



Actualización en síndrome déficit atencional infanto juvenil

Autor: Pamela Rojas G.
Médico Familiar mención niño, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Ciencias de la Familia, Universidad de Málaga, España.
Docente Departamento Medicina Familiar PUC.

Contacto:
-Dirección postal: Departamento Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile; Vicuña Mackenna 4686, Macul.
-Dirección electrónica: projasgo@uc.cl
-Fono: 3548688
-Fax: 5186760

ACTUALIZACIÓN EN SÍNDROME DÉFICIT ATENCIONAL INFANTO JUVENIL

Resumen:

El diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Déficit Atencional en la atención primaria chilena parece ser simple y estar bastante normado; sin embargo, y al igual que lo que ocurre en el resto del mundo, es más complejo de lo que parece. El abordaje de esta patología exige cierta sistematización por parte del tratante, de modo de permitir una disminución en los falsos positivos y falsos negativos; elegir el tratamiento más efectivo a la luz de la evidencia disponible; adecuarlo al diagnóstico y situación particular de cada paciente; y planificar un seguimiento apropiado. Este artículo realiza una actualización del Síndrome de Déficit Atencional en niños y adolescentes y sugiere un abordaje acorde a atención primaria local, a partir de las recomendaciones de las guías de práctica clínica disponibles.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: AN UPDATE

Abstract:

The diagnosis and treatment of Attention deficit hyperactivity disorder in Chilean primary care seems to be simple and based in clear guidelines. However, as it also occurs in the rest of the world, is far more complex than it seems. Clinicians evaluating children and adolescents where this condition is suspected require a systematic approach in order to avoid false positive and false negatives: select the more effective therapeutic interventions, based on sound evidence; tailor the treatment to the individual patient and circumstances; and establish an adequate follow-up. The present article gives an update on the attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents and proposes an approach that is applicable to the Chilean primary care, based in existing recommendations in clinical practice guidelines.

Palabras claves (key words): Déficit atencional; Hiperactividad, SDAT, Attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, ADHD.

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome déficit atencional (SDAT) corresponde a uno de los diagnósticos crónicos que genera más consultas en atención primaria (APS), con el consiguiente consumo de recursos. Su prevalencia es cercana al 3 a 7% de niños en edad escolar¹; sin embargo otros estudios la cifran entre un 1.7% a 16.0%². A juicio de algunos autores la diferencia entre estos valores dependería de cómo los comportamientos infantiles son considerados aceptables por los padres, médicos y sociedad en su conjunto³; pero además del instrumento o metodología que se utiliza para hacer el diagnóstico.

En Chile un estudio realizado en Antofagasta evaluó un total de 640 niños de 6-11 años (290 niños, 350 niñas), provenientes de colegios públicos, subvencionados y privados de la región. Se les aplicó la Escala española Attention Deficit Hiperactivity Disorder Rating Scale-IV [ADHD RS-IV] a profesores y apoderados, lo que traduce la evaluación de síntomas en 2 ámbitos (escolar y familiar). El estudio reporta una prevalencia de 5% a 15% (dependiendo del informante; padres o profesores), que disminuye a 1,3% al considerar el reporte coincidente de ambos informantes⁴. La tabla 1 resume los resultados del estudio.

Es interesante comparar las prevalencias de SDAT según si el informante era apoderado o profesor, y percatarse que pese a ser los mismos niños las cifras eran significativamente mayores en este último grupo.

I. DIAGNÓSTICO DE SDAT

El SDAT se debe sospechar en todo niño o adolescente que cumpla con los siguientes síntomas: niveles crónicos e inconsistentes de desatención, impulsividad, e hiperactividad¹. Por definición estos síntomas deben iniciarse antes de los 7 años; son permanentes y se presentan al menos en 2 ámbitos (ej. familiar, académico, laboral); y no se explican mejor por la presencia de otra patología en el paciente (discapacidad intelectual, trastorno específico del aprendizaje, trastorno emocional, etc.) Por último; debe existir clara evidencia que la condición interfiere en un desarrollo social apropiado, o en su funcionamiento académico o laboral¹.

El SDAT es un espectro de condiciones que se han agrupado según su presentación clínica en 3 grupos¹:

- SDAT con predominio de desatención (suele ser el más subdiagnosticado)
- SDAT predominantemente hiperactivo impulsivo
- SDAT mixto

I.1. DIAGNÓSTICO; SOBREDIAGNÓSTICO Y SUBDIAGNÓSTICO

La literatura disponible sobre SDAT coincide en la falta de una metodología diagnóstica estandarizada y precisa que permita dar más confiabilidad a los estudios disponibles. Dado que no contamos con un gold estándar, ni con metodologías estandarizadas de diagnóstico que permitan comparar de manera más adecuada los resultados de las intervenciones, nos encontramos con:



- Datos dispares de prevalencia, según el test diagnóstico utilizado.
- Estudios que evalúan efectividad de ciertas intervenciones, sin tener claridad sobre el real diagnóstico del paciente.
- Estudios que evalúan y comparan la efectividad de distintas intervenciones, a partir de indicadores diferentes (escalas de apreciación global, puntaje test Conners, síntomas conductuales, etc.)

