

TDAH/THK EN PRESCOLARES: ¿Diagnóstico y tratamiento?

JORNADA TDAH 10^o Aniversario

Fundación adana, 17 de noviembre de 2007

TDAH/THK EN PRESCOLARES: controversias


EDUCACIÓN - PROBLEMAS EN LAS AULAS

Tratamiento: combinación de fármacos y técnicas de modificación de conducta

El diagnóstico del TDAH no puede hacerse antes de los seis años

Natalia Torres
Santa Cruz

El tratamiento multidisciplinar basado en terapias psicológicas y en la administración de fármacos es la solución médica que se da al TDAH. Así lo afirma, Pedro Javier Rodríguez Hernández, pediatra especializado en psiquiatría infantil, adscrito al Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Universitario de La Candelaria.



Según explica Rodríguez, "primero hay que aplicar un tratamiento psicológico a través de técnicas de modificación de conducta que se explican tanto a los padres como al niño y que se desarrollan en el ámbito familiar, logrando que se mejoren los síntomas de impulsividad, los problemas de atención y las hipercinésis (movimientos rápidos)".

El segundo aspecto se basa en cómo trabajar desde el colegio ya que "es allí donde el niño pasa la mayor parte del tiempo, por tanto tenemos que ver si se comporta igual en casa que en el aula y actuar conjuntamente también a través de técnicas de modificación de conducta", afirma Pedro Rodríguez.

El tercer aspecto es el tratamiento farmacológico, que es el que más preocupación causa en los padres, pero según explica el experto "se trata de aplicar al niño, o la niña, un medicamento que se llama psicoestimulante, con el que a través de la toma de una pastilla cada mañana, conseguimos que el niño disminuya su impulsividad y aumente su concentración, y en definitiva, mejore".

Rodríguez asegura que "es un fármaco que se viene utilizando desde hace más de 35 años y que prácticamente no tiene efectos secundarios y lo más importante es que no es un tranquilizante. Es un estimulante, una molécula, y su funcionamiento es igual que el del café en los adultos, que lo tomamos cuando queremos estudiar y nos concentramos. En los niños hiperactivos este fármaco les ayuda a concentrarse mejorando su bienestar".

Probablemente, continúa explicando Rodríguez, "haya otros fármacos de uso diario en la consulta del pediatra que tengan más efectos secundarios".

Para Rodríguez resulta fundamental la aplicación conjunta de las tres fases, puesto que "todos los estudios clínicos afirman que el mejor tratamiento es el estudio combinado, si falta alguna de las patas de estas tres modalidades el proceso deja de ser óptimo".

Pedro Rodríguez afirma que el diagnóstico precoz del TDAH es fundamental para conseguir un a terapia adecuada y que se debe realizar a los seis años, nunca antes de esta edad.

- las ayudas europeas a África a un mayor control de fronteras
- Ya son 2.912 los inmigrantes 'sin papeles' retenidos en los centros de las Islas
- El PSOE cree "despreciable" que Acebes relacione la inmigración con delincuencia
- CC cree que Madrid apoya la resolución de la Armada
- Cruz Roja demanda más atención de Europa a Canarias

Cerca de un 75% de los prescolares con criterios diagnósticos de TDAH (DSM-IV-TR) y desajuste funcional en dos o más áreas no son remitidos a evaluación y/o tratamiento para recibir atención psiquiátrica especializada (Lavigne et al., 1998; Egger et al., 2006)

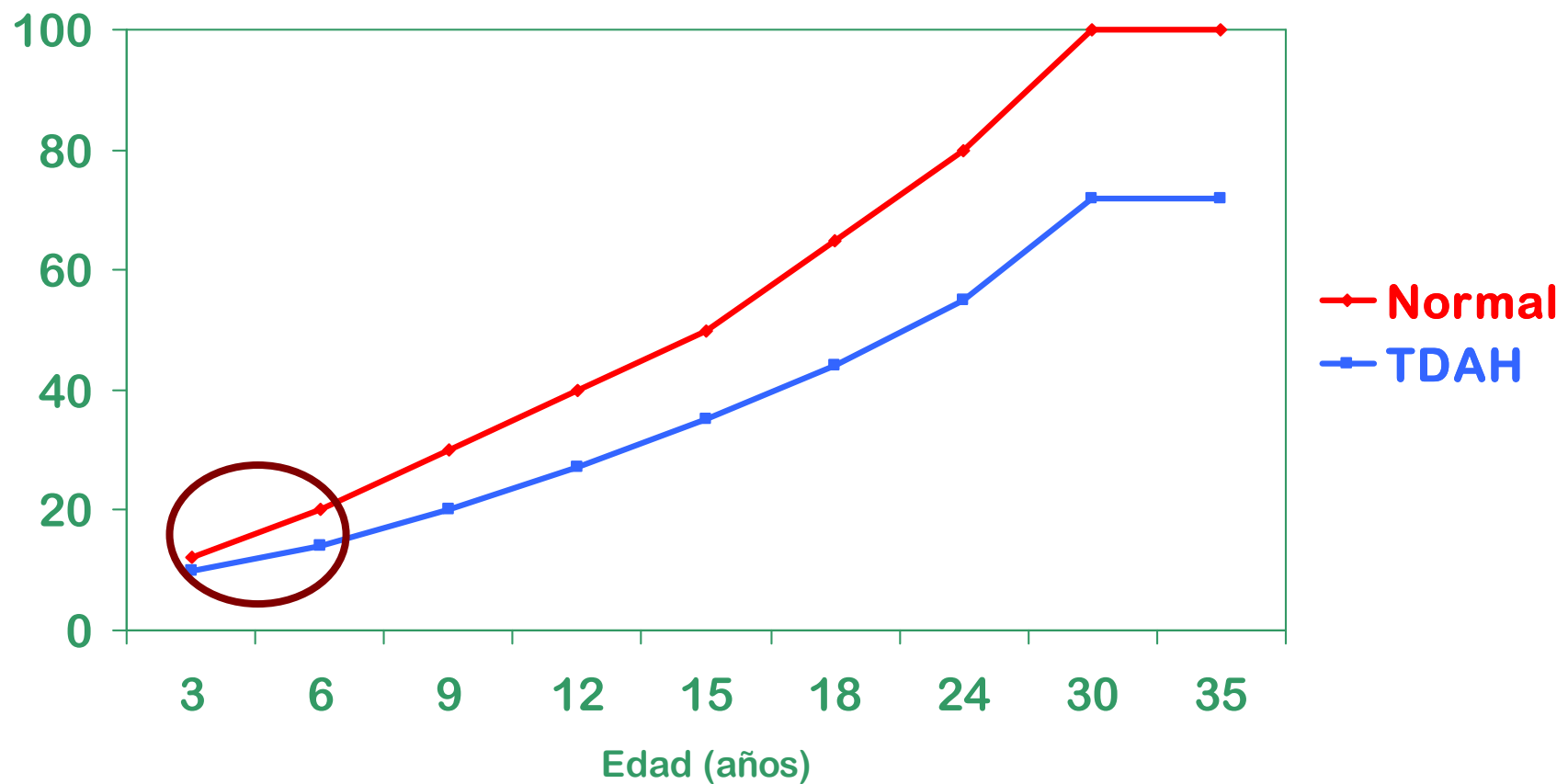
TDAH/THK EN PRESCOLARES: controversias

“Los problemas comportamentales típicos del trastorno hiperactivo son de comienzo precoz (antes de los 6 años) y de larga duración. Sin embargo, antes de la escolarización es difícil reconocer la hiperactividad a causa de la gran variabilidad dentro de la normalidad; sólo los niveles extremos permiten el diagnóstico en niños que no han comenzado la escolarización.”

