de todos los cuales disponemos de recursos públicos.

Respondiendo a esa demanda se planteó la revisión del tema y su exposición en el presente Boletín. Pretendemos aclarar en lo posible conceptos (sin olvidar que es un tema en permanente evolución y revisión) y proponemos una pauta de actuación para el pediatra de Atención Primaria.

Estimulamos al pediatra al manejo de estos problemas, sin salirse de lo que es su ámbito de conocimiento y actuación. Es fundamental contar con los profesores, que son los que pasan más tiempo con los niños, y que tienen además un patrón comparativo con el resto de niños de la clase. De ninguna manera se puede obviar la valoración psicopedagógica, para la identificación y tratamiento de trastornos de aprendizaje aislados o asociados al TDA-H. Los niños con problemas de conducta, así como los TDA-H evolucionados (niños ya mayores que pueden llevar arrastrando problemas durante años y que van a presentar más frecuentemente patología comórbida asociada) pueden precisar la valoración psiquiátrica, y casos dudosos o graves pueden precisar la valoración neuropsiquiátrica.

Creemos que si los pediatras mostramos coherencia, podemos pedir coherencia al resto de profesionales involucrados, y podremos mejorar la coordinación entre todos nosotros si establecemos vías de comunicación (oral o por escritos) diferentes a la comunicación a través de los padres («dígame al profesor» o «dígame al pediatra»...), que nos parece poco adecuada.

Esperemos que nuestro esfuerzo sea efectivo para en última instancia mejorar nuestro trabajo y nuestra asistencia a la población pediátrica.

Correspondencia: M.^a Concepción García Jiménez

Calle Celso Emilio Ferreiro, 12, 11º H, 50017 ZARAGOZA, e-mail: inmagarcia@vodafone.es

Atención ginecológica en la consulta pediátrica de atención primaria. Parte III

J.V. González Navarro

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario «Lozano-Blesa». Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34: 9-12]

RESUMEN

Las alteraciones ginecológicas no solo aparecen en la edad adulta. Ya en las distintas edades del desarrollo, incluyendo la adolescencia, el pediatra de atención primaria debe reconocer las distintas malformaciones ginecológicas, lesiones y variantes de la normalidad. Para ello es necesario un perfecto conocimiento de la anatomía genital, sus alteraciones y principales formas de presentación, el tipo de exploración o prueba complementaria más adecuada para su diagnóstico, así como la pauta de actuación o tratamiento más apropiado. En esta tercera parte de la revisión se analizan las medidas de anticoncepción disponibles para las adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo sexual, métodos anticonceptivos, adolescentes.

Gynecological attention in pediatric primary consultation. Part III

ABSTRACT

Gynecological alterations do not appear only in the adulthood. In every developmental stage, and also in adolescence, primary attention pediatrician doctors must recognize different gynecological malformations, dermatological injuries and usual variations of normality. To perform an appropriate diagnosis and specific treatment, it is necessary a good knowledge of genital anatomy, gynecological alterations and main clinical features at presentation, as well as methodology of genital exploration. In this third part of the review, contraceptive methods for adolescents are analyzed.

KEY WORDS

Sexual development, contraceptive methods, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales completas, entre nuestros jóvenes, es un hecho indiscutible. Es difícil establecer a que edad inician dichas relaciones, ya que los datos van a diferir en función del nivel socioeconómico, cultural o geográfico de la población que estudiemos, pero de cualquier forma, no es aventurado afirmar que al menos el 30% de nuestra población

adolescente inicia sus relaciones sexuales coitales antes de los 18 años. Como consecuencia de esta afirmación, es preciso poner a disposición de nuestros jóvenes los medios para que puedan desarrollar su sexualidad con naturalidad y responsabilidad, evitando efectos no deseados, como son el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, cuyas consecuencias pueden hipotecar el futuro académico, sanitario y personal de los jóvenes.

Correspondencia: José Vicente González Navarro.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario «Lozano-Blesa».

Avda. San Juan Bosco, n.º 15. 50009 Zaragoza.

Recibido en julio de 2003. Aceptado para su publicación en agosto de 2003.

Características de la sexualidad de los adolescentes

Las características específicas de los adolescentes, tanto desde el punto de vista psicológico, conductual o sexual hace necesario que sean tomadas en cuenta antes de establecer cualquier recomendación anticonceptiva.

Una peculiaridad que acompaña a los adolescentes, no solo en el ámbito de sus relaciones sexuales, sino en cualquier otra actividad que realicen es su inmadurez, no están acostumbrados a tomar decisiones, ni a valorar las posibles consecuencias de sus actos. Sienten una especie de invulnerabilidad, los accidentes les ocurren a otros, nunca a ellos mismos, ya sea en el terreno sexual, como en cualquier otra actividad. Es habitual el cambio frecuente de pareja, lo que supone que los adolescentes tengan una relativa promiscuidad, sobre todo si lo comparamos con los estándares ente la población adulta. Muchos jóvenes adolecen de una importante falta de información sexual, o lo que es aún peor, una información errónea, cuya principal fuente son otros adolescentes o publicaciones de dudoso rigor científico y educativo. Con mucha frecuencia sus relaciones sexuales son no programadas, lo que dificulta la disponibilidad de medios contraceptivos. La inexperiencia sexual, lógica en una actividad que inicia sus primeros pasos, dificulta en cierta manera el uso de algunos métodos anticonceptivos, que requieren un mayor adiestramiento. Los esfuerzos que se han llevado a cabo en cuanto a información sexual a nuestros jóvenes no se ha visto acompañado del establecimiento de las medidas oportunas para terminar con el difícil acceso a los métodos anticonceptivos.

Medidas para una anticoncepción eficaz en la adolescencia

La primera de estas medidas pasa necesariamente por hacer llegar a los jóvenes una correcta información, clara y sin tapujos, ajustada a su nivel de comprensión, y que abarque aspectos tanto sobre la conducta sexual como el conocimiento de los métodos anticonceptivos. No podemos olvidar que esta información, con independencia de la que luego se les ofrezca en los centros educativos, ha de iniciarse en el seno de la familia, por lo que quizás se deba empezar por "educar a los padres" sobre como adiestrar sexualmente a sus hijos.

La información sola no es suficiente, deberemos facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos. Dada la escasez de centros específicos para la atención de adolescentes, y el rechazo que en muchas ocasiones muestran los jóvenes a acudir a centros de adultos (temor a "ser descubiertos"), ha de ser el personal sanitario más cercano a ellos el que de alguna manera les tienda la mano para efectuar un adecuado consejo contraceptivo. Y por último, para poder orientar la elección del método anticonceptivo los facultativos debemos conocer las características de los diferentes métodos anticonceptivos.

Una premisa elemental a la hora de plantearse el consejo contraceptivo es que "no existe el método anticon-

ceptivo ideal", por lo tanto, también entre los adolescentes, la elección del método ha de ser el resultado de la valoración de una serie de circunstancias como son la edad, frecuencia de relaciones, tipo de relaciones, promiscuidad, posibles contraindicaciones, etc. Para facilitar esta decisión la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO] estableció cinco grupos de métodos anticonceptivos en función de la idoneidad de su uso por los adolescentes (Tabla I).

Tabla I. Selección anticonceptiva en la adolescencia (FIGO).

MÉTODOS	
PREFERENTES	-Preservativo -Anticonceptivo hormonal combinada
ACEPTABLES	-Diafragma -Espermicidas
MENOS ACEPTABLES	-Métodos naturales -DIU
EXCEPCIONALES	-Implante subdérmico -Ligadura de trompas

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Preservativo

El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes, es fácil de usar, barato y accesible. Además de evitar el embarazo, los preservativos tienen la gran ventaja de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Como inconveniente, algunos jóvenes aducen que interrumpe la espontaneidad de las relaciones sexuales, aunque la principal desventaja de este método es el mayor número de fallos entre los adolescentes como consecuencia de mal uso.

Anticonceptivo hormonal combinada (Anovulatorios)

La mayor ventaja del uso de anovulatorios viene dada por ser uno de los métodos reversibles con mayor eficacia anticonceptiva, por lo menos desde el punto de vista teórico (índice de Pearl teórico de 0.5%). Pero son precisamente los adolescentes uno de los colectivos donde mayor número de fallos de uso se producen, generalmente por discontinuidad en su uso, (índice de Pearl real de hasta 3%).

Otra ventaja de la utilización de los anovulatorios es la de ofrecer cierta protección frente a la aparición de la enfermedad inflamatoria pélvica (uno de los mecanismos de acción de estas sustancias es el espesamiento del moco cervical, dificultando el ascenso de gérmenes hasta el aparato genital interno), siendo también muy útiles para mejorar algunos trastornos frecuentes entre los adolescentes como es el acné, la dismenorrea o las alteraciones menstruales.

Entre los inconvenientes para el uso de anovulatorios entre los adolescentes encontramos el temor a posibles efectos secundarios, que junto con la discontinuidad en su utilización condiciona un bajo cumplimiento y, por lo tanto, un mayor riesgo de fallos.

Elección de la usuaria. ¿A qué adolescentes podemos recomendar el uso de anovulatorios?

Las condiciones que debe cumplir una adolescente para poder iniciar el uso de anovulatorios, como método anti-conceptivo, son que tenga relaciones sexuales regulares, que haya transcurrido un mínimo de 12 a 18 meses desde la instauración de ciclos menstruales regulares, y por supuesto que no presenten contraindicaciones médicas al uso de estrógenos (antecedente familiar o personal de trombofilia, lupus, etc).

Respecto a los controles previos al inicio del uso de los anovulatorios, tan sólo es imprescindible la realización de una historia clínica que descarte la posible existencia de contraindicaciones médicas. A partir de ese momento se establecerán controles periódicos, en los que además de realizar aquellas exploraciones y/o analíticas de uso habitual en los estudios de salud propios de su edad, se aprovechará para resolver las dudas o problemas que le hayan podido surgir a la adolescente, así como para reforzar el correcto cumplimiento. A partir del inicio de las relaciones sexuales es el momento de comenzar la toma de las citologías cervicovaginales.

Elección del preparado

Hasta hace unos meses la única posibilidad de administración de anticoncepción hormonal combinada era la oral, la conocida "píldora", pero en este momento disponemos también de preparados para su administración vía vaginal.

1. Píldora

En principio recomendaremos el uso de una píldora de muy baja dosis estrogénica (Tabla 2), disponiendo en el mercado de dos posibilidades, los preparados con 15 ó 20 µg de etinilestradiol. Aunque parecería lógico recomendar el uso de los de menor dosis, estos preparados tienen algunos inconvenientes que nos hacen inclinarnos a recomendar como norma general los preparados de 20 µg. Estos inconvenientes son por un lado la alta frecuencia de manchados entre reglas que aparecen con los preparados de 15 µg, situación mal tolerada por las jóvenes, y por otro lado se especula sobre los riesgos de utilizar un preparado con excesiva baja dosis antes de alcanzar el pico de masa ósea.

En aquellas jóvenes que presentes síntomas de hiperandrogenismo (acné, vello, etc) severos, el preparado recomendado es una píldora que tenga un gestágeno con acción antiandrogénica (Diane®).

Tabla II. «Píldoras» de muy baja dosis.

<p>Con 15 µg de Etinilestradiol Minesse®, Melodene 15®</p>
<p>Con 20 µg de Etinilestradiol Loette®, Harmonet®, Meliane®, Suavuret®</p>

2. Anillo vaginal (NuVaring®)

Es un dispositivo plástico que lleva integrados tanto el estrógeno como el gestágeno, produciéndose el paso de ambos al torrente circulatorio tras su absorción por la mucosa vaginal. Las indicaciones para su uso son las mismas que las de la píldora, aportando como ventajas su discreción y evitar olvidos.

3. Parches transdérmicos (Evra®)

Se trata de otro sistema de liberación continuada tanto de estrógenos como de gestágeno, produciéndose la incorporación del combinado hormonal a través de la absorción cutánea. Al igual que el anillo vaginal, las indicaciones para su uso son las mismas que las de la píldora, aportando también como ventajas su discreción y evitar olvidos.

El uso de la píldora puede no ser suficiente para evitar todas las consecuencias no deseadas de las relaciones sexuales, evitará el embarazo, pero no las enfermedades de transmisión sexual (ETS), por lo tanto a colectivos de especial riesgo, como son los adolescentes es conveniente recomendar el uso simultáneo de **anovulatorios y preservativo** para evitar tanto la gestación como las ETS.

