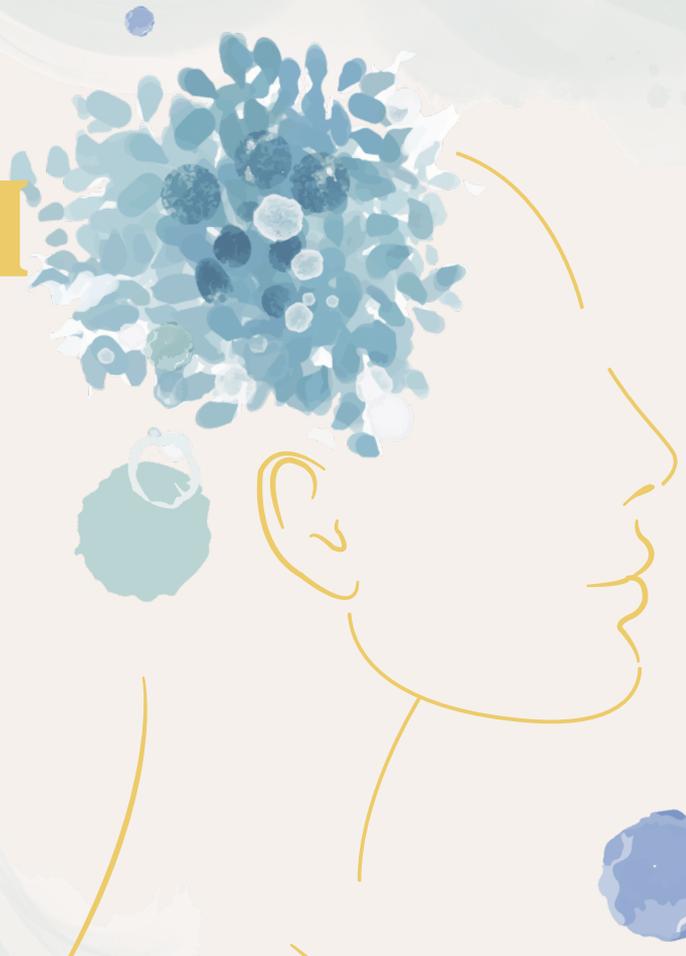


# Abordaje del **TDAH** del adolescente y del adulto

**Lidia Puig Tena R2 Cs Rafalafena**

**Tutor: Manuel Batalla Sales**

**Tutoras colaboradoras: Raquel Nebot y Aina Castillo.**



# ÍNDICE

**01**

**Introducción**

**02**

**Manifestaciones  
clínicas**

**03**

**Etiología**

**04**

**En la consulta**

# ÍNDICE

05

Diagnóstico

06

Tratamiento

07

Reflexión

08

Bibliografía



# Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo con un alto componente genético (70%) que se caracteriza por: o bien un alto nivel de inatención, hiperactividad o una combinación de ambas que dificultan la actividad académica, laboral, social y diaria.

- Prevalencia 7% niños en edad escolar.
- Persiste en el 4,5% de los adultos.
- Mayor prevalencia en varones (2:1-6:1).

# Etiología



Las guías internacionales **no aclaran la etiología del TDAH**, probablemente cualquier noxa que afecte al SNC podría manifestarse por un TDAH. Además, numerosos factores prenatales, perinatales o postnatales pueden tener una influencia en su desarrollo.



Alteración de la recaptación presináptica de DOPAMINA y NORADRENALINA



Funcionamiento anómalo de los mecanismos de autocontrol y función ejecutiva de nuestro cerebro

# Etiología

	Momento desarrollo	Etiología
Idiopática		Desconocida Genética + ambiente
Síntomática	Prenatal	-Anomalías en el desarrollo cerebral -Anomalías genéticas causales -Infecciones víricas -Exposición a sustancias tóxicas (alcohol, nicotina, cocaína, plomo...) -Hipotiroidismo
	Perinatal	-Prematuridad -Bajo peso al nacimiento -Encefalopatía hipóxico-isquémica -Infecciones del SNC
	Posnatal	-TCE -Infecciones del SNC -Trastornos nutricionales

# Manifestaciones clínicas

- 
- Problemas en el control de la **atención**
  - Problemas en el control de los **movimientos**
  - Problemas en el control de los **impulsos**
  - **Disregulación emocional:** dificultad en las competencias sociales: en el reconocimiento, regulación y expresión de las emociones. \*No se incluye en DSM-V.