TDAH/THK EN PRESCOLARES: controversias

- **El Manual Estadístico y Diagnóstico de Cuidados Primarios (DSM-PC) en su Versión del Niño y del Adolescente proporciona una guía de las conductas más comunes observadas en la infancia:**
 - **Variación normal de la hiperactividad/impulsividad:** corre en círculos, no descansa, tropieza con objetos/personas y hace preguntas constantemente
 - **Variación normal de la atención:** el preescolar tiene dificultad para concentrarse, excepto por breves momentos, en los libros de cuentos o en tareas que requieren tranquilidad, tales como colorear o pintar

Desarrollo de la inhibición conductual y la autorregulación



TDAH/THK EN PRESCOLARES: controversias

- ❑ Hasta un 40% de los prescolares, a los 4 años, presentan suficientes dificultades **atencionales** para preocupar a padres y/o profesores. No obstante, **suelen ser transitorias y desaparecer en 3-6 meses** (Palfrey et al., 1985)
 - ❑ La **hiperactividad**, aunque clínicamente relevante en el TDAH, **parece no ser un criterio suficiente para diferenciar** prescolares normales de hiperactivos a pesar de las quejas de sus cuidadores (Byrne et al., 1998)
 - ❑ La **impulsividad** es un núcleo sintomático **poco estable** en el tiempo (Lahey et al., 2005)
 - ❑ Las **dificultades conductuales y sociales** asociadas son un rasgo compartido con demasiados diagnósticos como para ser sensibles y/o específicas “*per se*” (Blackman, 1999)
-

TDAH/THK EN PRESCOLARES: controversias

- ❑ La sintomatología del TDAH varía con la edad de diagnóstico, pudiendo no mostrarse completamente hasta la edad escolar
- ❑ En prescolares el TDAH frecuentemente asocia oposicionismo y otros trastornos de conducta, por lo que tiende a ser más persistente y complejo
- ❑ Aún sin alcanzar criterios diagnósticos, en la edad escolar el TDAH puede generar estilos parentales negativos y coercitivos que persistirán en el tiempo



Evaluación y diagnóstico

Prevalencia del TDAH en prescolares

- 2-5,7% de los prescolares se ajustan al diagnóstico de TDAH (Lavigne et al., 1996; Keenan et al., 1997; Kratochvil et al., 2004; Egger et al., 2006)
 - Dunedin Multidisciplinary Health & Developmental Study: prevalencia de 2% (DSM-III) con 3 años de edad (McGee et al., 1991)
 - La prevalencia en niños duplica la de las niñas (Carlson et al., 1997; Barbaresi et al., 2002; Rowland et al., 2002)
 - En estudios comunitarios, los profesores tienden a sobredimensionar el TDAH en relación a los padres (Gadow et al., 2001)
-

Continuidad del TDAH en prescolares

- El 70% de los escolares diagnosticados de TDAH presentaban síntomas que afectaban su día a día a los 4 años o antes (Connor et al., 2003)
- Dunedin Study: los síntomas persisten en la edad escolar y la adolescencia en cerca del 75% (McGee et al., 1991)
- Hay una notable continuidad de los trastornos externalizantes en la adolescencia y la vida adulta (Caspi et al., 1996; Lavigne et al., 1998; Hofstra et al., 2002; Pihlakoski et al., 2006)

***“Hard-to-manage”*. prescolares (1-3 años)**

- Variaciones temperamentales
- Trastornos del desarrollo motor
- Alteraciones de la regulación (sueño, apetito)
- Adaptabilidad social limitada
- Disregulación emocional
- Peor funcionamiento cognitivo
- Respuestas excesivas a los estímulos ambientales
- Interacciones del niño con el padre/madre alteradas
- Tendencia a la inatención y gran necesidad de control y apoyo paternos

Sonuga-Barke et al., 2005

***“Hard-to-manage”*. prescolares (4-6 años)**

- Menor intensidad y duración en el juego
 - No presta atención (variable, según el foco de atención)
 - Inquietud motora
 - Accidentes frecuentes
 - Problemas asociados:
 - Dificultades de aprendizaje
 - Conductas negativistas y desafiantes
 - Problemas de adaptación social
 - Conductas agresivas
 - Problemas en el desarrollo del lenguaje
-

TDAH en prescolares: descripciones por los padres

- Inquietos, siempre activos, subiéndose continuamente a todo
- Accidentes frecuentes
- Precisan supervisión constante
- Persistentemente demandantes
- Curiosidad insaciable
- Desafiantes, opositores, desobedientes (30-60%, sobre todo los varones)
- Rabiets más frecuentes e intensas
- Las madres se ven a así mismas (precisan ser) más “castigadoras”, exigentes, “mandonas” y vigilantes
- Percepción personal de menos capacidades para la crianza

TDAH en prescolares: problemas asociados (1)

- Trastornos en el desarrollo motor (sobre todo en motricidad fina)
- Trastornos en la adquisición del lenguaje
- Problemas con el sueño y la alimentación
- Dificultades con el control de esfínteres
- Funcionamiento cognitivo anómalo

Presentes en más del 50% de las muestras

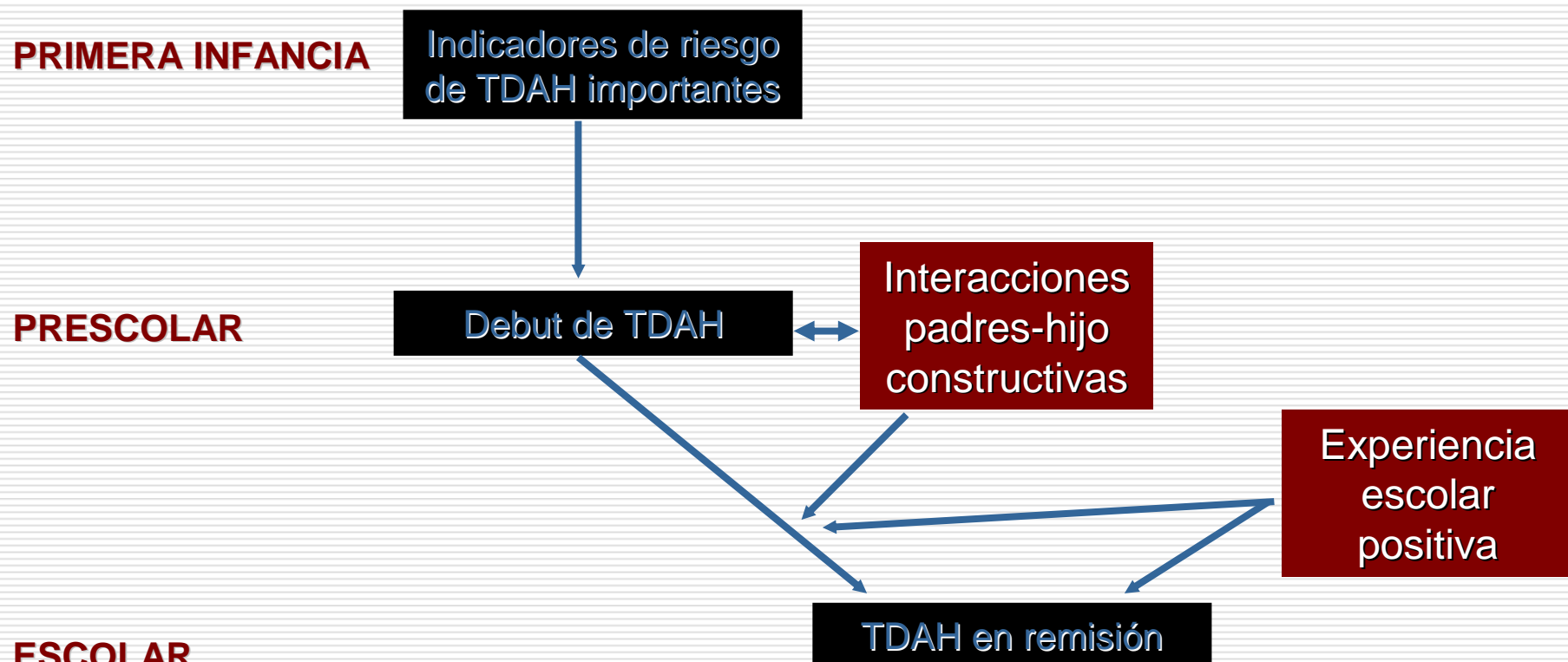
TDAH en prescolares: problemas asociados (2)

- Primeras adquisiciones dificultadas: habilidades lectoras, conceptos matemáticos simples
- Vida familiar distorsionada (problemas para encontrar terceras personas que cuiden del niño)
- “Expulsiones” de la guardería
- Estrés relacionado con la vida social:
 - Problemas en la guardería/colegio
 - Quejas de profesores, cuidadores y otros padres
 - Escasas habilidades prosociales
 - Agresividad

