

TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autor: Dra. Diana Marcela Lozada A. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Abril 14 de 2019

Palabras clave: Trastorno por Déficit atencional e hiperactividad, APS, tratamiento.

Resumen portada: El trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) está asociado a un importante impacto en lo funcional, personal y social. En este artículo revisaremos su clasificación, las distintas comorbilidades que pueden asociarse y cómo orientar el tratamiento en un contexto de atención primaria.

INTRODUCCIÓN:

El trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) se ha descrito como un trastorno del neurodesarrollo que está definido por tres síntomas principales: la disminución de la atención, impulsividad, e hiperactividad. ⁽¹⁾

Se ha establecido que el TDAH es una condición de alta prevalencia en población infantil y adolescente, que es heterogéneo en su etiología, que tiene alta comorbilidad, y que puede afectar el desarrollo de las funciones neurocognitivas y la estructuración psicoemocional de quienes lo padecen. Estas características impactan el desarrollo del niño en la sociedad actual, generando distintos grados de discapacidad social, que se agravan si el trastorno perdura en la adolescencia y la adultez. ⁽²⁾

TDAH se ha descrito en la literatura internacional y nacional como uno de los trastornos neuropsiquiátricos diagnosticados con mayor frecuencia, siendo su prevalencia entre 2% y 7% a nivel mundial y 10% a nivel nacional. ⁽³⁾

SUBTIPOS DE TDAH

El TDAH puede presentarse de diferentes maneras, de modo que DSM V los clasifica en: ⁽¹⁾

- Subtipo inatento
- Subtipo hiperactivo
- Subtipo combinado, donde coexisten tanto la inatención como la hiperactividad e impulsividad.

El cuadro clínico de los pacientes puede evolucionar en el tiempo, pudiendo manifestar síntomas de diferentes subtipos durante la infancia, adolescencia y adultez. ⁽¹⁾

COMORBILIDADES MAS FRECUENTES

Se ha descrito que el TDAH presenta comorbilidades hasta en un 70% de los casos, siendo las más frecuentes: ⁽¹⁻²⁾

- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastornos de Ansiedad

- Trastornos del Estado de Ánimo
- Trastorno Disocial
- Trastornos de Aprendizaje.

¿CÓMO ABORDAR EL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TDAH EN ATENCIÓN PRIMARIA?

El tratamiento para el TDAH se considera debe ser multimodal, esto quiere decir que incluya una Intervención psicosocial con el paciente, intervención con los padres, comunidad escolar y finalmente el tratamiento farmacológico. ⁽⁴⁾

A respecto, la evidencia sugiere:

1. Efectividad del tratamiento no farmacológico:

Una revisión sistemática del 2017 evaluó el tratamiento farmacológico y no farmacológico en niños y adolescentes menores de 18 años que presentaran cualquiera de los subtipos de TDAH. Las intervenciones no farmacológicas fueron comparadas entre sí o con placebo durante un promedio de 3 semanas.

- Se realizó una comparación entre la terapia conductual del paciente y placebo, obteniéndose un OR 2.97 (IC 1.53 - 5.88) a favor de la terapia conductual para disminuir comportamientos no deseados. ⁽⁵⁾
- Se comparó también la intervención con padres y entrenamiento cognitivo de los pacientes con placebo o pacientes en lista de espera, no encontrándose efectividad o resultados estadísticamente significativos en los síntomas del TDAH, OR 0.69 (IC 0.35 - 1.36), OR 1.32 (IC 0.71 - 2.52) respectivamente, con una calidad de la evidencia muy baja. ⁽⁵⁾

2. Efectividad del Metilfenidato:

La acción central de este medicamento se traduce en una amplificación de las señales de dopamina, lo que hace más prominente una tarea (los estímulos se hacen más atractivos, lo que facilita que genere interés). La literatura describe que: ⁽²⁾

- Aumentaría los procesos de control ejecutivo en la corteza prefrontal, disminuyendo los déficits en el control inhibitorio y la memoria de trabajo
- Existiría una relación lineal dosis-respuesta, dejando de actuar apenas se suspenden;
- No produciría tolerancia;
- Mejoraría los síntomas nucleares del TDAH, aún en presencia de comorbilidad.

En cuanto a la evidencia, una revisión sistemática del 2015 evaluó los efectos positivos y perjudiciales del Metilfenidato en niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TDAH.