\*Evolución de los síntomas

**En la consulta**



# Anamnesis

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Gestación
- Progresión del aprendizaje escolar
- Valorar la repercusión real sobre la funcionalidad del individuo y su entorno.
- Entorno: situación familiar, relación con los padres, relación con los iguales, estilo educativo...



Reunir información procedente de diferentes ambientes: familiar, escolar, personal y laboral.

Si son adolescentes realizar entrevista, a ser posible, con los padres.



# Exploración física

- General.
- Talla, peso, TA, FC.
- Neurológica.
- Examinar la presencia de déficits auditivos o visuales.



La mayoría presentarán un examen físico-neurológico normal

# Pruebas complementarias

- AS: bioquímica, hemograma, TSH, ferritina, creatina quinasa, screening de celiaquía...

# Diagnóstico

- El diagnóstico es **CLÍNICO**.
- Principalmente se utilizan los criterios diagnósticos de CIE-10 (Abucasis) o el **DSM-V (Psiquiatría y Pediatría)**.



# DSM-V

Se divide en dos categorías:

1. Inatención
2. Hiperactividad-impulsividad

# DSM-V

- Varios síntomas estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas están presentes en 2 o más contextos (casa, escuela, trabajo, con amigos o parientes....)
- Existe una clara evidencia de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral.
- Los síntomas no se explican por otro trastorno mental.

## ESPECIFICAR:

- Presentación combinada.
- Presentación predominante inatenta.
- Presentación predominante hiperactivo-impulsiva.



# 1. Inatención



Falta de atención al detalle, falta de precisión, errores frecuentes



Dificultades en la atención sostenida (clases, conversaciones...)



Parece no escuchar, estar permanentemente distraído



Dificultades de organización y gestión del tiempo



Poca motivación por tareas que requieren atención sostenida



6 o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.

En adolescentes mayores y adultos 5 o más.

# 1. Inatención



Pierde objetos necesarios para tareas básicas u otras actividades



Distracción por estímulos externos



Olvida actividades cotidianas



6 o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.

En adolescentes mayores y adultos 5 o más.

## 2. Hiperactividad-impulsividad



Juega o **golpea** con las manos, se remueve en el asiento



**Se levanta** cuando debe permanecer sentado



Es **inquieto** (si el niño corre o trepa)



Tiene **dificultad** para sostenerse **en tareas tranquilas**



Tiende a estar **ocupado todo el tiempo**



6 o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses. En adolescentes mayores y adultos 5 o más.

## 2. Hiperactividad-impulsividad



A veces **habla en exceso**



Es **impaciente**, tiende a responder antes de terminar la pregunta



Tiene **dificultad para esperar turnos**



**Interrumpe** las conversaciones



6 o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses. En adolescentes mayores y adultos 5 o más.

