Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

RESUMEN: SINDROME DE HIPERACTIVIDAD Y DEFICIT DE ATENCION

DOCENTE: Dr. José Luis Guillen Gordillo

ALUMNA: Diana Laura Abarca Aguilar

MATERIA: Neurología

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6 "A"

FECHA: 24 de febrero del 2021

SINDROME DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN.

Reconocer una desviación de lo normal de un problema de desarrollo, aprendizaje o conducta se ha vuelto muy difícil debido a todos los factores internos y externos que intervienen.
Se ha vuelto un dilema poder definir en los niños si se presenta un retraso en la maduración o es una variante de lo normal, el resultado de distorciones en los vínculos tempranos, déficit de estimulación o bien una enfermedad que afecte al SNC.
En general existe un paralelismo psicomotor en la maduración neuropsiquíca de los niños, también existen desfaces en la adquisición de funciones motoras que se deben a afecciones del sistema neuromuscular, y no del SNC.
La historia clínica familiar y personal, prenatal, pennatal, postnatal cobra mayor importancia en este punto, sin excluir el nesgo que existe al establecer lineas entre un antecedente y la aparición de un síntoma. La semiología clínica y la historia, trabajar de la mano para llegar a una hipótesis diágnostica. De otro modo, el examen va a permitir reconocer fenótipos físicos o conductuales e identificar diágnósticos presciosos.
Las líneas de pensamiento que harán al médico pensar en una ausencia de maduración son un desface en áreas particulares, como motricidad, lenguaje, comunicación e intelecto, y si se encuentran más áreas relacionadas o bien existe un retraso madurativo global. Otra de las líneas es el reconocimiento de enlentecimiento en la adquisición de pautas o bien si existe un retraso madurativo global. Finalmente identificar las afecciones neuromusculares primarias o ciertas patológias extraneurológicas que a veces presentan manifestaciones en el área de la motricidad en donde se deberán diferenciar patológias del SNC como las encefalopatías no evolutivas, progresivas y transtornos del desarrollo. La Academia Americana de Psiquiatría establece que los sindromes de hipeactividad y déficit de atención son encefalopatías no evolutivas

en cuanto a etiológica, pero se diferencian por el hecho de que no se encuentran anormalidades específicas en los estudios por imagenes, en los examenes neurofisiológicos ni en las investigaciones neurometabólicas. Aquí se ubican los transtornos del aprendizaje como la dislexia, la disgrafía y la discalculia, y algunos transtornos del desarrollo lingüístico, como las disfacias. Los transtornos de las habilidades motoras no cumplen criterios de parálisis cerebral. Interpretar una desviación madurativa como una falta de estímulos solamente puede postergar un diagnóstico real. La existencia de una encefalopatía no evolutiva o encefalopatías progresivas y transtornos del desarrollo obligan a realizar un examen clínico neurológico cuidado y exhaustivo, también se deben buscar la presencia de manchas, dismorfias, perímetro craneal, asimetrías en el tono, la motricidad o los reflejos, reconocer desviaciones particulares del lenguaje o fenotipos conductuales, para así poder llegar a una hipótesis diagnóstica que en algunos casos se podrá confirmar mediante el estudio complementario adecuado, neurofisiologico, de imagenes, neuroclínico o genético. La disfunción cerebral mínima se define como desfases del desarrollo psicomotor con alteraciones conductuales o fenomenos deficitarios en el rendimiento académico, o bien algunos transtornos motores específicos en algunos niños muy particulares. El daño al SNC es el resultado de una interacción entre la gravedad del daño, su duración, y el momento propio del desarrollo cerebral que se produce. El SNC y la conducta que en el se asienta son particularmente vulnerable en la época de mayor desarrollo. Resulta verosimil que en los periodos de más intensa actividad metabólica los daños se produzcan con mayor facilidad y sean mas graves. El periodo de mayor crecimiento del SNC abarca desde las 30 sem de vida fetal hasta los 4 años de vida, durante ese periodo ya han terminado los procesos de multiplicación en la gran mayoría de poblaciones neur-

rontales, continuan ocurriendo otros cambios muy importantes, como la proliferación dendritica, glial, oligodendroglial, y los cambios de mielinización, todos en general importantes y que ocurren paulatinamente.
El sindrome de hipeactividad con o sin déficit atencional y sus manifestaciones clínicas debe poseer ciertas características: signos y síntomas relacionados con los que se conoce como déficit atencional con o sin hipeactividad, este sx como cualquier otro es multifactorial y el niño se caracteriza porque el niño afectado manifiesta alteraciones de conducta, de la subjetividad y del organismo en su compleja función. En la práctica hay 2 grandes grupos de niños, los que tienen alteraciones específicas del aprendizaje y los que tienen alteración por déficit atencional. Dentro de estas alteraciones destacan déficit preceptuales, problemas de conceptualización, problemas de memoria, fallos en el control de impulsos, problemas de coordinación motora, déficit atencional, conducta impredecible desobediencia patológica, hipercinesia en gral no situacional y algunos signos neurológicos blandos, dentro del examen neurológico en general.
La incidencia de este sindrome es de un 8 a 10% de la población escolar activa. Su etiología es multifactorial, y quizá los factores genéticos tienen cierta relevancia interactuando con los procesos órganicos y ambientales.
El diagnóstico diferencial debe realizarse con varias alteraciones del comportamiento, que pueden presentar igual impulsividad y comportamiento disruptivo, en los que encontramos Transtornos de oposición desafiante, y transtornos de conducta.
Las pautas para el dx diferencial son que el niño con TDAH no tiene hostilidad con los padres, el transt. de conducta se distingue a edades tempranas y el estrés y la desorganización en las familias de los niños con TDAH puede ser causa racional del comportamiento del niño. Cuando un niño fracasa en la escuela y se convierte en víctima

visible de las exigencias que no puede manipular, nos brinda información que se relaciona con actitudes negativas, déficit específicos paraacadémicos, en cuanto a percepción auditiva y visual, déficit académicos específicos en áreas básicas y déficit específicamente conductuales en ciertas esferas.
Antes de introducir medicamentos el médico debe estar seguro de haber hecho un dx certero, debe resolver conflictos en el grupo familiar o escuela, que no exista ninguna alteración psiquiatrica, realizar un examen del cociente intelectual del niño, y asegurarse de controlar periodicamente al niño.
En cuanto a tx encontramos los estimulantes del SNC, en los que encontramos las anfetaminas, el metilfenidato y su dosis inicial es de 5 mg por toma a las 7 y 11 am. No exceder de los 46 mg diarios, iniciar con dosis de 0.3 - 0,5 mg/kg/día. Las contraindicaciones son hipertiroidismo, cardiopatía, Sx de Tourette, psicosis, glaucoma.
La pemolina se adm. en dosis única, dosis de inicio 37,5 mg/kg/día, gradualmente aumentada en 18,75 mg a intervalos de 1 semana. El máximo recomendado diario es de 112,5 mg. Contraindicada en pacientes con hipersensibilidad. Finalmente la Atomoxetina, siendo un medicamento simple con dosis media recomendada de 1,2 mg/kg/día.