Anticonceptivos de urgencia, poscoital, intercepción o píldora del día siguiente

La anticoncepción de urgencia representa una segunda oportunidad para evitar el embarazo tras unas relaciones sexuales en las que no se ha usado ningún método anti-conceptivo, o en caso de fallo del método utilizado (p.ej. rotura del preservativo). El tiempo máximo de aplicación es en las 72 horas posteriores al coito sin protección anti-conceptiva, siendo más eficaz cuanto menor tiempo haya transcurrido.

El clásico método de Yuzpe en el que se utilizaba una combinación con estrógenos y gestágenos a grandes dosis, ha sido desplazado por la aparición de un preparado específico para este uso, administrándose 1500 µg de levonorgestrel (Postinor®, Norlevo®) en dos tomas separadas por 12 horas, prácticamente carente de efectos secundarios.

La recomendación del uso de métodos anticonceptivos hormonales y especialmente la dispensación de la «píldora del día siguiente» a adolescentes menores de edad, sin el conocimiento por parte de sus padres, siem-

pre a sido un motivo de preocupación entre los encargados de dispensar dicha anticoncepción. A este respecto hay que considerar que el Código Civil en su artículo 162 establece como excepción a la ostentación de la patria potestad de los padres respecto a sus hijos menores no emancipados, los siguientes supuestos:

1.- Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, puede realizar por sí mismo.

2.- Aquellos en que exista conflicto de intereses entre padres y el hijo.

En consecuencia a este articulado debe entenderse la dispensación de la píldora del día siguiente como una excepción a la representación legal de los hijos menores de edad no emancipados.

Así mismo la Ley de Protección Jurídica del Menor dispone: «En la aplicación de la presente Ley primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir...»

Por lo tanto el acceso de los menores a esta prestación sanitaria, por sí solos y sin necesidad de autorización de los representantes legales, se constriñe a lo que la doctrina y jurisprudencia viene denominando como «minoría madura», quedando en manos del facultativo la valoración de la capacidad de la menor que solicita anticoncepción poscoital. La dificultad para la aplicación de este concepto, es que no existía una forma concreta de determinación de lo que debe entenderse por «menor maduro». La promulgación y entrada en vigor de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes permite una mejor delimitación de las obligaciones de los profesionales sanitarios en esta materia. En esta ley, el legislador entiende que el umbral de la «minoría madura» comienza a los doce años cumplidos, de tal forma que, en edades inferiores a los doce años cumplidos, la información y la prestación del consentimiento debería siempre ser recibida y otorgada por el representante legal del menor o, en su defecto, por las personas vinculadas familiarmente o de hecho con el mismo.

En caso de que la paciente tenga dieciséis años cumplidos o se halle emancipado, no cabe prestar el consen-

timiento por representación, el cual será prestado por el menor. Si la paciente es mayor de doce años, pero menor de dieciséis y cuenta, a juicio del facultativo, con capacidad suficiente para comprender el alcance de la intervención, nos encontraríamos con el verdadero caso del «menor maduro», en el cual, tanto la recepción de la información como el otorgamiento del consentimiento deberían ser llevados a cabo por el propio menor maduro. La principal excepción a todos estos supuestos, es la circunstancia de que nos encontremos con menores incapacitados física, intelectual o emocionalmente, en cuyo caso el consentimiento lo deberá ofrecer su representante legal.

Otros métodos anticonceptivos

Tal y como queda reflejado en los consejos de la FIGO, hay una serie de métodos anticonceptivos, que son de utilidad entre parejas de adultos, pero que han demostrado poca idoneidad entre los adolescentes (diafragma, espermicidas, métodos naturales, DIU), por lo que no profundizaremos en su descripción.

Anticonceptivos en situaciones especiales

La más frecuente de este tipo de situaciones se produce cuando los padres de un adolescente deficiente solicitan la realización de un método anticonceptivo irreversible (ligadura de trompas o vasectomía). En este sentido es importante conocer que la indicación de su realización no la pueden establecer ni los padres, ni el médico, sino que ha de ser realizada por indicación judicial, previamente solicitada por los padres o persona que tenga la patria potestad sobre el joven.

Otra solución en estas situaciones, bien de manera indefinida o temporalmente mientras se realizan los trámites judiciales, es la utilización de un implante subdérmico con gestágeno (etonogestrel -Implanon®). Se trata de la colocación debajo de la piel de un sistema de liberación controlada hormonal que impide la ovulación, y por lo tanto el embarazo. Es el método de mayor eficacia anticonceptiva de los utilizados actualmente, y con una muy baja tasa de efectos secundarios (deficiente control del ciclo), por lo que puede ser de utilidad en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Álvarez D. «Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después». Barcelona: Ediciones Pulso; 2002.
- Sociedad Española de Contracepción. «Manual de anticoncepción hormonal oral». Zaragoza, 1997.
- Calaf Alsina J. «Manual básico de contracepción». Barcelona: Masson; 1997.
- Doval Conde J. L. «Protocolos de Obstetricia y Ginecología para Atención Primaria». Madrid: Aula Médica; 1999.
- Sánchez Borrego R. «Guía práctica en anticoncepción oral». Madrid: Emisa; 2003.
- Sociedad Española de Contracepción. «Conferencia de Consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales». Madrid: Aula Médica; 2000.
- De Lorenzo, Montero R. «Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Especialistas en Ginecología y Obstetricia». Madrid: Saned; 2003.

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H)

M.C. García Jiménez*, J. López Pisón**, J. Mengual Gil***

*C.S. Buñuel (Navarra). **Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza). ***C.S. Oliver (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34: 13-26]

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H) es un patrón conductual de extrema, persistente y recurrente falta de atención, sobreactividad e impulsividad. Su diagnóstico y tratamiento precoz puede evitar la aparición de problemas importantes. No existen por el momento test bioquímicos o marcadores neurológicos que confirmen el diagnóstico de TDA-H. Al adherirse estrictamente a los criterios del DSM-IV, la mayoría de los médicos pueden recopilar la información necesaria para hacer un diagnóstico fiable. Las intervenciones psicofarmacológicas con fármacos estimulantes han demostrado sus sólidos efectos en los niños con TDA-H en la época escolar. La valoración, diagnóstico y tratamiento de un niño con un posible TDA-H requiere un equipo multidisciplinar en el que los pediatras de Atención Primaria ocupamos, por nuestra cercanía a la población y nuestra accesibilidad, un lugar primordial para orientar a la familia y coordinar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Trastorno déficit de atención con hiperactividad, TDAH, hipercinesia, trastornos de aprendizaje.

Attention deficit hyperactivity disorder

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurobehavioural syndrome both defined by the presence, severity and intensity of a certain number of behaviours, grouped into three categories: inattention, impulsivity and hyperactivity. ADHD have serious behavioural and psychiatric implications if the diagnosis is missed or if the treatment is suboptimal. There is no gold standard biochemical test or neurological marker to confirm a diagnosis of ADHD. The diagnosis still drives from a DSM-IV ADHD criterion and a carefully detailed history. Drug therapy with psycho stimulants are useful in the management of children with ADHD.

KEYWORDS

Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, learning disabilities.

INTRODUCCIÓN

Todos hemos oído y utilizado el término «hiperactivo», refiriéndonos en general y de forma más o menos benigna, a aquel niño que presenta una actividad motriz por encima de lo normal; en realidad cuando se habla desde el punto de vista profesional del «niño hiperactivo», nos referimos a lo que la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual de Diagnóstico Estadístico denomina con un nombre mucho más largo y específico: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) (1).

El TDA-H no es un trastorno nuevo, fue descrito por

primera vez hace casi 100 años por el pediatra inglés George Still; desde entonces su evolución histórica ha sido diferente en EE.UU. y en Europa y ha recibido asimismo diferentes nombres. En un principio, la sintomatología se supuso de origen innato y se denominó «Déficit en el Control Moral» haciendo referencia a la dificultad de los niños para aprender e incorporar normas de comportamiento aceptadas en el entorno habitual; posteriormente este trastorno se relacionó con un supuesto daño cerebral denominándose entonces «Disfunción Cerebral Mínima». En 1980 la Asociación de Psiquiatras Americanos introduce el término «Trastorno por Déficit de Atención».

Correspondencia: M^a Concepción García Jiménez

Calle Celso Emilio Ferreiro, 12, 11^o H. 50017 ZARAGOZA, e-mail: inmagarcia@vodafone.es

Recibido en marzo de 2004. Aceptado para su publicación en abril de 2004.

Otros términos utilizados como «Síndrome Hiperkinético» y «Trastorno de Hiperactividad» parecen haber caído en desuso con la aparición del DSM-IV en 1994 ya que hacen alusión a solo uno de los síntomas del trastorno, quizá el más molesto o evidente para los adultos responsables del niño, pero no el más importante; a pesar de ello continua tratándose de un síndrome de límites poco claros.

En general podemos decir que en nuestro medio el TDA-H ha estado infradiagnosticado (2,3) y lo contrario ha ocurrido en EE.UU. donde parece estar sobre diagnosticado (4,5). Hoy en día cuando hablamos de TDA-H nos referimos a un trastorno heterogéneo de la conducta de etiología desconocida que se pone de manifiesto primero en la infancia. La prevalencia y cronicidad del TDA-H, junto con su capacidad de interferir con los principales dominios que tienen relevancia para el desarrollo (6), hacen que se convierta en un problema cada vez de mayor entidad y que requiere una intervención eficaz y lo más precoz posible.

ALGUNOS DATOS SOBRE TDA-H

-Es un trastorno que afecta, en mayor o menor medida, a un porcentaje de niños que oscila entre un 2 y un 5% (7,8); algunos estudios hablan de hasta un 17-20% (9,10).

-Es indudablemente más frecuente en los varones que en las niñas en una proporción de entre 4-10 a 1. Esta diferencia podría ser debida a que una proporción de niñas quizás han sido infradiagnosticadas ya que expresan a menudo síntomas de inatención pero poca hiperactividad. Evidentemente es más llamativo el mal comportamiento de los niños por lo que se demanda más frecuentemente por ellos.

-TDA-H: LA CAUSA. Los investigadores todavía no se han puesto de acuerdo sobre cual es exactamente la causa del TDA-H, pero hay algunos hechos que están bastante claros:

Primero: parece haber un componente hereditario, ya que la mayoría de los niños con TDA-H tienen un pariente cercano con el mismo problema (11). Las investigaciones demuestran que entre gemelos idénticos la probabilidad de desarrollar el otro gemelo un TDA-H es del 90% (12); entre gemelos no idénticos la probabilidad es la misma que entre hermanos y oscila entre un 30-40% (13). No cabe duda de que los genes desempeñan un papel importante tanto en el TDA-H como en los trastornos del aprendizaje específicos, aunque no existen pruebas biológicas de ello y los mecanismos de transmisión están sin aclarar.

Segundo: los problemas del TDA-H son el resultado de una sutil diferencia en el ajuste fino del cerebro. La mayor parte de la información de que disponemos sobre esta parte del cerebro procede de estudios realizados con muestras de adultos que han sufrido accidentes. Cuando los lóbulos frontales se han visto afectados, los

pacientes suelen responder de forma precipitada; los problemas fundamentales asociados a la disfunción de este lóbulo parecen ser fallos en la «inhibición de respuestas», «la planificación» y la «flexibilidad mental» (14).

El sustrato neurobiológico parece tratarse de un desequilibrio o defecto existente en dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina (15,16). Este desequilibrio afecta sobre todo a las áreas cerebrales encargadas del autocontrol y la inhibición del comportamiento inadecuado (lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales); a causa de estas anomalías se produce una reacción en cadena: dificultades en el sistema de procesamiento de la información, ausencia de filtro a los estímulos, bombardeo ininterrumpido de la información y, finalmente, incapacidad para distinguir entre las cuestiones importantes y la irrelevantes (17,18).

Tercero: Dos viejas ideas han sido superadas definitivamente: el TDAH no está provocado por el tipo de alimentación ni por el entorno familiar (19,20)

-El Efecto «bola de nieve» del TDA-H. A pesar de tener en su base una sintomatología aparentemente simple, si no se subsana con la adecuada intervención, se pueden generar problemas importantes cada vez más difíciles de tratar (21). Es por ello que los problemas derivados del TDA-H serán tanto más fáciles de encauzar cuanto más pronto se inicia la intervención.

-El TDA-H normal, no patológico. Una investigación realizada a finales de los años cincuenta demostró que cada niño nace con un temperamento propio. ¿Podría darse el caso de que el TDA-H fuera simplemente uno más del amplio abanico de temperamentos normales posibles?. En el pasado, puede que las conductas asociadas a este trastorno fueran, incluso, beneficiosas; retrocediendo en el tiempo, por ejemplo en la época de las cavernas, donde sobrevivir era el problema más acuciante, tener TDA-H pudo ser ventajoso. El TDA-H no sería pues producto de un cerebro dañado sino que probablemente estaría en el límite de un amplio abanico de temperamentos normales. En el pasado pudo ser una cualidad, pero las exigencias del mundo escolar y de la sociedad de hoy en día lo han convertido en un problema.