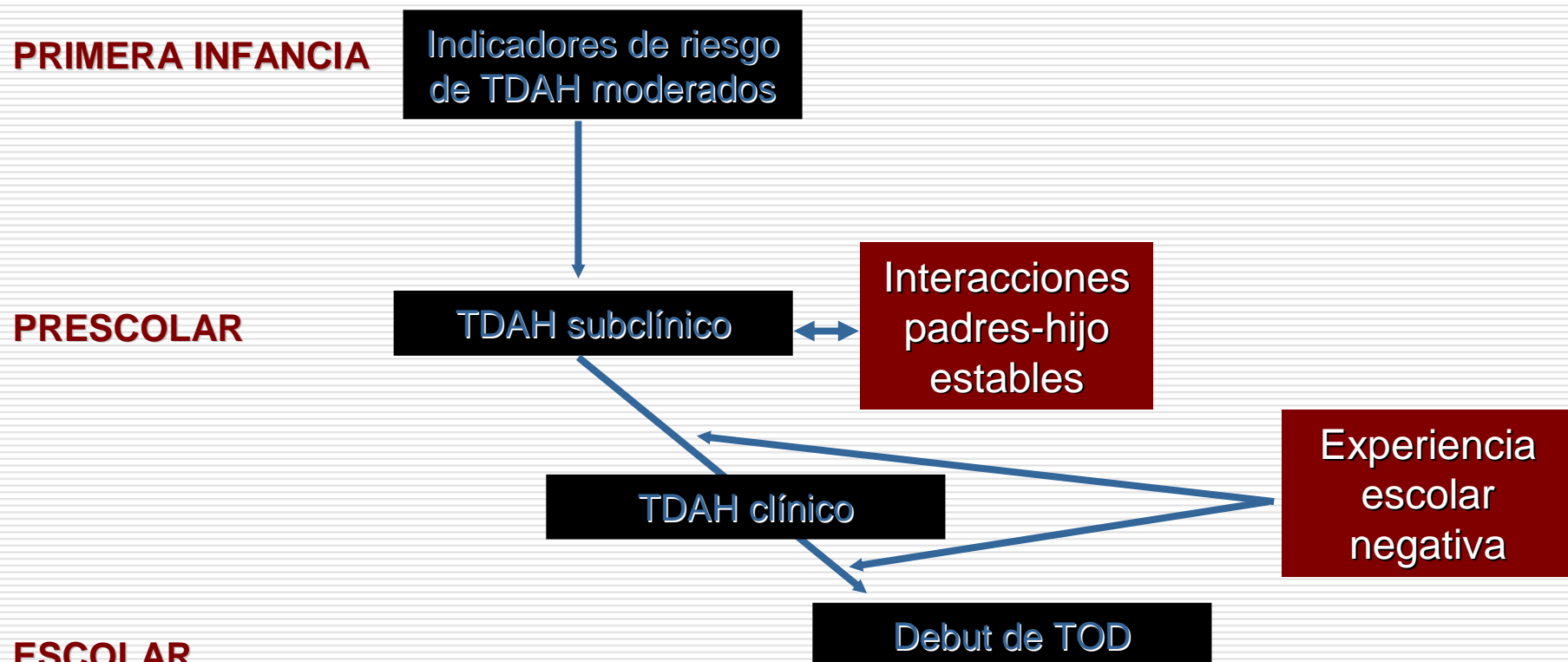
TDAH en prescolares: comorbilidad

- Más comorbilidad que en escolares (Lavigne e al., 1996)
- Alta probabilidad de presentar: **TOD, TC, trastornos afectivos** (Egger et al., 2006)
- Alta probabilidad de presentar trastornos de desarrollo: **habilidades motoras finas, trastornos del lenguaje**, etc. (Sonuga-Barke et al., 2003)
- Todo ello es indicativo de mayor gravedad y persistencia (Campbell, 1987; Sonuga-Barke et al., 1997)

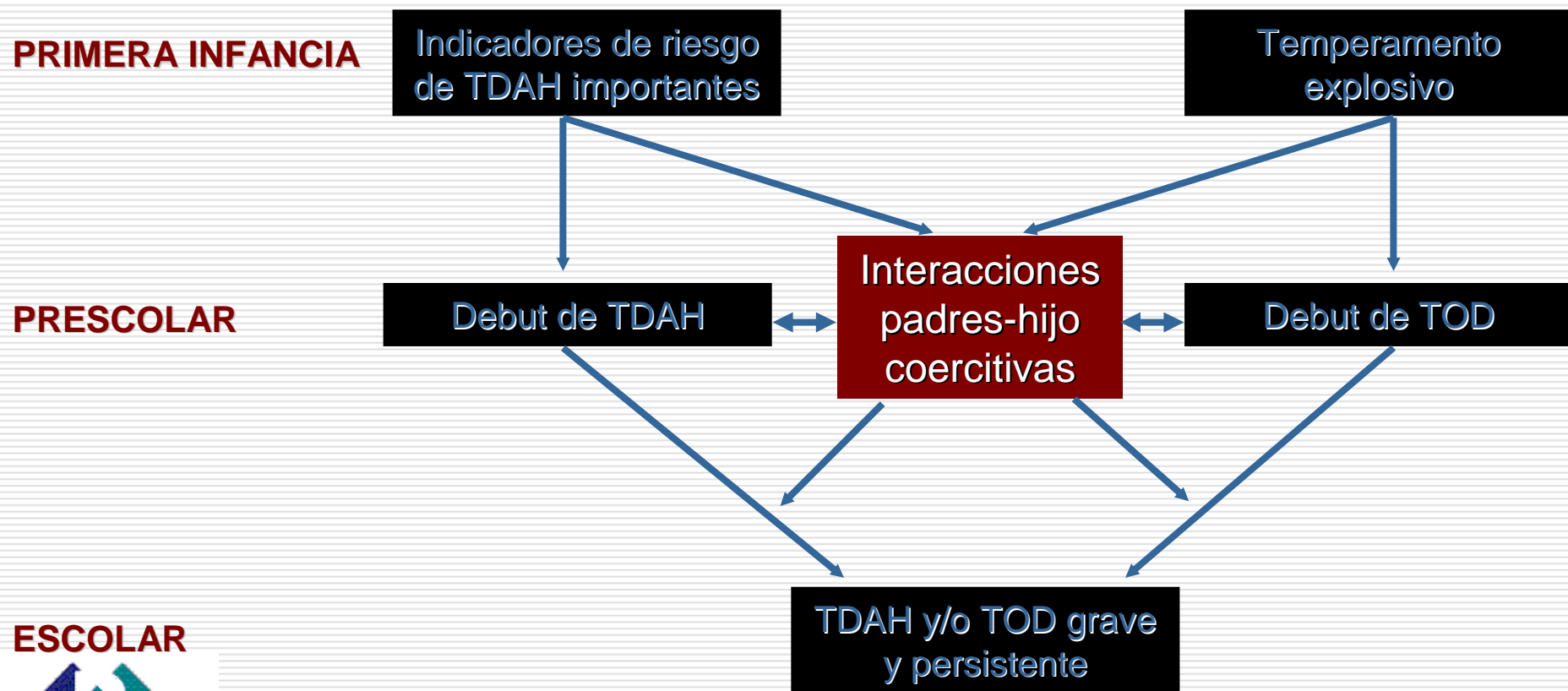
Desarrollo del TDAH preschoolar (1)