- Efectos positivos:

Se comparó el uso de metilfenidato versus placebo para evaluar la disminución de los síntomas de TDAH, usando una escala única que pudiese compilar las características de las escalas usadas en los diferentes estudios incluidos. La efectividad en la mejoría de síntomas de TDAH evaluada por los profesores fue de SMD -0.77 (IC -0.90 a -0.64), a favor del metilfenidato, lo que se traduce en una mejoría modesta en los síntomas de TDAH ⁽⁶⁾

- Efectos adversos (perjudiciales):

La misma revisión sistemática comparó algunos efectos adversos “conocidos” de Metilfenidato con placebo ⁽⁶⁾

- o Dificultades para dormir: El grupo que usó Metilfenidato presentó mayores dificultades en relación al sueño RR= 1.60 (IC 1.15 a 2.23), siendo estadísticamente significativo.
- o Disminución del apetito: El grupo que usó metilfenidato presentó disminución del apetito con un RR= 3.66 (2.56, 5.23), siendo estadísticamente significativo.
- o Dolor abdominal: El grupo que usó metilfenidato presentó dolor abdominal con un RR = 1.30 (IC 1.00 a 1.69)
- o Cefalea: Pese a ser uno de los efectos adversos frecuentemente reportados por los pacientes a nivel de práctica clínica, los niños y adolescentes que recibieron

Metilfenidato y los que recibieron placebo presentaron cefalea, sin que se generara diferencias estadísticamente significativas entre ellos RR: = 1.22 [IC 0.90 a 1.64]

Cabe resaltar que la calidad de evidencia en relación a los efectos adversos obtuvo un GRADE muy bajo, por lo cual se requerirían más estudios para seguir ahondando en los posibles efectos adversos que causa el metilfenidato.

¿QUÉ PODEMOS SUGERIR EN ATENCIÓN PRIMARIA?

La evidencia sugiere que el metilfenidato es un medicamento que mejora los síntomas del TDAH, y se puede utilizar tanto en niños como en adolescentes.

En APS el fármaco que se tiene disponible para el tratamiento de TDAH es el Metilfenidato de 10 mg. La administración se realiza habitualmente de lunes a viernes, y se inicia con dosis de 0,3-0,5 mg/kilo/día, dosis que posteriormente se puede incrementar para mantenimiento, llegando a 1,2 mg/kilo/día.

RESUMEN

El trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) es una condición de gran prevalencia a nivel país, generando impacto en el desarrollo de la vida de los pacientes afectados.

El tratamiento del TDAH es principalmente multimodal, siendo importante la intervención individual del paciente, la intervención con los padres, y el apoyo farmacológico.

Metilfenidato puede ser utilizado de manera segura en niños y adolescentes con TDAH, y está disponible en APS. Al momento de la prescripción se sugiere informar a los padres que su uso de asocia a algunos efectos adversos, de modo que la recomendación es iniciarlo en dosis bajas, y observar la evolución del paciente a través de un seguimiento adecuado.

REFERENCIAS

1. P.J. Rodríguez Hernández, I. González González, A. Manuel Gutiérrez Sola. (octubre 2015). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría integral*, XIX, 540-547.
2. Dra. Flora de la Barra M. / Dr. Ricardo García S.]. (2005). Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad. *Revista médica clínica las Condes*, 16, 242-250.
3. Giannina Puddua, Paula Rothhammer, Ximena Carrasco, Francisco Aboitiz, Francisco Rothhammer (2017). Déficit atencional con hiperactividad: trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. *Rev Med Chile*, 145, 368-372.
4. MINISTERIO DE SALUD / SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DIVISION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES / DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE Y JOVEN. (2008). GUÍA CLÍNICA Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/ Trastorno de la Atención (THA). 2008, de Ministerio de Salud, Gobierno de Chile Sitio web:

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/8.MINSAL_TRASTORNOS-HIPERCINETICOS-2008.pdf

5. Ferran Catalan-Lopez, Brian Hutton, Amparo Nuñez-Beltran, Matthew J., Manuel Ridaio, Diego Macias Saint-Gerons, Miguel A. Catalan, Rafael Tabares- Seisedos, David Moher. (Julio 12 (2017)). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. PLOS ONE, 12, 1-31.
6. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, Rosendal S, Groth C, Magnusson FL, Moreira-Maia CR, Gillies D, Buch Rasmussen K, Gauci D, Zwi M, Kirubakaran R, Forsbøl B, Simonsen E, Gluud C. (2016). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Review). 2015, de Cochrane Database of Systematic Reviews Sitio web: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub2/full/es>