-En la adolescencia y la edad adulta la hiperactividad se atempera, pero persisten los problemas derivados de la falta de atención. Una historia familiar positiva (respecto a la existencia de TDA-H en la familia), la existencia de comorbilidad (principalmente conductas disociales) y agresividad, así como un ambiente desfavorable son factores relacionados con la persistencia del trastorno (22).

SINTOMATOLOGÍA

Los ejes cardinales del TDA-H son el Déficit de Atención y la Hiperactividad-Impulsividad. La mayoría de los niños presentan un trastorno de tipo combinado con características significativas de ambos ejes; sin embargo podemos

encontrar sintomatología aislada de uno u otro eje y así el DSM-IV diferencia tres subtipos según predominen unos u otros síntomas:

TDA-H global o combinado

TDA-H con predominio Déficit de Atención

TDA-H con predominio Hiperactivo / impulsivo

En general y aún existiendo grandes diferencias en las manifestaciones de los niños tanto en su calidad como en su cantidad, se podría resumir la historia natural del TDA-H así: en la primera infancia es un niño que no hace caso, molesta a los demás, no respeta las reglas del juego ni turnos, es muy movido y tiende por ello a tener accidentes. Durante la época escolar, puede comenzar a fallar académicamente y a apartarse del resto de los compañeros o a relacionarse de una forma peculiar (es un niño «payaso», o bien es agresivo). La conducta del niño empeora en situaciones que requieren una atención sostenida o un esfuerzo mental y carecen de un atractivo intrínseco, por ejemplo en actividades grupales en la escuela; por el contrario los síntomas pueden tener una expresión menor cuando la situación proporciona un refuerzo inmediato, es novedosa o cuenta con una gran supervisión (videojuego o consulta al médico).

A. Conductas nucleares

Desatención: no se trata exactamente de una deficiencia sino de una falta de perseverancia de la atención, de una atención dispersa; el niño se distrae con mucha facilidad, se olvida de las instrucciones, cambia de tarea rápidamente y rinde mucho más cuando se le proporciona una atención individualizada. Las manifestaciones de este síntoma varían de un día a otro y también de una a otra situación. Esta falta de atención se presenta de una manera intensa y persistente y además afecta negativamente a su desempeño en diferentes actividades. La dificultad es más sobresaliente en situaciones que se consideran tediosas o aburridas y que requieren un esfuerzo mental sostenido. (Tabla I).

Tabla I. Déficit de atención: lo que dicen los padres.

«Todo lo que le digo le entra por un oído y le sale por otro»
 «Va cambiando de una tarea a otra dejándolo todo a medias»
 «No es que no sepa concentrarse, es capaz de pasarse horas concentrado en un juego de ordenador o viendo la televisión»
 «Siempre está en las nubes»
 «Es incapaz de acabar los deberes a menos que yo esté todo el tiempo encima de él, se le hacen eternos»
 «Por las mañanas es imposible, se va a su habitación para vestirse y a la media hora está con un solo calcetín puesto y mirando por la ventana»

Impulsividad: el niño habla y actúa antes de pensar, tiene prontos y salta enseguida. Existe una falta de control de los impulsos que es lo que les lleva a meterse en problemas. Suelen interrumpir; hablan más alto que los demás, se frustran fácilmente y tienen muy poca paciencia. Sus reacciones son reflejas más que reflexivas. Quizás deberíamos enseñar a estos niños como salirse de los problemas, puesto que van a meterse en muchos. (Tabla II).

Tabla II. Impulsividad: lo que dicen los padres.

«Antes de ir al colegio no le podías quitar los ojos de encima»
 «A pesar de tener 8 años interrumpe como si tuviera tres»
 «Cuando le pinchan estalla con facilidad y siempre se carga él con las culpas»
 «Está continuamente hablando»
 «En casa de los amigos no para de tocarlo todo»
 «Es descuidado consigo mismo, lleva los cordones desabrochados, se mancha mucho»
 «Siempre hace el payaso con los demás niños»

Hiperactividad: el niño es incansable, se mueve nerviosamente, nunca se está quieto. En realidad parece ser que el problema radica más que en el nivel de actividad en sí mismo, en la incapacidad de adaptar este nivel a las expectativas de la situación (así por ejemplo los niños están «activados» al volver del recreo necesitando más tiempo de lo normal para sosegararse) (Tabla III).

Tabla III. Hiperactividad: lo que dicen los padres.

«No para quieto en todo el día»
 «En la mesa se levanta muchas veces y si no le dejo acaba sentado de cualquier manera»
 «Siempre se le cae el lápiz, el sacaminas, lo que sea mientras hace los deberes»
 «Mientras ve la televisión está continuamente haciendo muecas, ruidos, moviendo los pies»
 «Encima de la mesa tiene todos los libros abiertos, cosas tiradas alrededor, dos estuches sin pinturas»
 «Siempre llega tarde a todos los sitios, del recreo siempre es el último en subir»

B. Conductas frecuentes

Insaciabilidad: el niño nunca está satisfecho, insiste, lloriquea y cuando quiere algo, nunca se da por vencido.

Ineptitud social: el niño no «sintoniza» socialmente, en un grupo grande se comporta como un payaso, o quieren ser los líderes e imponer ellos las normas.

Escasa coordinación: el niño es patoso, tiene problemas con la motricidad gruesa y fina (dificultades para colorear dentro de los límites de una figura, escribir con caligrafía aceptable...).

Desorganización: el niño es desordenado y tiene problemas a la hora de estructurarse el trabajo y poner manos a la obra.

Variabilidad: el niño cambia mucho de estado de ánimo y tiene días buenos y otros desastrosos

Disnomia: dificultad para actuar de acuerdo a las reglas, les cuesta mucho seguir instrucciones y cumplir con el conjunto de reglas establecidas, al compararlos con otros niños de la edad.

COMORBILIDAD

Más de la mitad de los niños con TDA-H presentan otro trastorno asociado. EL TDA-H no causa los otros trastornos asociados, simplemente incrementa la probabilidad de que aparezcan (23,24).

Los riesgos evolutivos que conforman la comorbilidad del TDA-H se pueden resumir en:

1. Fracaso escolar / trastornos del aprendizaje
2. Problemas de conducta
3. Problemas psiquiátricos
4. Otros: tics, «niño patoso»

La frecuencia y gravedad de la comorbilidad aumenta en la misma proporción en que lo hace la edad del diagnóstico de TDA-H, o cuando no se ha hecho ningún tipo de diagnóstico o seguimiento.

A. Trastornos del aprendizaje

En torno al 50% tienen **trastornos de aprendizaje específicos**. Decimos que un niño tiene un trastorno de aprendizaje asociado cuando existe una discrepancia importante entre su capacidad intelectual y su rendimiento en ciertas áreas específicas. Las discrepancias más frecuentes se encuentran en la lectura, la ortografía, la expresión escrita, el lenguaje oral y las matemáticas. El trastorno más habitual es la Dislexia, que representa el 80% de los trastornos de aprendizaje. Hasta un 33% de los niños disléxicos asocian TDA-H y entre un 8-40% de los niños con TDA-H asocian dislexia. Por ello se debe investigar el diagnóstico de dislexia en todo niño con TDA-H, especialmente si ha presentado dificultades en el lenguaje en los primeros años, así como valorar la posibilidad de TDA-H en todo niño disléxico (25).

B. Trastornos de conducta

Entre el 40 y el 60% de los niños con TDA-H presentan el **trastorno negativista y desafiante** (26): el niño que presenta este trastorno es abiertamente hostil, no se

arrepiente. Estos niños suelen decir «NO» como norma, complican las cosas, adoptan una actitud de rechazo y desafío e intentan defender que lo blanco es negro. Muchos de estos niños se lo hacen pasar muy mal a sus padres pero son un «ángel» fuera de casa. Cuando ambos trastornos se dan conjuntamente, el tratamiento se complica de forma considerable. Estos síntomas no remiten tras la administración de estimulantes ni con cualquier otro tipo de fármacos. El único tratamiento posible es el comportamental y este es lento y de eficacia limitada.

Trastorno disocial: este es el trastorno con el que ningún padre quiere encontrarse. En EE.UU. su incidencia se cifra en torno al 20%. Puede presentarse de forma leve, moderada o severa. Las conductas incluidas aquí son mentir, robar, destruir la propiedad ajena, violar los derechos ajenos, prender fuego, infringir dolor. Se cree que si no aparece antes de los 12 años es muy difícil que se desarrolle después. Tiene un importante componente genético, y un ambiente familiar hostil y crítico aumenta la probabilidad de desarrollarlo. La información difundida por los medios de comunicación respecto a los niños con TDA-H como responsables de conductas delictivas, se refieren en el fondo a un trastorno disocial; el TDA-H por si solo no causa estos problemas.

C. Problemas psiquiátricos

Depresión: el niño deprimido cae en un estado crónico de preocupación, tristeza y deseo de aislamiento. Un síntoma inicial podría ser un cambio drástico en la personalidad del niño, con reducción de sus actividades habituales, mayores dificultades para comunicarse con él, tristeza más persistente y una clara disminución del rendimiento escolar.

Trastorno bipolar: estos niños son mucho más extremos en sus manifestaciones con ataques de rabia que duran horas, y posteriormente cambios de humor muy rápidos casi volátiles.

Trastorno obsesivo-compulsivo: el TDA-H se asocia poco frecuentemente a este trastorno y lo hace con más frecuencia en niños con tics asociados.

D. Otros

Tics: suelen aparecer por primera vez hacia los 7-10 años de edad, de carácter transitorio e intermitentes. No se consideran contraindicación para iniciar tratamiento ni para suspenderlo salvo que sean muy intensos. Por otro lado parece que de una a dos tercias partes de los niños con Síndrome de Tourette tiende a presentar TDA-H, aunque a la inversa no existe relación, es decir el tener un TDA-H no incrementa la posibilidad de desarrollar un Síndrome de Tourette (27,28).

El niño patoso: problemas de coordinación, planificación motora, escritura y maduración neurológica tardía se asocian frecuentemente al TDA-H.

¿CUÁNDO ES NORMAL? ¿CUÁNDO ES UN TDA-H?

Las conductas descritas se pueden encontrar en muchos niños y adultos completamente normales. No se puede establecer una línea divisoria bien delimitada entre un niño normal con un temperamento activo y otro con un TDA-H que pueda considerarse leve. Es el acumulo, la coincidencia y la severidad de dichas conductas lo que determina la existencia de un TDA-H.

La diferencia entre la conducta preocupante de un TDA-H y la de un temperamento activo normal radica en la cantidad y la gravedad de los problemas que crea. «Un problema es sólo un problema cuando llega a causar problemas».

Hay que dejar bien claro que sólo se debería tratar aquellos niños cuya conducta y problemas de aprendizaje estén ocasionando dificultades.

DIAGNÓSTICO

La importancia del diagnóstico del trastorno se sustenta en las siguientes premisas:

- Es un trastorno que está cerca de la normalidad
- Asocia un riesgo moderado-alto de producir problemas secundarios graves
- Tiene una tasa de prevalencia alta
- Puede mejorar con tratamiento

No hay ningún marcador biológico que indique que un niño padece TDA-H. El diagnóstico es pues exclusivamente clínico (4,5). En la mayoría de los casos tanto la exploración física como la neurológica y el comportamiento en la consulta serán rigurosamente normales.

Existen encuestas que pueden hacer sospechar la existencia de un problema pero no se puede establecer

el diagnóstico por ellos. Los más utilizados son los de Conners para padres y profesores; existe una versión adaptada del Conners para profesores para la población española por Farré y Narbona (8): el EDAH, que consta de 20 ítems que se subdividen en tres escalas de hiperactividad, déficit de atención y trastornos de conducta. Los cuestionarios permiten cuantificar una información cualitativa; y en los ideados para profesores recabar su información. En definitiva, los profesores son las personas que pasan más tiempo con los niños, incluso más que los padres, y además tienen la referencia comparativa del comportamiento y rendimiento escolar del resto de niños de la clase.