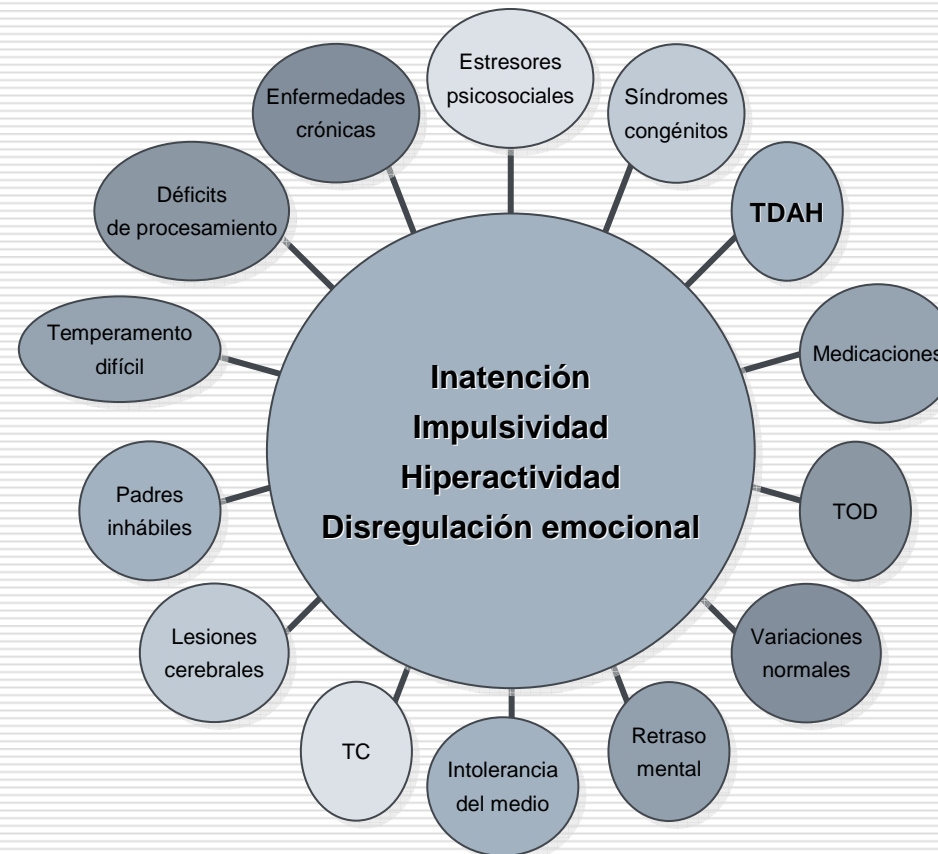
Desarrollo del TDAH preschoolar (2)



Desarrollo del TDAH preschoolar (3)



“ADHD-like” en prescolares



TDAH en prescolares: diagnóstico diferencial (1)

- Temperamento difícil
 - Ausencia de límites y normas claras
 - Otros trastornos de conducta (TOD)
 - Desviaciones del CI (sobre/infradotación)
 - Epilepsias (ausencias)
 - Enfermedades crónicas del oído medio
 - Amigdalitis/adenoiditis crónicas
 - Tratamientos antihistamínicos
 - Problemas visuales y/o auditivos
-

TDAH en prescolares: diagnóstico diferencial (2)

- Anemias, trastornos tiroideos, etc.
- Enfermedades genéticas: X frágil, síndrome de William, etc.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Psicosis infantiles
- Trastornos afectivos
- Trastornos vinculares
- Trastornos de la regulación
- Trastorno de estrés postraumático

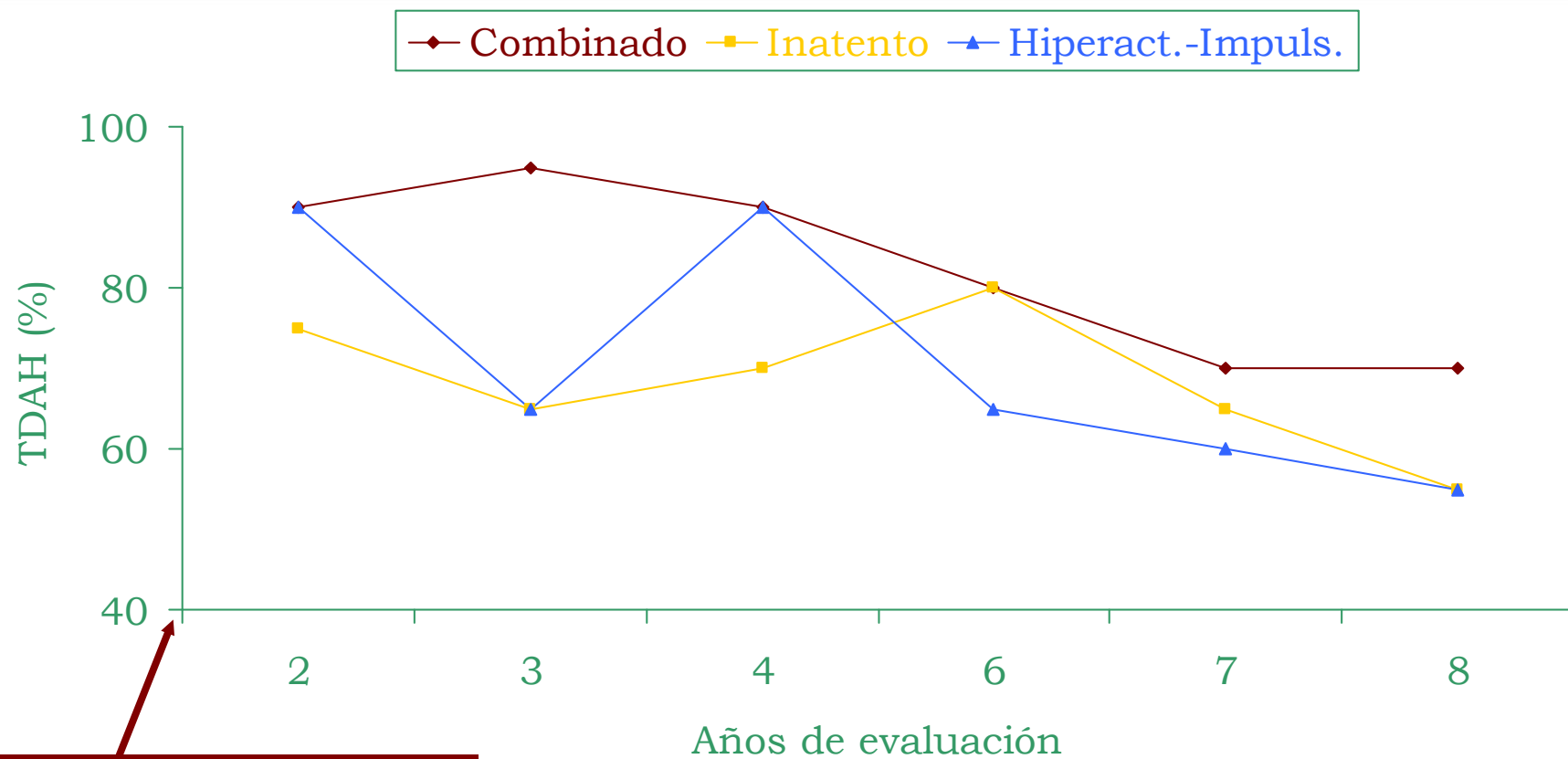
TDAH en prescolares

- El núcleo sintomático más relevante en la clínica: hiperactividad-impulsividad
- Más problemas de conducta y menos habilidades de socialización que sus iguales
- Atención: con frecuencia difícil de medir y de valorar en la clínica

Prescolares y DSM-IV/CIE-10

- Síntomas nucleares menos evidentes que los trastornos de conducta
- Dimensión “hiperactividad/impulsividad” menos estable en el paso de preescolar a escolar
- Dimensión “inatención” menos desarrollada en preescolares
- Menor asistencia a entornos diversos y estructurados
- Menor información de otros cuidadores diferentes de los padres
- Criterios definidos para actividades escolares no aplicables
- Los criterios definidos para conductas se acercan más a la normalidad en este nivel de desarrollo