La literatura actual sugiere que probablemente estamos sobre diagnosticando niños con SDAT, e indicando tratamiento a quien no lo requiere⁵. Esto puede explicarse a partir de los fenómenos discutidos, sin embargo también ocurre en respuesta a la dificultad por “limpiar” el resto de las condiciones que se asocian a fracaso escolar. En otras palabras, un niño con antecedentes de un fracaso escolar e historia de un trastorno emocional; que vive en situación de vulnerabilidad; y que experimenta violencia por parte de sus padres, con escaso apoyo escolar, puede puntuar bastante alto en un test de Conners, lo que no implica necesariamente que tenga un SDAT; ni menos aún, que responda a una terapia con psicoestimulantes.

Si bien, sobrediagnosticar niños con SDAT es un problema relevante, subdiagnosticarlos es igual de complejo. El SDAT impacta severamente en el desarrollo infantil, tanto a nivel social como emocional y cognitivo; causa una disfunción frente a sus pares y familia; y genera en los niños un largo historial de fracasos y descalificaciones con la subsecuente baja en su autoestima (6). El SDAT se ha asociado a consumo precoz y sostenido de sustancias, a deserción escolar, a conductas delictivas; y en la edad adulta a inestabilidad laboral y disfunciones de pareja⁶.

Las guías de práctica clínica (GPC) escocesas SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) profundizan en la evaluación de los niños en los que se sospecha un SDAT. Dado que este punto no es objeto de esta revisión, sólo comentaremos que las guías sugieren una evaluación que incluya 4 aspectos⁷:

- Entrevista a padres y/o cuidadores.
- Entrevista al niño que incluya el uso de escalas, cuestionarios, cartillas, evaluación psicoeducativa, etc.
- Examen físico general y segmentario.
- Evaluación emocional.

II. TRATAMIENTO DEL SDAT

El tratamiento de un niño o adolescente con SDAT incluye varios pilares. En esta revisión nos centraremos en el tratamiento farmacológico y las recomendaciones sobre intervenciones psicológicas.

La GPC SIGN sugiere, a partir de la evidencia disponible, un esquema terapéutico diferenciado según la edad, diagnóstico y comorbilidad del paciente. Así⁷:

- Escolares y jóvenes con SDAT con hiperactividad: iniciar tratamiento farmacológico desde que se confirma el diagnóstico (Recomendación tipo A).
- Escolares y jóvenes con SDAT asociado a comorbilidad tipo trastorno oposicionista desafiante: iniciar tratamiento farmacológico en conjunto con terapia conductual (Recomendación tipo B).
- Escolares y jóvenes con SDAT asociado a comorbilidad tipo trastorno de ansiedad generalizada: iniciar tratamiento farmacológico en conjunto con terapia conductual (Recomendación tipo B)
- Si los síntomas del paciente son leves: considerar iniciar intervención sólo con un abordaje conductual (Recomendación sustentada en la opinión de los autores de la guía)

II.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL SDAT

Los fármacos que se asocian con más frecuencia al tratamiento del SDAT incluyen⁶:

Metilfenidato:

Psicoestimulante aprobado para su uso en SDAT a partir de los 6 años. Tiene 2 presentaciones, una de liberación inmediata y otra de liberación modificada (diseñado para cubrir las necesidades de aquellos pacientes que requieren un efecto terapéutico que incluya la jornada PM, y con la comodidad de una dosis única).

Para iniciar el tratamiento se sugiere:

- Metilfenidato de liberación inmediata: iniciar tratamiento con 5 mg, 1 ó 2 veces x día. Incrementar dosis según necesidad, con un máximo de 60 mg por día.
- Metilfenidato de liberación modificada: iniciar tratamiento con 18 mg, 1 vez x día (AM). Incrementar dosis según necesidad, con un máximo de 54 mg por día (manteniendo una dosis única).

Los efectos adversos identificados para el metilfenidato incluyen: insomnio, cefalea, ansiedad, anorexia, dolor abdominal, taquicardia, palpitaciones.

Anfetaminas:

Psicoestimulante aprobado para su uso en SDAT a partir de los 3 años.

Para iniciar el tratamiento se sugiere:

- Niños 3 a 5 años: iniciar dosis con 2.5 mg/ día.
- Niños sobre 6 años: iniciar dosis con 5 a 10 mg/ día

En caso de necesidad es posible incrementar la dosis indicada en forma paulatina hasta 20 mg/día, con lo cual se logra respuesta en la mayor parte de los niños (dosis máxima 40 mg/día).

Los efectos adversos identificados para las anfetaminas son similares a los del metilfenidato.

Atomoxetina

Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, aprobado para su uso en SDAT a partir de los 6 años.