Los dos sistemas de diagnóstico más utilizados son el de la OMS (CIE 10) y el de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-IV). El diagnóstico se establece cumpliendo unos criterios operativos bien del DSM-IV o de la CIE 10 para el TDA-H. Para la asociación Americana de Psiquiatría, el TDA-H se diagnostica en base al cumplimiento de unos criterios bien definidos y lo subclasifica sobre la base del predominio de alguno o varios de los síntomas nucleares del trastorno: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (Tabla IV). La CIE-10 en su manual de diagnóstico establece una definición excesivamente vaga. Excluye el diagnóstico si existe cualquier otro síntoma psiquiátrico añadido como la ansiedad o depresión y exige que se cumplan siempre criterios tanto de déficit atencional como de hiperactividad e impulsividad. Subdivide el trastorno según la existencia o no de problemas de conducta. La DSM-IV hace un diagnóstico más inclusivo y la CIE-10 es más restrictiva; niños que no son diagnosticables con el CIE-10 si lo son con el DSM-IV. Clínicamente se emplea más el criterio del DSM-IV. En la tabla V se exponen los Criterios Diagnósticos del DSM-IV. Para establecer el diagnóstico de TDA-H se han de cumplir de forma obligatoria 6 o más ítems del criterio A1 y/o 6 o más ítems del criterio A2 y además cumplir los criterios B, C, D y E.

Tabla IV. Escala de Conners para profesores modificada y adaptada según Farré y Narbona (EDAH).

	Nunca 0	Algunas veces 1	Bastantes veces 2	Muchas veces 3	
1. Tiene excesiva inquietud motora					H
2. Tiene dificultades del aprendizaje escolar					DA
3. Molesta con frecuencia a los demás niños					H
4. Se distrae fácilmente, presta escasa atención					DA
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas					H
6. Tiene dificultad para las actividades cooperativas					TC
7. Está en las nubes ensimismado					DA
8. Deja por terminar tareas que empieza					DA
9. Es mal aceptado en el grupo					TC
10. Niega sus errores y echa las culpas					TC
11. Emite sonidos inapropiadamente: grita, gruñe					TC
12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso					TC
13. Intranquilo, siempre en movimiento					H
14. Discute y pelea por cosas irrelevantes					TC
15. Tiene explosiones de mal genio impredecibles					TC
16. Le falta sentido de las reglas del juego					TC
17. Es impulsivo e irritable					H
18. Se lleva mal con la mayoría de los compañeros					TC
19. Se frustra fácilmente, es inconstante					DA
20. Acepta mal las indicaciones del profesor					TC

Puntos de corte

	H Hiperactividad	H-DA	TC Transtorno conducta	DA Déficit atención	GLOBAL
Media	4,41	4,15	8,56	4,41	12,97
D. típica	3,11	3,51	5,42	4,43	9,15
P. corte	10	10	18	11	30

Tabla V. Criterios diagnósticos para el TDH-A según el DSM-IV.

A. 1 ó 2

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.

Desatención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a la incapacidad para organizar tareas y actividades).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad (en la escuela, en el trabajo, en la casa).

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes . (en la escuela, en el trabajo, en la casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

TDA-H tipo combinado (F90.0), si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. >6 ítem en DA; >/=6 ítem en HA e I.

TDA-H con predominio déficit de atención (F90.8), si se satisface el criterio A1 pero no el A2 durante los últimos 6 meses. >/=6 ítem en DA; <6 ítem en HA e I.

TDA-H con predominio hiperactivo-impulsivo (F90.0), si se satisface el criterio A2 pero no el A1. <6 ítem en DA; >6 ítem en HA e I.

TRATAMIENTO

La meta terapéutica del TDA-H es mejorar la conducta del niño en el hogar, la escuela y los amigos modificando su falta de atención, impulsividad e hiperactividad; además se intentará mejorar sus funciones cognitivas, sus habilidades sociales y sus conductas "problemáticas". Este tratamiento es un trípede que se basa en:

-Patrones educativos (padres y educadores)

-Apoyo psicológico

-Tratamiento farmacológico

El pronóstico a largo plazo mejora cuando se utiliza una combinación de los tres (29).

A. Manejo familiar

Entrenamiento de los padres que incluye una serie de estrategias de manejo para los problemas conductuales vistos en estos niños (conducta desafiante, agresión, rabietas); los padres deben aprender a afrontarlos de forma impasible, sin implicarse emocionalmente en ellos. Se deben premiar las conductas positivas de sus hijos y reprender con la razón las negativas, fomentar su autoestima. El entorno del niño debe ser lo más estructurado y constante posible y se debe de ser muy perseverante en la aplicación de las técnicas. (Ver consejos, Anexo I).

B. Manejo escolar

Las modificaciones adecuadas en el aula mejoran la conducta y el rendimiento académico. El procedimiento empleado es similar al utilizado por los padres. La clase ideal para estos niños es una clase altamente estructurada y bien organizada, con expectativas claras y una agenda concreta a practicar. Es conveniente que el niño tenga un sitio próximo a la profesora y lejos de las ventanas u otras distracciones; es conveniente que dispongan de un tiempo extra para completar sus tareas escolares. (Ver consejos, Anexo I).

C. Medicación

Los estimulantes como el Metilfenidato (MF) (RubifénR), son los fármacos de primera elección en el tratamiento. Numerosos estudios encuentran que son efectivos en un 75% de los niños (30, 31). Cuando no existe una respuesta satisfactoria, se pueden utilizar los fármacos de segunda línea: Imipramina y Clonidina.

C.1. Estimulantes

Puede parecer contradictorio administrar estimulantes a un niño que ya está sobreexcitado, pero esto es precisamente lo que necesita. Se cree que los psicoestimulantes regulan el leve desequilibrio químico existente en el TDAH, lo que permite al niño utilizar sus facultades naturales para focalizarse, mantener el nivel de concentración y pensar antes de actuar. Sus efectos terapéuticos a corto plazo están validados, a largo plazo se asumen pero no están validados. No curan el TDAH, no producen sedación ni adicción. Los efectos a corto plazo son mayores sobre la conducta que sobre la atención (32-34). Numerosos estudios demuestran que si se administran en varias dosis durante el día y en las dosis adecuadas, mejoran rápidamente los síntomas cardinales del TDAH (impulsividad, déficit de atención, hiperactividad) y además los efectos permanecen en todas las situaciones (casa, colegio, comedor; durante el juego) (35).

El MF es la medicación más empleada y se considera el estimulante de primera elección. Se presenta en comprimidos de 5, 10 y 20 mg. La dosis habitual es de 0,3 a 0,7 mg/kg/día en dos tomas (desayuno y comida). Se recomienda comenzar con la dosis mínima e ir subiendo a razón de 0,1 mg/kg cada semana hasta conseguir el efecto deseado con el menor número de efectos secundarios.

La práctica clínica de ajuste de dosis se puede realizar en función del peso (36), aunque este método puede requerir el fraccionamiento de los comprimidos obteniéndose fragmentos de concentración desconocida, o utilizando dosis diarias totales que se incrementan entre 10-60 mg hasta que el niño mejora o aparecen efectos secundarios, este método paulatino de ajuste de dosis crecientes que utiliza todo el comprimido refleja la práctica habitual en Estados Unidos (37-39). Se ha demostrado que los estimulantes tienen una potente relación beneficio-riesgo en la edad pediátrica (40), con una tasa menor del 4% de reacciones adversas importantes en los estudios controlados (41). Pueden provocar pérdida del apetito, dificultad para conciliar el sueño, dolor de estómago, cefaleas y mareos, pero estos problemas tienen fácil solución (42), ya que suelen ser transitorios y de corta duración; en la mayoría desaparecen con el tiempo o disminuyendo la dosis. Si aparece tristeza, aislamiento o lloros puede ser por un exceso de dosis o por ser un producto inadecuado.

Son fármacos de acción rápida, sus efectos aparecen al cabo de entre 15 y 30 minutos y duran entre tres y cinco horas. A veces cuando el fármaco deja de hacer efecto puede aparecer un "efecto rebote".

Algunos estudios han asociado su uso a la supresión del crecimiento durante el primer año, pero recientemente esto ha sido rebatido (43).

C.2. Antidepresivos tricíclicos

Se consideran el tratamiento de segunda línea en el TDAH. Esta decisión se apoya en ensayos controlados bien diseñados (44).

La Imipramina (TofranilR; grageas de 10,25 y 50 mg) y Desimipramina actúan también en el metabolismo dopaminérgico y noradrenérgico. Mejoran fundamentalmente el humor; la impulsividad y la tolerancia a la frustración. Este tratamiento se recomendaría en niños que no responden a estimulantes o presentan efectos adversos no tolerables (<20%) o que presentan una comorbilidad conductual severa. Aunque su eficacia es menor que la del MF, su vida media es más larga. Sus efectos colaterales a nivel neurológico, anticolinérgico y cardiológico limitan también su empleo (boca seca, constipación, adormecimiento y más raramente arritmias cardíacas). La dosis varía de 0,5 a 3 mg/Kg/día en una o dos dosis. Su introducción y su retirada deben de ser paulatinas. Debe de realizarse ECG antes y durante el tratamiento y se recomienda monitorizar los niveles. Creemos que este fármaco no debe ser indicado y monitorizado en Atención Primaria.

C.3. Clonidina

Un agonista alfa-adrenérgico parcial, la Clonidina, ha demostrado ser útil y especialmente en niños que asocian trastornos del sueño; no tiene ningún efecto sobre la atención; sus efectos colaterales y la muerte inexplicable en cuatro casos tratados obligan a ser cautelosos en su empleo (45).

CUESTIONES PRÁCTICAS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Antes de entrar en cuestiones prácticas se ha de dejar claro que la decisión sobre si se decide probar la medicación o no la han de tomar los padres bien informados. La medicación se mantendrá mientras los padres perciban beneficios importantes y ningún o escasos efectos secundarios. Con los estimulantes la clave del éxito está en comenzar con dosis muy reducidas e ir ajustándolas progresivamente.

¿Medicar o no medicar? No hay ningún test que determine en términos de blanco o negro a partir de que punto debería medicarse a un niño con estimulantes. Todo dependerá de la gravedad del TDA-H, el tipo de comportamientos que predominen, la gravedad de sus problemas de aprendizaje y como lleven las cosas los padres y el colegio del niño. Cuando los estudios del niño, sus relaciones familiares, su felicidad personal y su autoestima están sufriendo las consecuencias, es el momento de empezar a tomar la medicación. En el pasado solo se comenzaba a medicar una vez que los programas comportamentales se habían probado y habían fracasado; hoy en día se inicia mucho antes, ya que se ha comprobado que todos estos programas son mucho más eficaces cuando el niño consigue focalizar y centrar su atención.

¿Cómo introducir los estimulantes? Puesto que la mayoría de los efectos secundarios de los estimulantes aparecen al iniciar el tratamiento, es importante comenzar muy poco a poco. Se comienza dando la primera toma a la hora del desayuno y, si todo va bien, se les da la segunda toma. Después, se van aumentando las dosis. Se ha de dejar cierto margen de tiempo para que sus efectos se puedan poner de manifiesto.

Un ensayo clínico. Al pediatra que indica el inicio de un tratamiento le gustaría saber de antemano si la medicación va a funcionar en cada caso concreto, pero no hay más remedio que aguantarse, ya que no existe ninguna otra forma de medir la respuesta potencial a un fármaco que acudir a los ensayos clínicos. Se evalúa el éxito de la medicación utilizando una escala subjetiva de cuatro puntos. Una respuesta de cuatro sobre cuatro es casi un milagro, tres sobre cuatro es una respuesta muy buena, dos sobre cuatro es una respuesta buena pero que deja un margen de actuación para la mejora; uno sobre cuatro es una mejoría leve, mínima y cero significa que ha llegado el momento de retirar esa medicación.

El ajuste de la pauta de medicación: las dosis y las tomas. Los efectos de los estimulantes son casi inmediatos y duran bastante poco, se inicia entre lo 15-45 minutos y desaparecen al cabo de entre 3-5 horas; se absorben rápidamente, incluso con el estómago lleno. Existen diferencias entre unos y otros niños debidas a la diferente velocidad de metabolización. Se ha de ser consciente de esto ya que si a un niño se le da la medicación a las 8 de la mañana y a las 4 de la tarde su comportamiento es

desastroso, no es que haya fracasado sino que ya ha perdido su efecto. La dosis diaria de metilfenidato no debería de superar la dosis oficial recomendada. La duración del efecto del MF no se ve afectada por el uso de otros fármacos de uso habitual como los antibióticos, el paracetamol o los antiepilépticos. La cantidad adecuada de tomas dependerá de lo que pretendamos tratar: por ejemplo un mal comportamiento que está presente a lo largo de todo el día, el nivel de concentración entre las 9 de la mañana y las 3 de la tarde, el comportamiento a la hora de comer o los problemas a la hora de hacer los deberes. Para ajustar correctamente la pauta de medicación, esto es la dosis y las tomas, exige escuchar atentamente a los padres y a los profesores, ya que estos habitualmente enseguida se dan cuenta de cuando la medicación empieza a perder efecto. Cuando los estimulantes producen dificultad para dormir, la dosis de la tarde deberá omitirse; cuando la pérdida de apetito represente un problema las tomas deberán darse inmediatamente después de las comidas

Efecto rebote. La mayoría de los problemas se deben no a la medicación sino a la disminución de sus efectos entre las tomas. Cuando el fármaco deja de hacer efecto, hay algunos niños en los que apenas se nota, otros vuelven a su "propio yo" y unos pocos son todavía peores. En este caso podría estar indicado dar una toma adicional más pequeña media hora antes de que aparezca el efecto rebote.