TDAH en preescolares: persistencia diagnóstica



Edad de inclusión: 4-6 años

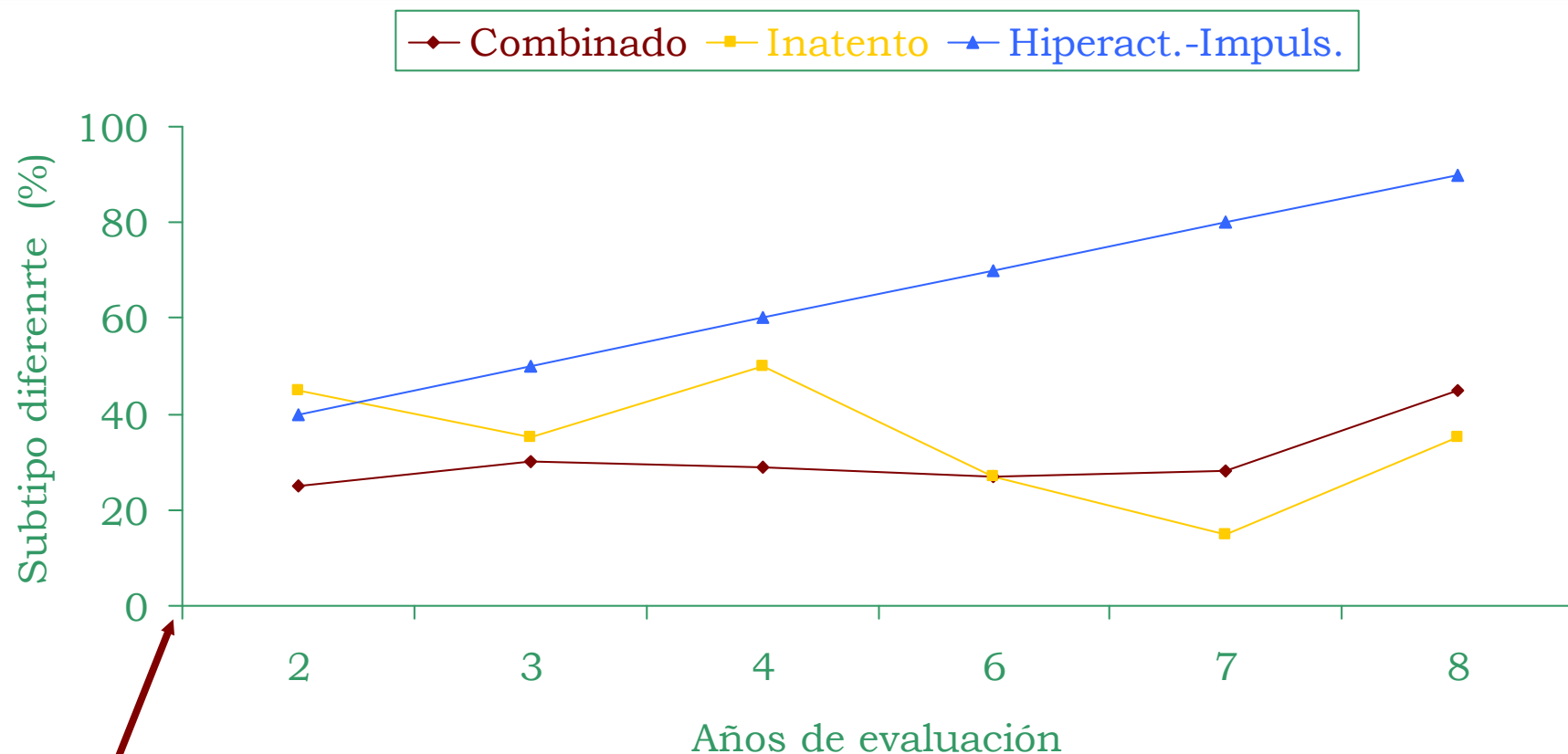
TDAH en prescolares: validez de constructo

- ❑ Todos los subtipos diagnósticos se asocian a un **desajuste** funcional y psicosocial significativo informado por **padres y profesores** tras controlar otros factores cofundentes (TOD, TC, internalizantes) (Lahey et al., 1998, 2004)
- ❑ La estructura sintomática, los trastornos asociados, la comorbilidad, el desajuste y las características neuropsicológicas son similares a las presentadas en la edad escolar (Sonuga-Barke et al., 2003)
- ❑ El TDAH en prescolares parece corresponder mejor con una definición **unidimensional**, tipo DSM-III-R (Bauermeister, 1992)

TDAH en prescolares: validez de constructo

- Aceptando como “adaptativas y coherentes para el nivel de desarrollo” aquellas conductas presentes en más del 10% de la población (Angold & Costello, 1996), **son normativos** tres síntomas de hiperactividad-impulsividad y otros tres de inatención:
 - H-I:
 1. Se levanta de la silla
 2. Muy hablador o ruidoso
 3. Interrumpe o molesta
 - Inatención:
 1. No sigue instrucciones
 2. Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido
 3. Se distrae fácilmente

TDAH en prescolares: inestabilidad diagnóstica de los subtipos



Edad de inclusión: 4-6 años

Definición de trastorno en prescolares

1. Presencia de un patrón sintomático
 2. Patrón estable más allá de un desajuste transitorio debido a estrés o cambios
 3. Patrón evidente en ambientes diversos y no sólo con sus padres
 4. Síntomas relativamente graves
 5. Síntomas que interfieren con la capacidad del niño para integrar sus hitos del desarrollo, determinando un desajuste madurativo
-

Conclusiones para la evaluación y el diagnóstico en prescolares (≥ 3 años)

- Entrevista clínica con los padres: entrevistas estructuradas poco útiles en la práctica (PACS-Taylor, 1991)
- Escalas específicas para padres y profesores (u otros terceros): Conners revisadas (1998) y ADHD-RS-IV de DuPaul (1998)
- Valoración del desajuste imprescindible (SDQ-Goodman)
- Conceptualización amplia, valorando los trastornos asociados e integrándolos en el plan terapéutico
- Despistaje de TDAH en los padres
- Aplicación de criterios diagnósticos CIE-10

Conclusiones

- El TDAH es un diagnóstico válido a partir de los 3 años
- La mayoría de sus síntomas están claramente definidos y no son normativos en prescolares
- Su prevalencia es similar a la determinada en escolares
- La comorbilidad es muy alta en esta edad, y por tanto el desajuste, la gravedad y su persistencia
- Apenas un 25% (como máximo) de los prescolares susceptibles de diagnóstico reciben atención especializada



Tratamiento

AVISO IMPORTANTE

**Todas las sugerencias sobre
tratamientos farmacológicos
expuestas en esta presentación
están fuera de prospecto.**

**Ninguna de ellas está aprobada
para su uso con niños menores de
6 años.**

Consideraciones iniciales

- TDAH más grave y persistente
- Intervención precoz sobre las interacciones negativas padres-niño
- Control sobre el desarrollo del “ciclo coercitivo”
- Menos probabilidades de desarrollar conductas antisociales con el tratamiento precoz
- Enfoque sobre los núcleos sintomáticos, la disfunción y los trastornos asociados

Principios básicos para el tratamiento

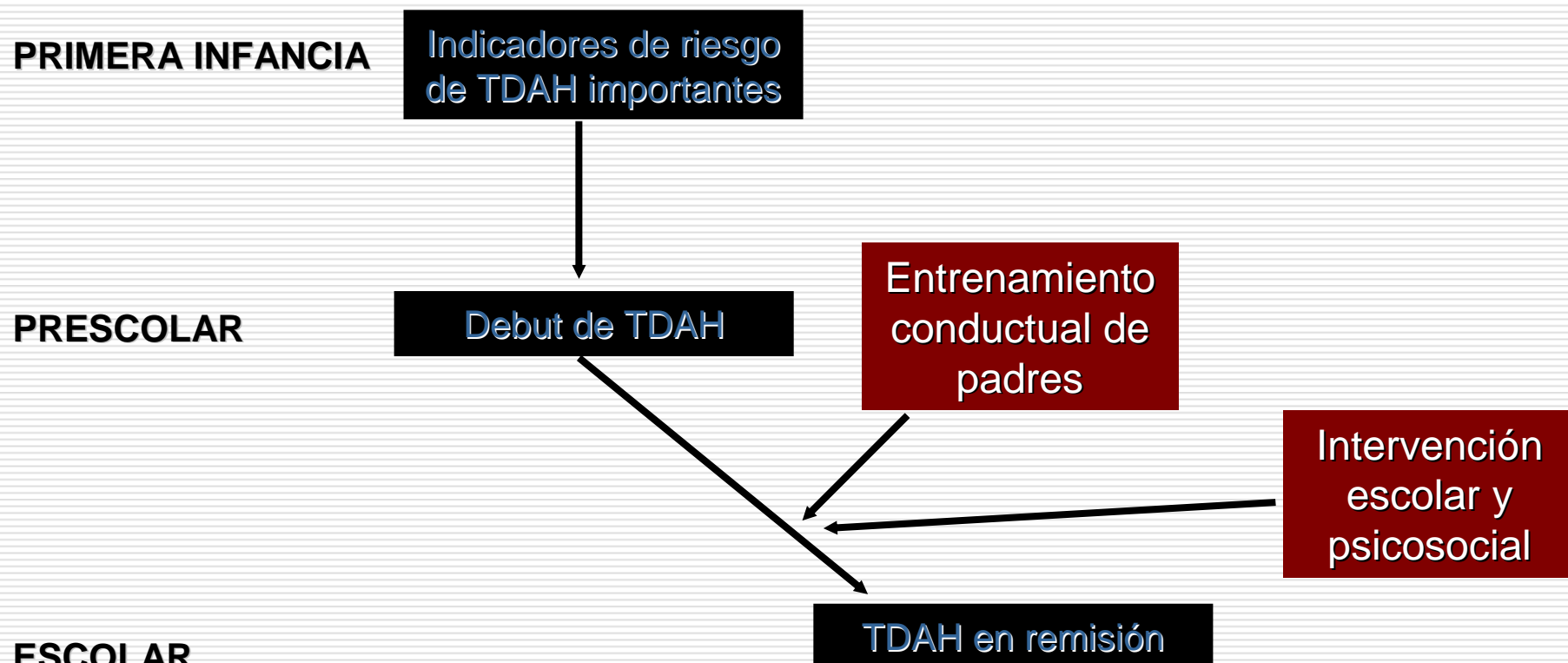
- Criterios fundamentales:
 - Multidisciplinar y multimodal
 - Sobre dimensiones diversas
 - Diagnóstico plural