Para iniciar el tratamiento se sugiere:

- En paciente hasta 70 kg: 0,5 mg/ kg/ día.
- Incrementar dosis según necesidad en forma paulatina hasta 1,8 mg/kg/día, 1 ó 2 veces x día. Dosis de mantención habitual: 40-80 mg/ día.

Los efectos adversos identificados para Atomoxetina son: dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, despertares precoces, irritabilidad, cambios de ánimo.

II.1.A ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN SDAT?

La GPC NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) para manejo farmacológico de SDAT resume la evidencia disponible en torno al tema en⁶:

- Metilfenidato v/s placebo: Metilfenidato es más efectivo que placebo en mejorar síntomas de SDAT.
- Anfetaminas v/s placebo: Anfetaminas son más efectivas que placebo en mejorar síntomas conductuales.
- Anfetaminas v/s Metilfenidato: sin diferencias estadísticamente significativas en puntaje en Test de Conners.
- Atomoxetina v/s placebo: Atomoxetina es más efectiva que



placebo en puntajes de hiperactividad y en impresión clínica global. 1 estudio reporta que la significancia estadística se perdería al estudiar dosis bajas de Atomoxetina (0,5 mg/k/d).

- Atomoxetina v/s Metilfenidato v/s Anfetaminas: sin evidencia de buena calidad metodológica, que permita dar resultados concluyentes.

II.1.B ¿CÓMO ELEGIR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO MÁS ADECUADO PARA MI PACIENTE, Y CÓMO PLANIFICAR SU SEGUIMIENTO? ^{6,7}

Para elegir el tratamiento farmacológico más adecuado para cada paciente con SDAT las GPC recomiendan basarse en la efectividad de los distintos fármacos, los antecedentes clínicos del paciente, y la regulación legislativa de cada país. Por lo tanto ^{6,7}:

- Los psicoestimulantes son los fármacos de primera línea para el manejo de los niños y adolescentes con SDAT; con excepción de aquellos con antecedentes de cardiopatías, arritmias, o síndrome de Tourette.

- Frente a igual efectividad y efectos adversos comparables se sugiere elegir el psicoestimulante de menor costo; con excepción de aquellos pacientes que residen en países que restringen el uso de anfetaminas. Esto por su potencial uso como droga de diversión, y el consecuente riesgo de comercialización ilícita.

- En caso de pacientes en los que se requiera prologar el efecto terapéutico del psicoestimulante por un mayor período de tiempo se sugiere utilizar dosis repetidas de Metilfenidato de liberación inmediata. Si se desea mantener una dosis única al día, y mejorar la comodidad del paciente y la adherencia terapéutica, considerar la indicación de Metilfenidato de liberación modificada.

- Atomoxetina se sugiere cuando hay contraindicación para el uso de psicoestimulantes, efectos adversos poco tolerables para el paciente, o falta de respuesta.

- Los medicamentos Tricíclicos no son fármacos de rutina para el tratamiento del SDAT en población infantojuvenil.

Si luego de 1 mes de tratamiento no se observa una mejoría significativa en los síntomas de paciente se sugiere suspender el fármaco. En estos pacientes es necesario una reevaluación; reconsiderar el diagnóstico de SDAT, reindagar en la presencia de una comorbilidad no diagnosticada (ej. trastorno depresivo), o una situación agravante no detectada con anterioridad (ej. crisis familiar). Si el diagnóstico de SDAT se mantiene se sugiere cambiar de fármaco.

Los tratamientos farmacológicos deben prolongarse por al menos 1 año antes de considerar su suspensión. Luego de este período se sugiere suspender periódicamente el tratamiento y seguir de cerca al paciente para evaluar sus síntomas. En este proceso puede ser necesario reiniciar el fármaco suspendido, lo cual no debe considerarse como un fracaso si no sólo como parte de un proceso que traduce un niño o adolescente que aun no está listo para la suspensión de su tratamiento.

2. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition - text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Pritchard D. Attention deficit hyperactivity disorder in children. *Clinical Evidence* 2006;15:1-3
3. Krisanaprakornkit T, Ngamjarus C, Witoonchart C, et al. Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010
4. Urzúa A. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2009, vol.80, n.4
5. Valdivieso A, Cornejo A, Sánchez M. Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2000, vol.38, n.1 [citado 2010-12-29], pp. 7-14
6. NICE. Technology Appraisal 98. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents (review), 2006.
7. SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline, 2009.

3. Tablas

Tabla 1: Prevalencia de SDAT, estudio Antofagasta-Chile, 2009.

Tipo de SDAT	Reporte por apoderado	Reporte por profesores	Reporte mixto y coincidente
Predominio de desatención	1,5%	5,4%	0,5%
Predominio hiperactivo impulsivo	2,2%	3,7%	0,3%
SDAT mixto	2%	5,8%	0,5%
TOTAL	5,7%	14,9%	1,3%