¿Antes o después de las comidas? Es más recomendable e igual de eficaz tomarlos inmediatamente después de las comidas ya que pueden quitar el apetito. La única excepción sería en el caso de que los problemas escolares fueran muy graves; en este caso la medicación debe de darse en el momento más adecuado para garantizar un buen rendimiento.

¿Hace falta descansar de los estimulantes? No existe hoy en día ninguna justificación para la recomendación de descansar de la medicación los fines de semana y en vacaciones. Si el comportamiento del niño ocasiona problemas importantes, no interrumpiremos la medicación, independientemente de que deje de ir al colegio.

¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento? Mientras los padres o los profesores perciban beneficios importantes. Los niños que desde el principio responden positivamente a la medicación, suelen seguir con ella muchos años; los que tienen una respuesta menos clara suelen acabar dejándola con el paso del tiempo. Cuando los padres comienzan a cuestionar los beneficios de la medicación se les puede proponer a los padres que dejen de dársela durante una semana y reintroduzcan después y de nuevo realizar la misma operación. Con este método tanto los padres como los profesores se dan cuenta enseguida de si conviene o no seguir con el tratamiento. La suspensión de la medicación se puede hacer de golpe, sin que sea necesario ir retirándola de forma gradual.

¿Son los estimulantes completamente seguros? No hay nada en el mundo que sea seguro cien por cien, en el caso de los estimulantes y teniendo en cuenta que estamos hablando de un medicamento, son excepcionalmente seguros. Hace más de 40 años que se están estudiando y se ha comprobado que apenas se asocian a efectos secundarios graves. No se ha de olvidar que no tratar el TDA-H no es algo que esté exento de riesgos por se.

Cuando los estimulantes no funcionan. Casi el 90% de los niños con un TDA-H grave reaccionan positivamente a los estimulantes. Cuando se prueba por primera vez y no se obtienen los efectos deseados se ha de asegurar que se está administrando la dosis adecuada y de que los padres están realmente administrando la medicación. Si todo se ha hecho correctamente y no se obtienen resultados positivos estaría indicado probar un fármaco de segunda línea. No se debe interpretar erróneamente que es lo que queremos tratar; los estimulantes tienen efectos sobre problemas de atención y conducta propios del TDA-H puros, pero no tienen ningún efecto sobre los trastornos comórbidos (trastorno negativista y desafiante o el trastorno disocial).

Algunas preguntas frecuentes

-¿Los estimulantes frenan el crecimiento físico?: Investigaciones recientes sugieren que no frenan de forma significativa el crecimiento físico.

-Mi hijo no para de hablar desde que toma estimulantes: probablemente se trata de un efecto secundario.

-¿Qué se puede hacer con los dolores de cabeza y abdominales?: Estos efectos secundarios son relativamente infrecuentes. Se ha de comprobar que la dosis no es demasiado alta y que se toma con las comidas. Si persisten los dolores de cabeza se reducirá la dosis; si son importantes interrumpir la medicación, pero si son leves se debe de continuar con la medicación y dar algún analgésico.

-¿Los niveles en sangre ayudan a elegir la dosis apropiada?: Los estimulantes se absorben en el estómago, pasan al torrente sanguíneo y solo una parte de ellos llegan al cerebro que es donde realizan su acción; hay importantes diferencias individuales en la proporción de fármaco que llega al cerebro. Por este motivo el nivel en sangre no sirve para evaluar su efecto.

-¿A partir de que edad se pueden dar fármacos estimulantes a un niño?: Por debajo de cinco años se ha de pensar mucho la indicación de dar medicación. En caso de necesidad se deberá evaluar cuidadosamente y probablemente derivar a Neuropediatría.

-¿Qué puede ocurrir si nos equivocamos y doblamos la dosis?: Probablemente no tendrá ningún problema, aunque puede estar algo más irritable y aislado; este efecto le durará entre 4-6 horas.

¿QUÉ PUEDE HACER EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

El pediatra de AP, dada su relación con la familia y la confianza que habitualmente se deposita en él, así como su accesibilidad, se encuentra en una posición inmejorable para diagnosticar, orientar a la familia y coordinar el tratamiento, que debe estar apoyado por un equipo de salud mental y los educadores del niño (30), así como evaluar los resultados y realizar el seguimiento. Es importante asimismo saber transmitir a los padres y a los profesores, sin alarmismo pero con sinceridad el alcance y severidad del trastorno y mantener una coordinación constante con la familia y la escuela.

¿CUÁNDO DERIVAR AL NEUROPEDIATRA?

Algunos niños con TDA-H necesitarán visitar al neuropediatra; se ha visto que si las cosas se hacen correctamente y a tiempo estas visitas pueden suponer aproximadamente un 20% de todos los casos de TDA-H. Podría ser conveniente la derivación en los siguientes casos:

-Sospecha de patología orgánica

-Fenotipo conductual compatible con Trastorno generalizado del Desarrollo

-Diagnóstico dudoso

-Otros (problemas con la medicación)

-Niño menor de 6 años con importante problema de aprendizaje o comportamiento. Hay que considerar que a esas edades son normales pequeñas dificultades en la lectura/escritura y son más frecuentes la hiperactividad, la impulsividad y la falta de atención. Los patrones madurativos son muy variados, y en pocos meses se pueden producir cambios bastante significativos en las habilidades de la lectura/escritura y en el comportamiento.

CONCLUSIONES

El TDA-H es un trastorno en el que hay que pensar cuando por parte de los padres o desde el colegio recibimos una demanda concreta de ayuda en un niño con problemas que habitualmente van a ser por bajo rendimiento escolar o por mal comportamiento en casa.

El TDA-H es un trastorno de carácter leve muchas veces, con sintomatología cercana a la normalidad, pero con evolución potencialmente seria. Los niños con TDA-H tienen el riesgo de poder presentar algún otro trastorno psiquiátrico; este hecho subraya la necesidad de llevar a cabo una evaluación cuidadosa del niño y valorar la necesidad de ser evaluado por algún otro profesional.

El pediatra de AP puede ser el profesional sanitario más indicado en un seguimiento y enfoque multiprofesional del niño.

Lo evidente suele serlo; con una buena exploración clínica y una buena anamnesis podemos intuir que podría existir algún problema orgánico que requiera un estudio neurológico más profundo; el neuropediatra podrá atender pues las formas más graves, las que asocian otra patología o las que no responden al tratamiento.

La decisión de iniciar tratamiento médico se ha de tomar siempre de acuerdo con los padres **ADECUADAMENTE INFORMADOS**.

Valorar la posibilidad de iniciar tratamiento médico con metilfenidato en niños que no cumplan todos los criterios diagnósticos de TDA-H según el DSM-IV a modo de prueba.

TDA-H ANTES DE LOS 5 AÑOS

Es conocido que los «terribles dos años» son una etapa complicada. Los tres y cuatro años son más predecibles, pero a esta edad el comportamiento "normal" sigue siendo bastante extremo. Los primeros síntomas del TDA-H pueden aparecer ya antes de los tres años, pero la mayoría de ellos sólo precisarán una pequeña guía ya que no presentarán problemas hasta que aparezcan las exigencias escolares. Solo una minoría de ellos presentarán unos problemas de conducta tales (explosivos, agresivos) que al crear graves tensiones familiares, que pueden posteriormente ser perjudiciales, requerirán otro tipo de intervención.

Un niño de unos tres años, no es en general ni malicioso ni agresivo, simplemente no piensa demasiado. A esta edad el control ejecutivo del cerebro, que reside en los lóbulos frontales, es todavía muy poco maduro.

El patrón de comportamiento en los primeros meses de vida no es un buen predictor de TDA-H. El reclamo constante de la atención en la etapa preescolar si es buen predictor de TDA-H. Hay tres conductas que exasperan especialmente a los padres: sus explosiones repentinas, el hecho de reclamar constantemente la atención y la tendencia a atacar irreflexivamente a otros niños.

En la etapa preescolar hay dos problemas que pueden aún complicar más el diagnóstico: muchos comportamientos extremos pueden ser normales y los problemas de percepción de los padres. En principio el diagnóstico se basaría en un comportamiento del niño que "no encaja" en la forma de comportarse de otros niños de su mismo nivel evolutivo y que han recibido un tipo de educación similar. En esta edad es aún más importante descartar otros trastornos cuya sintomatología tiene muchos en común con el TDA-H (autismo, síndrome de Asperger).

En general, antes de los 5 años, se debe prestar especial atención cuando un niño presente conductas extremas porque podría ser algún otro problema. No parece prudente diagnosticar un TDA-H a esta edad sin hacer previamente una valoración más exhaustiva. Posiblemente estos casos deben de ser valorados por neuropediatra o psiquiatra y remitidos a los equipos de Atención Temprana.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association 1994; 78-85.
2. Kewley JD. Personal paper Attention deficit hyperactivity is underdiagnosed and undertreated in Britain. *BMJ* 1998; 516: 1594-1596.
3. Cornellá J, Llusent A. Trastornos por déficit de atención en adolescentes. *Actualidad en TDAH*. 2002; 1, Monografía.
4. Zimetkin AJ, Ernest M. Problems in the management of Attention deficit hyperactivity disorder. *N eng J Med* 1999; 340: 40-46.
5. Goodman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent. *JAMA* 1998; 279: 1100-1107.
6. Hinshaw S. *Attention Deficits and Hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1994.
7. Cantwell DP. The Attention Deficit Disorder: Current Knowledge, future needs, en Cantwell, DP. (ed): *Attention Deficit Disorder*. Los Ángeles: American academy of Child Psychiatry, 1984.
8. Farré A, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 103-109.
9. Shaywitz BA, Shaywitz SE. Comorbidity: a critical issue in attention deficit disorder. *J Child Neurol* 1991; 6: S13-S20.
10. Pineda DA, Lopera F, Henao GC et al. Confirmación de la elevada Prevalencia del trastorno de déficit de atención en la comunidad colombiana. *Rev Neurol* 2001; 32: 217-22.
11. Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum?. Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 737-744.
12. Gilger JW, Pennington BF, DeFries JC. A twin study of the etiology of comorbidity: Attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *J Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 343-348.
13. Sherman DK, Iacono WG, McGue MK. Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *J Am Acad Child Psy* 1997; 36: 745-753.