 - Integración/sucesión de tratamientos

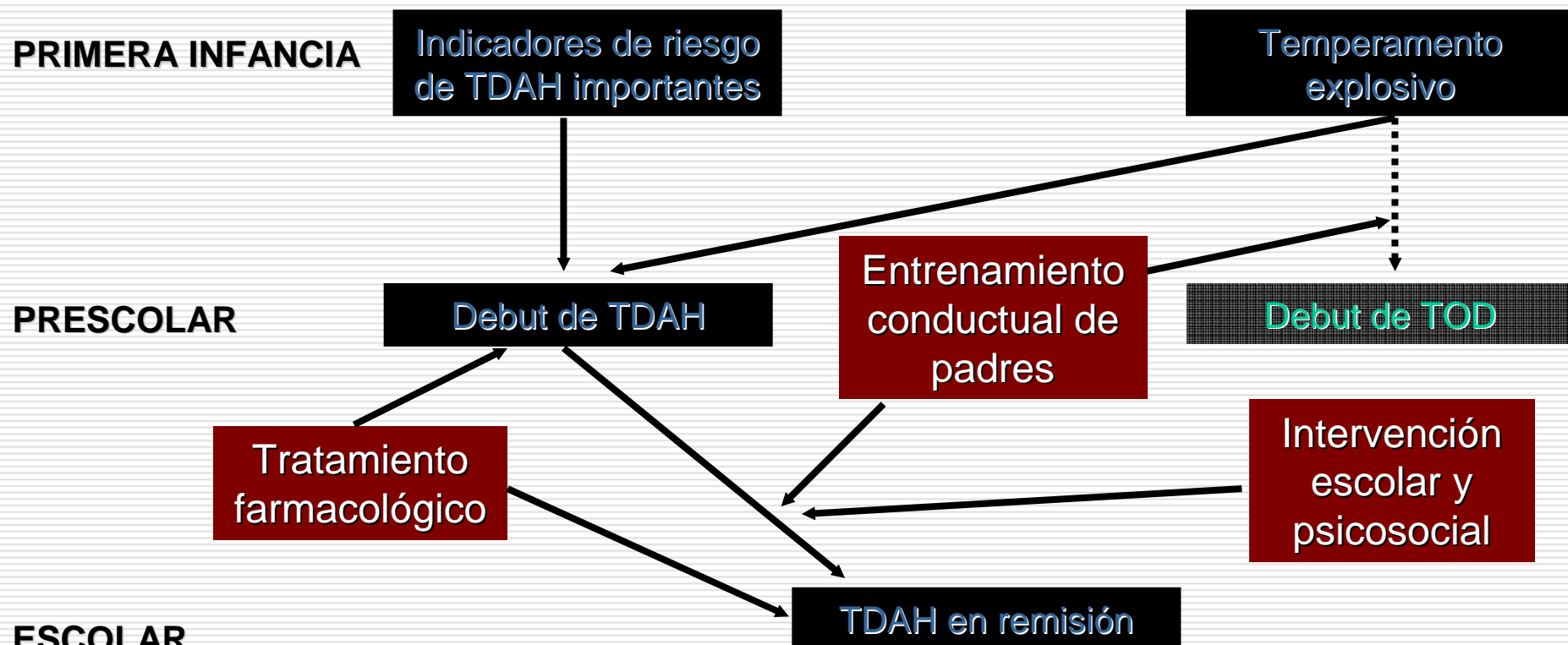
 - Flexibilidad y disponibilidad para cambiar la orientación diagnóstica y terapéutica