# Tratamiento

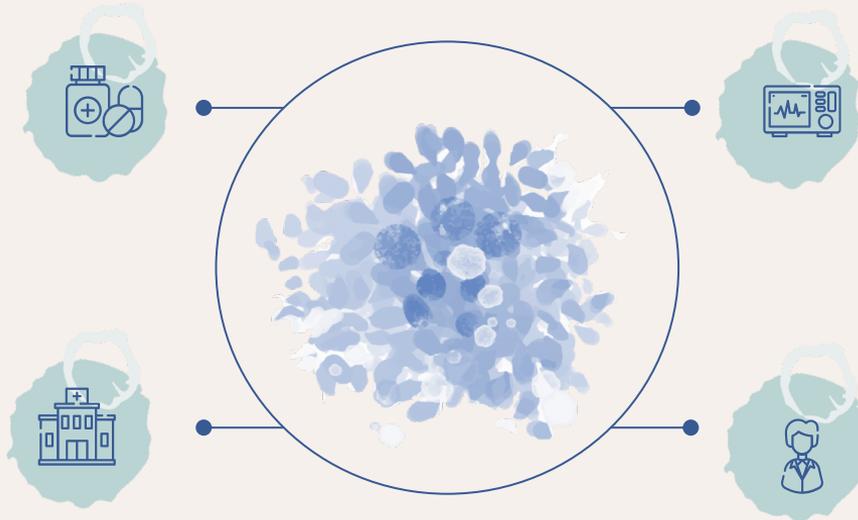
<b>PSICOESTIMULANTES</b> Inhibidores recaptación presináptica de NA	<b>NO PSICOESTIMULANTES</b> Actúan sobre el metabolismo de la NA
Metilfenidato Lisdexanfetamina	Atomoxetina Guanfacina liberación prolongada
<p><b>Efectos adversos:</b> más frecuentes son la pérdida de peso y de apetito. Alteraciones del sueño. Cefalea y dolor abdominal (los primeros días tras la introducción). Aumento de TA.</p>	
<p>Requiere un abordaje integral, así como integrar las expectativas y objetivos del adulto o del adolescente y de sus padres.</p>	
<p>El tratamiento debe ser <b>INDIVIDUALIZADO</b>, <b>valorar la introducción según la afectación del funcionamiento del paciente.</b></p>	

# Cuestiones para resolver

1. **¿Podemos pautar los tratamientos farmacológicos desde nuestra consulta?:** No, si consideramos que un paciente cumple criterios y precisa tratamiento farmacológico deberíamos remitir a Psiquiatría.
2. **Al heredar un paciente procedente de Pediatría con tratamiento pautado, ¿debemos mantenerlo?** Derivar a USM para valoración por su parte. No hay consenso claro por ello es necesario individualizar y valorar anualmente el mantener o no el tratamiento.
3. **¿Cuándo derivar a un paciente a Psiquiatría?:** Paciente diagnosticado de TDAH que requiera tratamiento.
4. **¿Por qué ha aumentado el consumo de anfetaminas?**
  - Utilización de criterios diagnósticos diferentes (DSM-V, CIE-10)
  - Diferencias entre observadores (profesores, padres, médico)
  - Muchos niños presentan los síntomas propios del TDAH por ello es necesario valorar muy bien la repercusión funcional.

# Reflexión

El TDAH se trata de una patología de causas múltiples, heterogénea, de diagnóstico y manejo complejo y en torno a la cual existen muchas controversias, riesgo de diagnóstico erróneo, prescripción inadecuada y problemas de seguridad debidos al exceso de uso de medicamentos.



«La ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos (políticos, científicos, maestros, padres) del apuro. A todos, excepto a los niños». (Sroufe, 2012)

# Bibliografía

- A. Fernández-Jaén. Diagnóstico y manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Editorial Panamericana: 1-68.
- C. Escofet Soterias, M. Fernández Fernández, C. Torrents Fenoy, F. Martín del Valle, G. Ros Cervera, I. Machado Casas. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). AEPED 2022: 85-92.
- Infac. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. Infac 2013. Vol 21: 1-6.
- American Psychiatric association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-V 2013.

The background is a light cream color with various watercolor-style abstract elements. On the left, there is a yellow outline of a human profile facing right. Inside the profile's head area are several blue and teal circular patterns: a solid teal circle, a cluster of small blue dots, and a larger circle with concentric teal rings. To the right of the profile is a teal circle with a white ring-like shape inside. The bottom of the image features soft, wavy teal and light green washes. The word "Gracias" is written in a bold, yellow, sans-serif font in the center-right area.

**Gracias**