14. Miller KJ, Castellanos FX. Trastornos por déficit de atención / hiperactividad. *Pediatrics in Review* (Ed esp) 1999; 20: 83-94.
15. Waldman ID, Rowe DC, Abramowitz A, et al. Association and linkage of the dopamine transporter gene and Attention deficit hyperactivity disorder in children: heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. *Am J Hum genet* 1998; 63: 1767-1776
16. Smalley SL, Bailey JN, Palmer CG, et al. Evidence that the dopamine D4 receptor is a susceptibility gene in attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* 1998; 3: 427-30.
17. Porges SW. Correlaciones fisiológicas de la atención: un proceso central subyacente en los trastornos del aprendizaje. *Clin Pediatr Nor* (ed esp) 1984; 2: 375-390.
18. Levine MD, Melmed RD. Los desdichados divagantes: niños con déficit de atención. *Clin Pediatr Nor* (Ed esp) 1982; 1: 105-120.
19. McGee R, Stanton WR, Sears MR. Allergic disorders and attention deficit disorder in children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21:79-88.
20. Wolraich ML, Lindgren SD, Stumbo PJ, et al. Effects of diets high in sucrose or aspartame on the behaviour and cognitive performance of children. *New Engl J Med* 1994; 330: 301-307.
21. International Consensus Statement on AD/HD 2002. *Clin Child Fam Psychology Rev* 2002; 5: 89-111.
22. Biederman J, Faraone S, Milberger et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Psy* 1996; 35: 343-351.
23. Barkley RA (Ed). *Attention –deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2ª ed) New York: Guildford Press, 1998.
24. Barkley RA, Murphy K, Bauermeister JJ. *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un manual de trabajo clínico*. New York: Guildford Press, 1998.
25. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36 (Supl 1): S68-S78.
26. Taylor E, Sergeant JA, Doepfner M et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 184-200.
27. Eddy LS. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Pediatr Esp* 1999; 57: 456-464.
28. Stiefel I, Dossetor D. The synergistic effects of stimulants and parental psychotherapy in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health* 1998; 34: 391-394.
29. Green W. Pharmacotherapy: stimulants. In *Attention deficit hyperactivity disorder: Child Adol Psychiatry Clin N Am* 1992; 1: 411-427.
30. Spencer T, Biederman J, Harding M, et al. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-432.
31. McCracken J. A two-part model of stimulant action on attention-deficit hyperactivity disorder in children. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3: 201-209
32. Pelham W, Swanson J, Furman M et al. Pemoline effects on children with ADHD : a time response by dose response analysis on classroom measures. *J Am Acad Child Psy* 1995; 34: 150-1514.
33. Swanson J. Effect of stimulant medication on hyperactive children: a review of reviews (extracto). *Except Child* 1993; 60: 154-162.
34. Wilens TE, Biederman J. The stimulants. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 191-222
35. Sprague RL, Sleator EK. Methylphenidate in hyperkinetic children: differences in dose effects on learning and social behaviour. *Science* 1977; 198: 1274-1276.
36. Barkley R, Dupaul G, Costello A. Stimulants, in *Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs for Children and Adolescents*. Werry J, Aman M (Eds). Nueva York, Plenum 1993; pp. 205-237.
37. Dulcan M. Using psychostimulants to treat behaviour disorders of children and adolescents. *J Child Adol Psychop* 1990; 1: 7-20
38. Greenhill L. Attention-deficit hyperactivity disorder: the stimulants. *Child Adol Psychiat Clin* 1995; 4: 123-168.
39. Klein R, Wender P. The role of methylphenidate in psychiatry. *Arch Gen Psychiat* 1995; 52: 429-433.
40. Barkley R, McMurray M, Edelbroch C, et al. Side effects of MPH in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic placebo-controlled evaluation. *Pediatrics* 1990; 86: 184-192.
41. Efron D, Jarman F, Barker M. Side effects of methylphenidate and dexamphetamine in children with attention deficit hyperactivity disorder: a double blind, crossover trial. *Pediatrics* 1997; 100: 662-666.
42. Toren P, Silbergeld A, Eldar S, et al. Lack of effect of methylphenidate on serum growth hormone (GH), GH-binding protein and insulin-like growth factor I. *Clin Neuropharmacol* 1997; 20: 264-269.
43. Biederman J, Baldessarini RJ, Wright V, et al. A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD, I: efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 1989; 28: 777-784.
44. Swanson J, Flockhart d, Udreá D et al. Clonidine in the treatment of ADHD : questions about the safety and efficacy. *J Child Adolesc Psychop* 1995; 5: 301-305.

Consejos para el manejo de los niños afectados por el TDA-H

El niño afecto de TDA-H lo es para toda la vida, no trae manual de instrucciones y además es muy difícil de educar. La mente de estos niños es como el mercurio de un termómetro: sin la estructura física del cristal el mercurio se desparrama y esparce infinitamente. Es pues muy importante ayudarles a construir una "estructura psíquica" que les permitirá evolucionar adecuadamente y adaptarse a cualquier situación a lo largo de su vida.

La terapia conductual se basa en tres principios básicos:

1. Hacer al niño responsable de sus comportamientos.
2. Recompensarle por su buen comportamiento.
3. Sancionarle de una forma especial por su mal comportamiento.

En general

1. Identificar y trabajar las habilidades y potencialidades.
2. Ambiente de estudio tranquilo.
3. Objetivos poco a poco, estables y hasta el final.
4. Entorno estructurado y constante. Mantener la calma.
5. No dejarse manipular ni permitir exhibiciones en público.
6. Ser perseverantes en la aplicación de las técnicas.

Bases del entrenamiento cognitivo conductual en el niño

1. Entrenamiento autoinstruccional. Las autoinstrucciones son las verbalizaciones mentales de los pasos que debemos realizar para resolver cuando una tarea. Por ejemplo si tenemos que señalar las diferencias entre dos dibujos, mental e inconscientemente sabemos que primero hemos de leer bien lo que nos piden, después miramos en conjunto y después vamos comparando figura a figura siguiendo un orden y los "comparamos" diciendo: "en este la chimenea tiene humo, en el otro también, la niña tiene coletas con lazos, en el otro no los hay". El niño afecto de TDA-H es incapaz de realizar este proceso mental y por eso deja cosas las tareas sin terminar; no sigue una sistemática. Para enseñarles a realizar esto existen métodos concretos de entrenamiento.

2. Entrenamiento atribucional. Las consecuencias de nuestros hechos las podemos atribuir a factores internos sobre los que tenemos control o sobre los que no lo tenemos y a factores externos con o sin control igual-

mente. El niño con TDA-H habitualmente los éxitos los atribuye a factores internos (a sí mismo) y los fracasos a factores externos sobre los que no tiene control; por ejemplo un suspenso no suele ser debido a no estudiar sino a que el examen ha sido sin avisar o han puesto algo que no entraba o el profesor me tiene manía. Este mecanismo es en realidad un mecanismo de protección ante la gran cantidad de pequeñas frustraciones diarias que sufren.

3. Autorregistro.
4. Ajuste autoevaluacional.
5. Mejorar la percepción social.
6. Entrenamiento en estrategias sociales.
7. Entrenamiento en autocontrol.

Consejos para el colegio

1. Tener un espacio dentro del aula reservado para exhibir el horario y/o programa de actividades que se seguirá durante el día.

2. Amortiguar los efectos del TDA-H evitando situaciones que favorezcan el descontrol.

3. Establecer reglas

-Reglas claras que se han de comunicar a los niños

-Involucrar a los niños de la clase en el proceso de establecer las reglas de conducta y las consecuencias que acompañarán a su incumplimiento.

-Establecer reglas y expectativas realistas.

-Exhibir las reglas en clase en un lugar visible.

-Se puede plantear la recompensa si se consiguen cumplir las reglas y más especialmente el niño afecto de TDA-H.

4. Sentar al niño cerca de la mesa del profesor.

5. Repetir las instrucciones y asegurarse de que las ha oído y entendido (hacérselas repetir).

6. Establecer contacto visual con el niño de forma frecuente.

7. Sentar al niño cerca de aquellos otros que no presenten problemas de conducta y puedan servirle de modelo (coterapeuta).

8. Exigirle una agenda o cuaderno para anotar las tareas y que sirva como vía de comunicación con los padres.

9. Elogiar con frecuencia, valorar el esfuerzo.

10. Permitirle válvulas de escape (levantarse, moverse).

11. Utilizar sistemas de puntos para modificar el comportamiento.

Consejos para los padres

1. Establecer reglas que han de ser firmes, sistemáticas y constantes, así como bien explicadas y explicitadas.

2. Conseguir una comunicación efectiva (ser claro y preciso, aceptar y expresar sentimientos del niño, conseguir que el refleje sus sentimientos, mantener un "balance positivo" con refuerzos frecuentes, utilizar una comunicación afirmativa.

3. Fomentar la autoestima del niño (quererlo y demostrarlo físicamente,)

4. Valorar y reforzar lo positivo.

5. Modificación de conductas: establecer prioridades, definir las conductas deseadas, planificar para intervenir a tiempo en situaciones problemáticas, utilizar reforzadores positivos, consecuencias negativas.

6. Mejorar las habilidades sociales mediante la identificación de las situaciones problemáticas, la búsqueda de solución a esta situación y posteriormente el "refuerzo" persistente.

7. Favorecer encuentros extraescolares controlados. Por ejemplo si va a ir a un cumpleaños planificarlo de forma que quizás sea mejor ir a mitad, cuando ya el niño del cumpleaños ha abierto sus regalos y cuando llega nuestro hijo en cuestión va a ser esperado por el regalo pero a él le va a hacer sentirse bien y si encima elegimos un regalo "de moda" va a ser mucho mejor; y ya enseguida se acaba el cumple y no ha dado tiempo a nuestro hijo a desbaratarse.

8. Buscar actividades extraescolares que favorezcan su autoestima. No es cuestión de apuntarlo a fútbol porque todos los niños juegan y resulta que al nuestro no le gusta, con lo cual no es bueno y aún empeora su autoestima. Hay que buscarle lo que realmente le guste.

9. Reconocer el esfuerzo del profesor y comunicarse con él.

Aceite de oliva y cáncer

Jesús Fleta Zaragozano

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud; Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Universitario «Lozano-Blesa». Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34:27-28]

Sr. Director

El aceite de oliva es un alimento constituyente de la dieta mediterránea y de consumo frecuente en nuestro medio. Produce múltiples efectos beneficiosos de tipo metabólico, reduce los niveles de lipoproteínas de baja densidad, desciende la tensión arterial e incrementa la capacidad fibrinolítica, entre otros efectos. Por otra parte, se sabe que en los países mediterráneos la mortalidad por cáncer es menor que en países en los que esta grasa no se consume habitualmente (1-5). En la presente carta se comenta, sucintamente, el posible efecto del aceite de oliva en la aparición de algunos tipos de cáncer.

Se cree que hasta el 80% de los procesos cancerosos están relacionados con la alimentación y están producidos por diferentes mecanismos. Uno de los más frecuentes es el estado oxidativo celular; es decir, cuanto mayor es la susceptibilidad oxidativa de las células, mayor es el riesgo de cáncer. Es en este aspecto donde el tipo de aceite y grasa es más determinante y también donde se explica el efecto protector que ejercen alimentos como frutas, verduras y hortalizas, gracias a los componentes antioxidantes que poseen, como compuestos fenólicos, carotenoides y vitaminas E y C.

La carcinogénesis se produce en tres etapas diferenciadas: iniciación, promoción y progresión. En la primera el agente carcinógeno (virus, radiaciones, agentes químicos) se fija al material genético de las células, produciendo mutaciones. El aceite de oliva, debido a su escaso contenido en ácidos grasos poliinsaturados y riqueza en agentes antioxidantes, especialmente la vitamina E, produce menos vulnerabilidad oxidativa en la célula y por lo tanto menos capacidad de que ésta mute (6).

En la segunda etapa la célula alterada genéticamente, se multiplica activamente y alcanza un estado precance-

roso, en forma de tumor benigno y localizado. En esta etapa la grasa saturada y los aceites de semilla favorecen la producción de sustancias específicas, como prostaglandinas, que deprimen el sistema inmune y por lo tanto la capacidad de eliminación de células extrañas o cancerígenas. El aceite de oliva impide que se formen estas sustancias en exceso, dificultando la promoción del cáncer, por su menor capacidad de producción de prostanoides (7,8).

En la última etapa, las células precancerosas se multiplican de manera incontrolada e invaden los distintos tejidos, provocando metástasis a través de la circulación. La mínima capacidad oxidativa creada por el aceite de oliva virgen interviene disminuyendo la capacidad de desintegración y luego dispersión de las células cancerígenas (9,10).

Existen evidencias experimentales y epidemiológicas de que el aceite de oliva es beneficioso en relación con el cáncer de mama y de colon, fundamentalmente, así como frente a cáncer de ovario, endometrio, próstata, estómago y pulmón, entre otros. Probablemente el efecto anticancerígeno se debe más a la vitamina E, beta caroteno y escualeno, contenidos en el aceite de oliva virgen extra, que al ácido oleico (11-18).