 - El tiempo puede ser un factor terapéutico en sí mismo
-

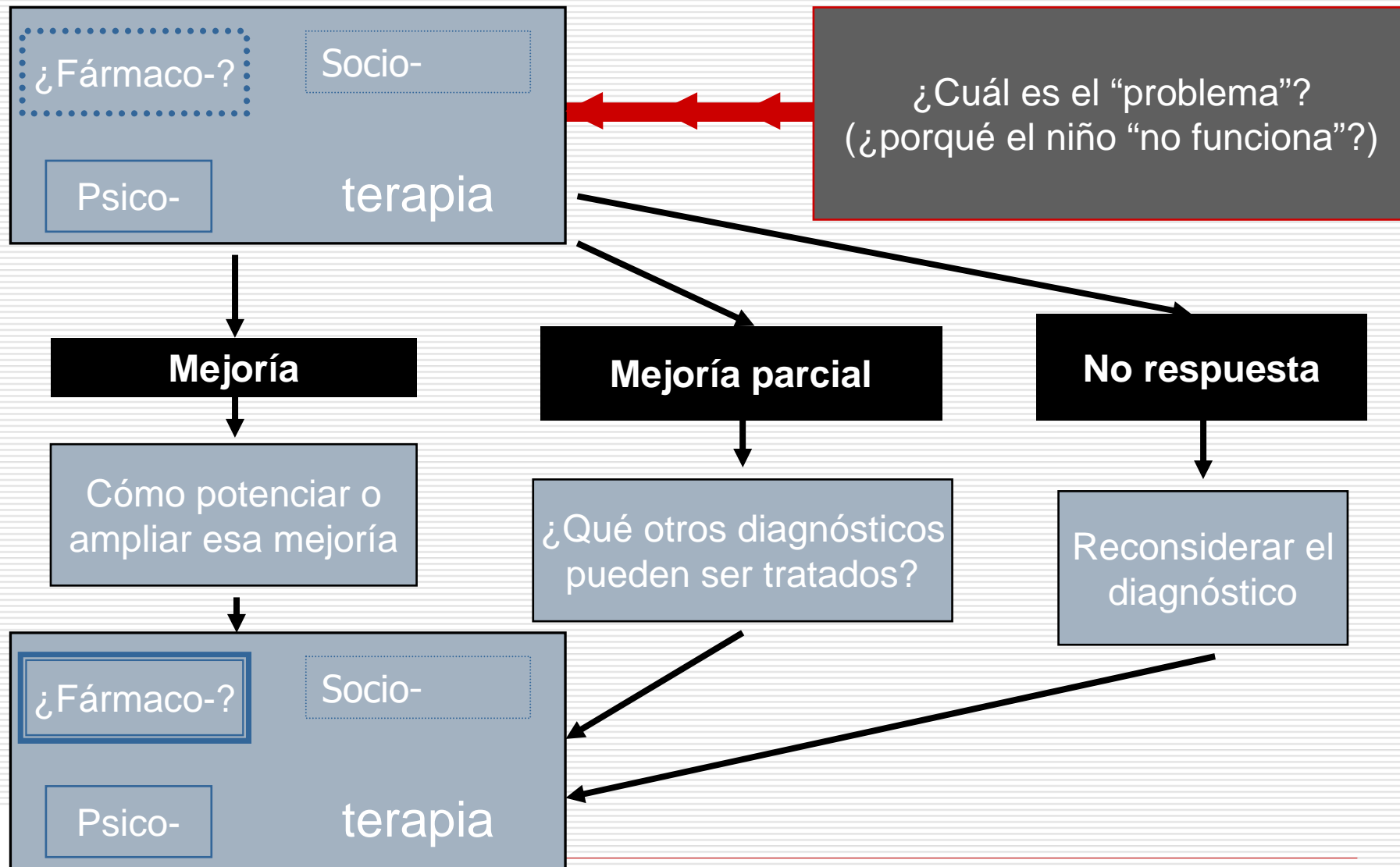
Tratamiento del TDAH prescolar



Tratamiento del TDAH prescolar



Algoritmo terapéutico



Tratamientos psico-sociales

- Paso previo obligado al tratamiento farmacológico, aunque posiblemente insuficiente para el TDAH grave/persistente (Sonuga-Barke et al., 2003)
 - Eficacia asociada a la intervención temprana
 - Entrenamiento de padres: eficaz para reducir tanto síntomas nucleares como conductas oposicionistas (Sonuga-Barke et al., 2001; Bor et al., 2002)
 - Entrenamiento neuropsicológico: de los procesos ejecutivos (Klingberg et al., 2002) y las recompensas diferidas (Neef & Lutz, 2001; Sonuga-Barke, 2004)
-

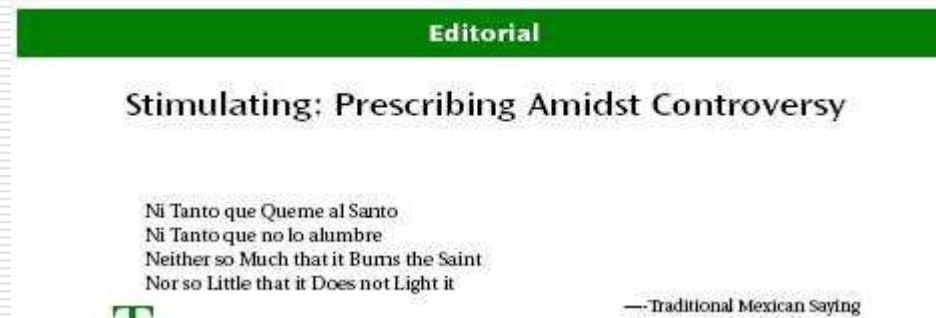
Tratamientos psico-sociales: inconvenientes

- Menos eficaces si padres afectados de TDAH (u otra psicopatología)
 - Escaso poder de generalización de las ganancias
 - Menos eficaces a mayor edad del niño
 - Accesibilidad limitada
 - Alta tasa de abandonos
-

Uso de psicofármacos en prescolares

- Más del 90% de todas las prescripciones en niños son “*off-label*”
 - Kopferschmitt et al. (1992): el 12% de los prescolares recibían medicaciones psicótropas (Estrasburgo, Francia)
 - Uso de MTF triplicado en niños de 2-4 años entre 1991-1995 (Zito et al., 2000)
 - MTF: uno de los tres tratamientos más prescritos en menores de 6 años (Zito et al., 2000)
-

Uso de psicoestimulantes en prescolares



Los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos implicados en la respuesta a metilfenidato están aún en desarrollo en prescolares (Volkow et al., 1998)

- Dificultades diagnósticas en esta edad
 - Pocos estudios en prescolares: rangos terapéuticos y datos de seguridad inciertos
-

Metilfenidato en prescolares: revisión

Estudios controlados de psicoestimulantes en prescolares

Estudio	Sujetos	Aleatorizado	Duración	Dosis	Respuesta
Schleifer (1975)	26	Sí	9 sems.	2,5-30 mg/d	Negativa
Conners (1975)	59	Sí	6 sems.	0,7 mg/kg/d	Mejorías conductuales, muy variable
Barkley (1984)	18	Sí	3 sems.	0,3-1 mg/kg/d	Mejorías
Cunningham (1985)	12	Sí	4 sems.	0,15-0,5 mg/kg/d	Mejorías cognitivas, conductuales e interpersonales
Barkley (1988)	27	Sí	3 sems.	0,3-1 mg/kg/d	Mejorías
Mayes (1994)	14	No	3 sems.	7,5-30 mg/d	Mejoría conductual
Musten (1997)	31	Sí	3 sems.	0,6-1 mg/kg/d	Mejorías cognitivas, conductuales e interpersonales
Byrne (1998)	8	No	20 sems.	15-30 mg/d	Mejorías cognitivas, conductuales e interpersonales
Handen (1999)	11	Sí	4 sems.	0,3-0,6 mg/kg/d	CI<80; 73%; muchos efectos adversos
Short (2004)	28	Sí	5 sems.	5-10 mg/d	82% mejoría
TOTAL	234	8/10	3-20	2,5-30 mg/d	9/10 refieren mejorías. Más efectos adversos

Metilfenidato en prescolares: revisión

- Pacientes mayores de 3 años
- Dosis desde 2,5 hasta 30 mg/día
- Tasas de respuesta más variables que en escolares
- Efectos positivos y lineales respecto a las dosis
- Mayor efecto a mayor dosis en: inatención, impulsividad y resultados académicos

Metilfenidato en prescolares: resultados en la revisión

- Alrededor del 50% de los participantes respondieron positivamente al tratamiento estimulante
- Respuesta en conductas: actividad motora, obediencia
- Respuesta en laboratorio: atención sostenida, control de los impulsos
- Efectos secundarios en hasta el 45% de los participantes (un 10% severos)

Metilfenidato en prescolares: limitaciones en la revisión

1. Evaluación de pocas conductas
2. Muchos participantes caucásicos, de clase media y varones
3. Apenas se valora la fidelidad al tratamiento
4. Duración limitada de los estudios (máx. 20 semanas)
5. Alta tasa de efectos adversos

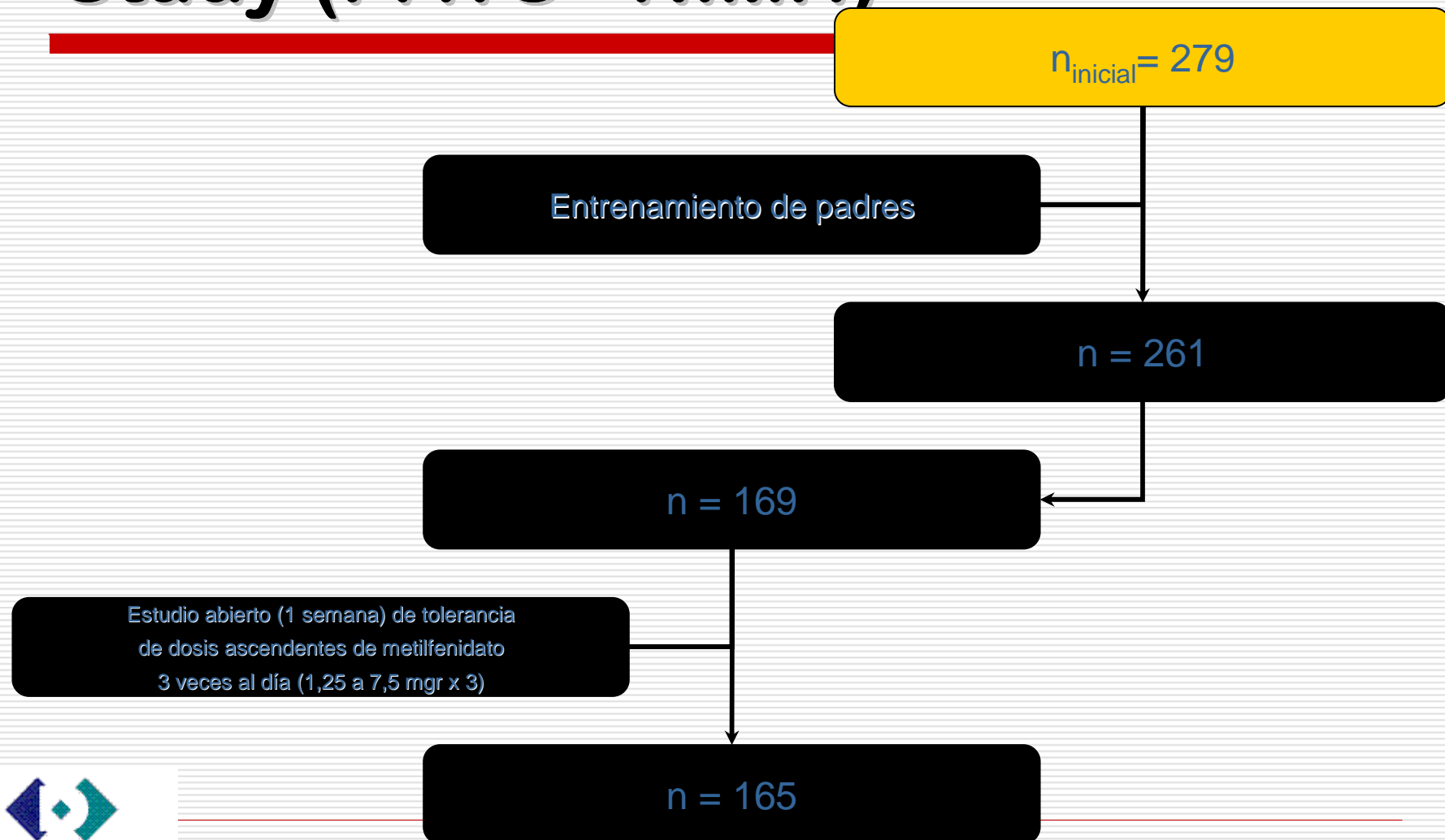
Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH)