Hay que tener en cuenta que los mecanismos patogénicos del cáncer no se conocen bien, por lo que es prudente establecer medidas preventivas desde la infancia, especialmente de tipo dietético. Es probable que la carcinogénesis se lleve a cabo durante muchos años y la aparición del cáncer en la edad adulta sea la consecuencia del efecto de factores cancerígenos durante la edad infantil. Posiblemente, una dieta rica en antioxidantes, frutas, vegetales y aceite de oliva, puede evitar, en parte, una de las causas más frecuentes de muerte en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simopoulos A. Essential fatty acids in health and chronic disease. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 5605-5069. I. Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1997; 33: 1075-1107.
2. Erickson KL. Dietary fat, breast cancer and non-specific immunity. *Nutr Rev* 1998; 56: 99-105.
3. Franceschi S, Favero A. The role of energy and fat in cancers of the breast and colon-rectum in a southern European population. *Ann Oncol* 1999; 10: 61-63.
4. Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Cancer mortality in Europe, 1990-1994, and an overview of trends from 1955 to 1994. *Eur J Cancer* 1999; 35: 477-516.
5. Serra-Majem L, La Vecchia C, Ribas-Barba L, Prieto-Ramos F, Lucchini F, Ramon JM et al. Changes in diet and mortality from selected cancers in southern Mediterranean countries, 1960-1989. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: 25-34.
6. Visioli F, Bellomo G, Galli C. Free Radical-scavenging properties of olive oil polyphenols. *Biochem Biophys Res Commun* 1998; 247: 60-64.
7. Fischer SM. Prostaglandins and cancer. *Front Biosc* 1997; 2: 482-500.
8. Rose DP. Dietary fatty acids and cancer. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 998-1003.
9. Carroll KK. Dietary fats and cancer. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 1064-1065.
10. Russo J, Russo IH. Cellular basis of breast cancer susceptibility. *Oncol Res* 1999; 11: 169-178.
11. Boylan ES, Cohen LA. The influence of dietary fat on mammary tumor metastasis in the rat. *Nutr Cancer* 1986; 8: 193-200.
12. Braden LM, Carroll KK. Dietary polyunsaturated fat in relation to mammary carcinogenesis in rats. *Lipids* 1986; 21: 285-288.
13. Reddy BS. Dietary fat and colon cancer: animal model studies. *Lipids* 1992; 27: 807-813.
14. Sugimura T. Nutrition and dietary carcinogens. *Carcinogenesis* 2000; 21: 387-395.
15. Martin JM, Willett WC, Gorgojo L, et al. Dietary fat, olive oil intake and breast cancer risk. *Int J Cancer* 1994; 58: 774-780.
16. Albanes D, Malila N, Taylor PR, et al. Effects of supplemental alpha-tocopherol and beta carotene on colorectal cancer: results from a controlled trial. *Cancer Causes Control* 2000; 11: 197-205.
17. Sánchez A, Martínez MA, Martínez JA. Dieta mediterránea y cáncer: evidencias epidemiológicas. *Alim Nutr Salud* 2003; 10: 1-9.
18. Newmark HL. Is oleic acid or squalene the important preventive agent? *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 502.

Propuesta de evaluación del trastorno por déficit de atención. Recursos actuales

M.C. García Jiménez*, J. López Pisón**, J. Mengual Gil***

*C.S. Buñuel (Navarra). **Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza). ***C.S. Oliver (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34:29-34]

PROPUESTA DE EVALUACIÓN Y ACTUACIÓN

Tras hacer unas consideraciones previas, se presenta una pauta de actuación para la evaluación del niño que consulta por problemas escolares y/o de conducta. Al pediatra de Atención Primaria le «toca» enfrentarse a esta patología, de tan elevada prevalencia, ya que habitualmente la familia confía en él; además, al precisarse un abordaje multidisciplinar, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, el pediatra puede ser la persona idónea para enfocar y dirigir el proceso. Debe por tanto estar preparado para su manejo. Proponemos el uso de una encuesta en concreto (EDAH para profesores), pero ha de quedar claro que existen multitud de ellos que pueden utilizarse. Creemos que lo importante es saber utilizar la que se use.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) no es una entidad homogénea. El TDA-H y los trastornos de aprendizaje requieren un diagnóstico funcional, de funciones de conducta y cognitivas que son evolutivas al estar los niños creciendo. Además de que no existen marcadores biológicos, la exploración clínica, neurológica y el comportamiento de los niños en la consulta pueden ser completamente normales, ya que muchas veces en ambientes estructurados y novedosos son capaces de controlarse muy bien. La lógica y el sentido común abogan por un componente genético y una base neurobiológica, pero hasta el momento no se han demostrado alteraciones concluyentes ni en el cerebro ni en los genes.

El diagnóstico se establece por los criterios DSM-IV que, aunque discutidos, son los más universalmente aceptados. Siempre que se plantea el diagnóstico de TDA-H se debe realizar una adecuada valoración psicopedagógica, puesto que el TDA-H asocia en un 50% de los casos trastornos de aprendizaje, especialmente dislexia, que precisan tratamiento específico. Igualmente, cuando se identifican problemas específicos de aprendizaje se debe valorar la existencia de un TDA-H. Los criterios DSM-IV son subjetivos, la interpretación de los test psicopedagógicos no

es fácil, se requiere experiencia, y además los datos son cambiantes en niños en pleno proceso de maduración. Los síntomas de TDA-H y dificultades del aprendizaje son habituales en niños en edades preescolares, antes de los 6-7 años, por lo que no se aconseja establecer dichos diagnósticos a esas edades, aunque se deben iniciar las intervenciones psicopedagógicas que se precisen.

No es fácil trazar una línea divisoria clara entre el TDA-H y la normalidad, entre TDA-H con problemas de aprendizaje y deficiencia mental leve, ni entre casos graves de TDA-H y casos leves dentro del espectro autista. Existen casos de TDA-H sintomáticos debidos a muy diversas encefalopatías (síndrome de X-frágil, neurofibromatosis, diversas epilepsias...) que aconsejan comprobar la normalidad neurológica y del desarrollo psicomotor; además de establecer el perfil psicológico.

No vemos problema en indicar, de acuerdo con los padres, tratamiento con estimulantes de prueba en pacientes que no cumplen criterios de TDA-H, pero manifiestan problemas de rendimiento escolar o de comportamiento en relación con la inatención, la hiperactividad o la impulsividad. No todos los niños con TDA-H responden a los estimulantes y, sin embargo, pueden mejorar algunos niños que no cumplen criterios. Creemos una práctica aconsejable, en los casos en los que los estimulantes son efectivos, probar a suprimirlos periódicamente, preferentemente a final del curso escolar, y no volver a instaurarlos hasta ya comenzado el curso siguiente, para comprobar su necesidad y su efectividad. Si al suprimirlo en verano, se comprueba su necesidad, contribuirá también a afianzarnos en su prescripción.

Como se puede observar, el TDA-H agrupa niños con problemas leves y con problemas graves. El diagnóstico de TDA-H es pues aplicable a niños normales y a niños con deficiencia mental, con autismo y con trastornos psiquiátricos graves. La población es muy heterogénea. Por todo ello, es inadecuado que los niños sin un diagnóstico establecido sean dirigidos por los colegios y creemos que lo correcto es que sea su pediatra quien los dirija, al que le corresponde afrontar la orientación diagnóstica inicial y

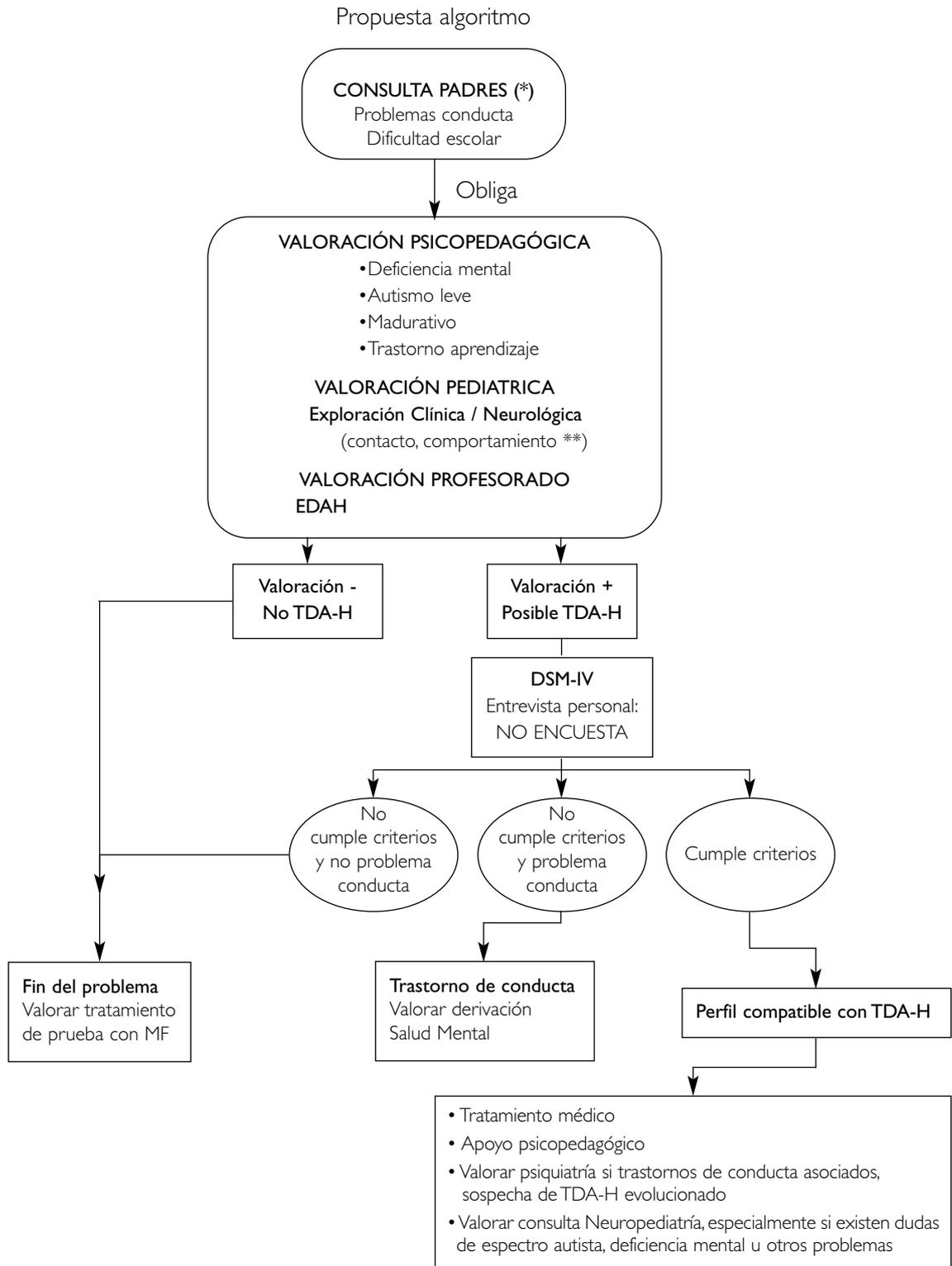
Correspondencia: M^a Concepción García Jiménez.

Calle Celso Emilio Ferreiro, 12, 1^o H. 50017 ZARAGOZA, e-mail: inmagarcia@vodafone.es

Recibido en marzo de 2004. Aceptado para su publicación en abril de 2004.

derivar a los diferentes Servicios Públicos existentes, sanitarios, educativos y sociales. Ante la duda, es mejor no establecer diagnósticos o inclinarse hacia el diagnóstico menos grave. La delineación de perfiles neuropsicológicos y el ajuste de las intervenciones a dichos perfiles puede ser más efectivo que establecer etiquetas diagnósticas, espe-

cialmente en casos poco claros y de carácter evolutivo en niños que están creciendo y madurando. La etiqueta diagnóstica no debe implicar la pérdida de la individualidad de cada caso, con sus particularidades no implícitas en el diagnóstico. No estamos tratando con enfermos o con trastornos, estamos tratando con «personitas» creciendo.



(*) Bien por iniciativa propia o enviados por el colegio: conducta no acorde con el tipo de educación recibida y el ambiente familiar y/o rendimiento escolar no acorde con su capacidad intelectual. Se ha de tener en cuenta que el proceso diagnóstico debe valorarse en el marco del desarrollo; es decir, los síntomas tienen sentido únicamente cuando son EXCESIVOS / INAPROPIADOS para lo esperado en un niño de la misma edad e igual nivel intelectual.

(**) Se intenta descartar cualquier enfermedad sensorial o neurológica; no estaría en principio indicado realizar rutinariamente pruebas complementarias como el EEG o los estudios de neuroimagen, a no ser que se identifique en la exploración clínica aspectos específicos que nos lo indicarían en cualquier niño.

Es aconsejable tener diferentes modelos de informes

1. Para el profesor. Cuestionario EDAH para conocer su opinión respecto al niño. Dados los problemas de comportamiento y/o aprendizaje, debe establecerse la valoración psicopedagógica oportuna (en el Colegio o a través de Educación) que permita descartar trastornos específicos de aprendizaje.

2. Para los padres y profesores. El desarrollo psicomotor y la exploración neurológica del niño son normales, y actualmente no cumple criterios de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, lo que no excluye que no deban aplicarse las medidas psicopedagógicas oportunas para mejorar su aprendizaje y/o rendimiento escolar.

3. Para los padres y profesores. El desarrollo psicomotor y la exploración neurológica del niño son normales, y actualmente no cumple criterios de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, lo que no excluye que no deban aplicarse las medidas psicopedagógicas oportunas para mejorar su aprendizaje y/o rendimiento escolar. Se decide, de acuerdo con los padres, probar tratamiento con metilfenidato por ver si se obtiene mejoría.

4. Para los padres y profesores. El niño cumple actualmente criterios de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, por lo que además de aconsejar las medidas psicopedagógicas oportunas hemos instaurado, de acuerdo con los padres, se decide iniciar tratamiento con metilfenidato.

RECURSOS ACTUALES

Saber que recursos existen es complicado, pero saber como funcionan lo es aun más. Se ha realizado una estrategia de búsqueda consultando las siguientes bases de datos institucionales, páginas web y entrevistas personales con 'personas clave':

Entrevistas personales

- Director Salud Mental
- Psicólogo de Equipo orientación

- Psicóloga Orientadora Colegio Publico
- Psiquiatra y Psicóloga de Equipo de SMII
- Pediatras de Atención Primaria
- Presidente de la Asociación de Padres

Bases de datos de SALUD

- Salud Mental
- Atención Primaria
- Especializada
- Hospitales

Bases de datos de Educación DGA

Páginas web

Después de este trabajo, hemos obtenido algunas **conclusiones**:

1. Existen suficientes EOEP (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica) en el ámbito educativo, para valorar adecuadamente a los niños sospechosos de TDAH.

2. Faltan recursos para el seguimiento y tratamiento cognitivo-conductual dentro de la escuela.

3. Faltan apoyos para los profesores de las clases de estos niños, para que puedan desarrollar las normas adecuadas.

4. Faltan recursos en Salud Mental Infanto-juvenil. No todos los sectores sanitarios disponen de Unidades. Según el Plan estratégico de Salud Mental 2002-2010 para Aragón, la mayoría de ellas no tiene el personal suficiente, están pendientes de completar plantillas.

5. La mayoría están sobrecargadas y difícilmente pueden realizar un buen seguimiento, aunque en algunas zonas privilegiadas trabajan bastante bien estos problemas.

6. Las Unidades de Salud Mental infanto-juvenil son la derivación correcta cuando sospechemos trastornos de conducta.

7. Las consultas de Neuropediatría existentes en nuestra comunidad, deben de valorar los niños en los que sospechamos problemas más serios y si la edad es menor de 6 años.

8. Parece razonable derivar a los niños menores de 6 años, en los que nos planteemos dudas sobre su adaptación, comportamiento y desarrollo psicomotor, a los Equipos de Atención Temprana, para su valoración y seguimiento.

9. Existe una Asociación de Padres en Aragón A-ATEDA (www.tda-h.com/Activateda.html) que desarrolla diversas actividades para estos niños y algunas para los padres,

- Entrenamiento en distintas habilidades
- Aire libre
- Musicoterapia
- Masajes para padres
- Colaboración con colegios

Huesca. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Equipos de atención temprana

Nombre del centro	Localidad	Dirección	DP	Teléfono
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Jaca	Avda. del Ferrocarril, s/n	22700	974363200
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Monzón	Plaza de Santa María 2, 3º	22400	974/415858
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Sabiñánigo	Luis Buñuel, 2	22600	974/482139
Centro san francisco de sales	Huesca	Ramón J. Sender, 9	22005	974/227783
Centro san jorge	Huesca	Pasaje de Cosme Blasco, 6	22004	974/227962
Centro de educación especial reina sofía	Monzón	Molino, s/n	22400	974/403500
Centro base de huesca	Huesca	Joaquín Costa, 24	22003	974/225650
Centro down huesca	Huesca	Avda. de los Danzantes, 24	22005	974/222805
Equipo de atención temprana	Huesca	Pº de Lucas Mallada, s/n., 2º	22006	974/245936
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Fraga	Pº de la Constitución, s/n.	22520	974/473021
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Graus	Mártires, 10	22430	974/546062
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Huesca	Pº de Lucas Mallada, s/n., 2.º	22006	974/245366

Zaragoza. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Equipos de atención temprana

Nombre del centro	Localidad	Dirección	DP	Teléfono
Centro base de zaragoza	Zaragoza	Santa Teresa de Jesús, 19-21	50006	976 55 41 06
Equipo de atención temprana	Zaragoza	Avda. de Goya, 58-2.º	50005	976 22 92 98
Equipo de atención temprana	Zaragoza	José Galiay, s/n.	50008	976 41 36 12
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Alagón	Plaza de Fernando el Católico, 10, 3.º A	50630	976 61 18 45
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Calatayud	Hernández ardavín, s/n.	50300	976 88 56 90
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Caspe	Guma, s/n.	50700	976 63 16 08
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Ejea de los Caballeros	Pº de la Constitución s/n.	50600	976 66 28 77
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Fuentes de ebro	Ayuntamiento	50740	976 16 01 36
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	La almunia de Doña Godina	Goya, s/n.	50100	976 81 25 52
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Tarazona	Avda. de Navarra, 21	50500	976 64 35 63
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Pignatelli, s/n.	50004	976 44 64 25
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Avda. de Goya, 58, 2.º	50005	976 22 92 73
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Cuarta Avenida, s/n.	50007	976 38 89 51
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Castillo de Palomar, s/n.	50010	976 33 15 82
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Corona de Aragón, 42	50010	976 35 81 66

Zaragoza. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Equipos de atención temprana (continuación)

Nombre del centro	Localidad	Dirección	DP	Teléfono
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Doctor Iranzo, s/n.	50013	976 59 44 13
Equipo de orientación educativa y psicopedagógica	Zaragoza	Cañón de Añisclo, s/n.	50015	976 51 85 55
Centro de educación especial Los pueyos, s.l	Villamayor de Gállego	Carretera de Sariñena, s/n.	50162	976 57 02 44
Centro de educación La Purísima	Zaragoza	Corona de Aragón, 54.	50009	976 55 22 49
Centro de educación Paidos	Zaragoza	Diego Fecet, 41	50009	976 55 84 40
Centro de educación El cariño	Zaragoza	Carretera de Logroño, km. 7, 800	50011	976 33 89 76
Centro de educación especial San Antonio-Santa ana	Zaragoza	Camino de Miralbueno, 67	50011	976 33 19 40
Centro de educación especial Vértice	Zaragoza	Camino de Fuentejunquera, s/n.	50012	976 56 60 49
Centro de educación Alborada	Zaragoza	María de Echarri, s/n.	50015	976 51 05 20
Centro de educación especial Cedes	Zaragoza	San Cristóbal, s/n.	50015	976 51 51 21
Centro de educación especial san germán (ASPACE)	Zaragoza	Carretera de Huesca, s/n.	50015	976 51 65 22

Teruel. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica. Equipos de atención temprana

Nombre del centro	Localidad	Dirección	DP	Teléfono
EOEP de Alcañiz	Alcañiz	Las Monjas, 17	44600	978 83 28 81
EOEP de Andorra	Andorra	San Isidro Labrador, 2	44500	978 84 34 78
EOEP de Calamocha	Calamocha	Melchor de Luzón, 6	44200	978 73 17 97
EOEP de Cantavieja	Cantavieja	Carretera de la Ilesuela, s/n	44140	964 18 52 08
EOEP de Teruel	Teruel	Miguel Servet, 2 bajo	44002	978 60 26 93
EOEP de Utrillas	Utrillas-	Avda. Señores Baselga, s/n.	44760	978 75 80 56
Equipo de Atención Temprana	Utrillas	Avda. Señores Baselga, s/n.	44760	978 75 83 55

Centros Base Atención Temprana

Nombre del centro	Localidad	Dirección	DP	Teléfono
Centro Base	Huesca	Joaquín Costa, 22	22002	974 22 56 50
Centro Base	Teruel	Avda. Sanz Gadea, 2	44002	978 64 13 25
Centro Base I	Zaragoza	Santa Teresa, 19-21	50006	976 55 41 06
Centro Base II	Zaragoza	Poeta Luis Cernuda, s/n.	50015	976 52 99 50

UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (HASTA LOS 18 AÑOS)

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Teruel

Ronda de Liberación, 1. 44002, Teruel
Tlf.: 978 64 11 57

Unidad Infanto Juvenil Huesca

C/ Joaquín Costa, 26-bajos. 22002. Huesca
Tlf.: 974 24 61 63

Unidad de Salud Infanto-Juvenil «Actur Sur»

C/ Gómez de Avellaneda, 3. 50015, Zaragoza
Tlf.: 976 52 48 45

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil H.C.U

C/ San Juan Bosco, 15. 50009, Zaragoza
Tlf.: 976 55 64 00

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil «Muñoz Fernández»

Paseo Sagasta, 52. 50008, Zaragoza
Tlf.: 976 25 80 21
Horario de tardes.



BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA



Normas de publicación

El Boletín es el órgano de expresión fundamental de la Sociedad de Pediatría de Aragón, la Rioja y Soria. Por ello, además de cumplir con su obligación de difundir las actividades de la Sociedad, pretende ser portavoz de toda problemática sanitaria y fundamentalmente pediátrica de la región geográfica que engloba. En el Boletín se contemplan las siguientes secciones:

Artículo Original

Originales: Trabajos de investigación con diseños de tipo analítico transversal, longitudinal, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados.

Casos Clínicos

Casos clínicos: Descripción de uno o varios casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad referida.

Cartas al Director

Cartas al director: Discusión de trabajos publicados recientemente en el Boletín y la aportación de observaciones o experiencias que puedan ser resumidas en un texto breve.

Editorial

Editoriales: Discusión de avances recientes, de interés particular o de temas básicos para la formación continuada en Pediatría.

Artículos Especiales

Artículos especiales: Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de revisión o recopilación y que, por sus características, no encajen bajo el epígrafe de Editorial.

Sesiones de la Sociedad

Sesiones de la Sociedad: Comunicaciones, mesas redondas, sesiones de formación, etc., que sean desarrolladas por la Sociedad. Los autores confeccionarán un resumen que se hará llegar a la redacción del Boletín en los días siguientes a la sesión.

Se podrán editar números monográficos extraordinarios, siempre que el Comité de Redacción y los autores interesados decidan conjuntamente las características de los números.

Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos se presentarán en hojas DIN A4, mecanografiadas a doble espacio y dejando márgenes no inferiores a 2,5 cm. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente, comenzando por la página titular. La extensión de los trabajos no debe sobrepasar los ocho folios en los artículos originales o editoriales, y cinco folios en los casos clínicos. Los apartados serán: página titular; resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todos los trabajos irán acompañados de soporte informático, indicando el sistema operativo y programa utilizados.

Página titular: Título original; nombre y apellidos del autor o autores; nombre del centro de trabajo y población; fecha de envío; y nombre, dirección, número de teléfono, fax y e-mail del autor al que debe dirigirse la correspondencia.

Resumen y palabras clave: La extensión del resumen no será superior a doscientas palabras. El contenido del resumen de los artículos originales y casos clínicos deberá ser estructurado en varios de los siguientes apartados: antecedentes, objetivos, material y métodos, descripción del caso clínico, resultados y/o conclusiones. Se incluirán de tres a diez palabras clave al final de la página donde figure el resumen.

Se adjuntará una correcta traducción al inglés del título, resumen y palabras clave.

Iconografía: El número de fotografías y figuras deberá ser el mínimo indispensable para la buena comprensión del texto. Se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa por orden de aparición en el texto. En el dorso de la figura se indicará el número, nombre del primer autor y orientación de la misma. Las figuras se entregarán separadas del texto, sin montar, en blanco y negro. En una hoja incorporada al texto se escribirán los correspondientes pies de cada figura.

Tablas: Serán numeradas con caracteres romanos por orden de aparición en el texto, escritas a doble espacio y en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo.

Bibliografía: Las citas bibliográficas deben estar numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto, figurando el número entre paréntesis. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última páginas. Deben mencionarse todos los autores; cuando sean siete o más se citarán los tres primeros y se añadirán después las palabras 'et al'. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen varios ejemplos:

Artículo: Carrasco S, Guillén T, Marco M, Ramírez JM, Pastor I. Síndrome del desfiladero torácico. Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1997; 27: 186-192.

Libro: Fomon SJ. Infant Nutrition. 2ª edición. Filadelfia/Londres/Toronto:WB Saunders; 1974. p. 230-242.

Capítulo de libro: Blines JE. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA, eds. Gastroenterología pediátrica práctica. 2ª edición. Madrid: Ergon; 1996. p. 25-27.

No deben incluirse en la bibliografía citas del estilo de 'comunicación personal', 'en preparación' o 'sometido a publicación'. Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. Ejemplos:

Comunicación personal: (López López A. Comunicación personal).

Trabajos no publicados: (Salinas Pérez C. Estudio patogénico de la neuropatía IgA. En preparación) (Smith J. New agents for cancer chemotherapy. Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 de Junio 1983, New York).

Los trabajos se enviarán para su publicación a Pilar Samper Villagrasa, C/Santa Teresa de Jesús, 21, 3º, 50006 Zaragoza. La secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha posible de publicación.