Criterios de inclusión:

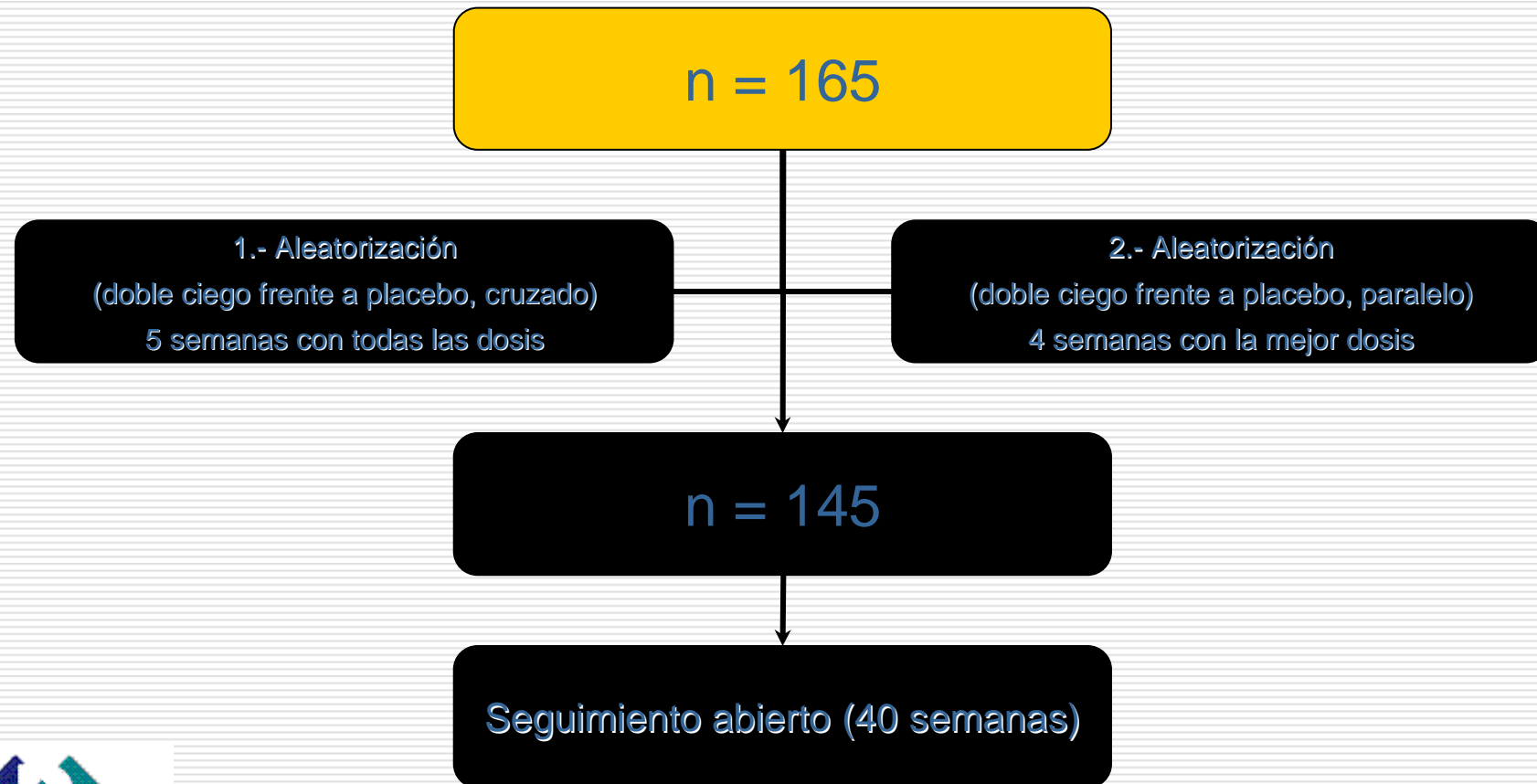
- Niños (ambos sexos) de entre 3 y 5½ años
- Diagnóstico de TDAH protocolizado
- Ausencia de otros diagnósticos simultáneos
- Participación en alguna actividad extra-familiar (guardería, colegio, etc.) al menos dos medios días en semana
- Profesores dispuestos a participar (completando escalas de evaluación)

Todos los niños recibieron tratamiento activo durante el estudio. Previamente, cada “cuidador principal” participó en un programa de entrenamiento de padres de 10 semanas (2 horas/semana)

Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH)



Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH)



Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH)

- ❑ Efecto pequeño, aunque significativo, sobre peso (-1,1 kg) y talla (-1,4 cm)

- ❑ Efectos adversos relacionados con la dosis

- ❑ Abandonos en la fase de medicación activa (8,7%):
 - Llanto, irritabilidad, rabietas (11 casos)
 - Insomnio (5 casos)
 - Tics (4 casos)
 - Ansiedad/depresión (2 casos)

Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH)

- **Resultados en la fase abierta: mejoría significativa con todas las dosis y en todas las medidas (padres y profesores)**

- **Resultados en la fase aleatorizada (ciego): mejoría significativa frente a placebo, con un tamaño del efecto directamente proporcional a la dosis:**
 - 0,3 para 2,5 mgrs (x3)
 - 0,7 para 7,5 mgrs (x3)

- **Eficacia mantenida en el seguimiento abierto (13 meses)**

Preschool ADHD Treatment Study (PATS - NIMH): conclusiones

- ❑ El metilfenidato es eficaz en el tratamiento del TDAH en prescolares, con efectos secundarios y tolerancia equiparables a los existentes en escolares, aunque con un grado de mejoría discretamente menor
- ❑ En cuanto a la práctica clínica, posee un **nivel de evidencia A** en cuanto a sus efectos a corto plazo (2 ó más estudios RTC con resultados positivos y más de 300 pacientes expuestos en total), y un **nivel de evidencia B** a largo plazo

Conclusiones

- El entrenamiento en estrategias de manejo conductual a padres debe ser parte central y prioritaria del tratamiento, pero su accesibilidad es limitada
 - Los tratamientos farmacológicos son una segunda línea de tratamiento
 - Responden a metilfenidato, pero necesitan monitorización estrecha por su mayor frecuencia de efectos adversos respecto a niños mayores
-

Conclusiones

- La actitud terapéutica será diferente dependiendo de la intensidad y gravedad de la psicopatología presente en el niño y del factor clínico dominante
- No pueden hacerse modelos terapéuticos sistemáticos con los datos científicos actuales
- Deben determinarse las técnicas terapéuticas a aplicar para cada niño. Así, cada plan de intervención será **INDIVIDUALIZADO** y **DINÁMICO**

Muchas gracias por su atención