

## Conferencias

Medwave. Año X, No. 3, Marzo 2010. Creative Commons, Open Access.

# Terapia del trastorno de déficit atencional con hiperactividad y sus comorbilidades

**Expositor:** Ariel Gold<sup>(1)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Coordinador del Curso de Psicofarmacología Pediátrica, Cátedra de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Director del Departamento de Niños, Centro Clínico del Sur, Montevideo, Uruguay

**doi:** <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.03.4447>

## Ficha del Artículo

**Citación:** Gold A. Terapia del trastorno de déficit atencional con hiperactividad y sus comorbilidades. *Medwave* 2010 Mar;10(03). doi: 10.5867/medwave.2010.03.4447

**Fecha de publicación:** 1/3/2010

## Resumen

Este texto completo es una transcripción editada de una conferencia dictada en el Curso Déficit Atencional 2009, organizado por la Unidad de Psiquiatría del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Su director es el Dr. Rodrigo Paz Henríquez.

### Síndrome de déficit atencional con hiperactividad: abordaje psicofarmacológico

El abordaje psicofarmacológico del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en niños, adquiere gran importancia por tratarse de uno de los cuadros psiquiátricos de mayor prevalencia en la patología Psiquiátrica Infantil.

Al prescribir un psicofármaco a un niño se deben considerar dos aspectos: el farmacológico y el farmacoterápico.

Los psicofármacos deben ser conceptualizados como instrumentos, no fines en sí mismos, que sirven para tratar algunos problemas psiquiátricos y pueden tener efectos muy positivos si se utilizan correctamente, pero pueden tener efectos deletéreos si se administran en forma inadecuada por desconocimiento de parte de quien los indica. El aspecto psicofarmacológico debe estar integrado con el resto de los ejes de tratamiento, que incluyen la psicoeducación y la psicoterapia. Cada uno de estos ejes requiere del resto para obtener mejores resultados.

Para que el médico efectúe la prescripción apropiada de un medicamento es indispensable que conozca previamente los siguientes aspectos:

- El diagnóstico del paciente.
- La farmacodinamia del medicamento: los efectos que el fármaco produce en el cerebro del niño y sus posibles efectos no deseados en otras áreas del cerebro.
- La farmacocinética: las barreras que el fármaco debe atravesar para llegar al sitio de acción, sus mecanismos de absorción, su forma correcta de administración, su metabolismo, su interacción con otros fármacos, su vida media y el tiempo de duración de su efecto, lo que permite determinar la frecuencia de administración.

Para lograr el mejor resultado posible con el tratamiento es indispensable que el médico establezca una excelente relación con los padres puesto que, aunque tenga conocimientos de vanguardia y el medicamento sea el mejor del mercado, el tratamiento no tendrá éxito si no logra que los padres entiendan y acepten que su hijo lo necesita. El psicofármaco podrá haber sido elegido por su alta tasa de eficacia, pero no es efectivo si no se logra superar la barrera más importante a la que se enfrenta el psiquiatra tratante: la familia.

Si bien la decisión es del médico tratante, a diferencia del tratamiento de adultos, en el tratamiento de niños el psicofármaco es administrado por un intermediario: el cuidador. Si no logramos la adherencia al tratamiento de los padres, podremos haber elegido un psicofármaco de probada eficacia, pero no será efectivo para nuestro tratamiento.

Junto a lo anterior se debe tener en cuenta que el tratamiento de la patología comórbida es de mayor complejidad, duración y menor eficacia, por lo que la alianza terapéutica con los padres debe ser mayor, y esto de por sí hace más difícil el abordaje psicofarmacológico.

### Tratamiento del trastorno de déficit atencional sin comorbilidad

El tratamiento psicofarmacológico del TDAH si bien no es "curativo", está basado en conocimientos neurobiológicos que implican mejorar la disponibilidad de los neurotransmisores DOPAMINA y NORADRENALINA.

Los pasos a seguir en el abordaje farmacológico pueden resumirse en un algoritmo que se constituye en una especie de "hoja de ruta" para el técnico tratante. Uno de ellos es el algoritmo de Texas, que se elaboró en el año

1999 gracias al trabajo de cincuenta psiquiatras que se reunieron para ordenar los conocimientos disponibles hasta ese momento sobre el déficit atencional y su tratamiento. En un estudio en el que se utilizó este algoritmo se encontró que cuando se trata este trastorno sin considerar las comorbilidades, aumenta el riesgo de fracaso del tratamiento. En el año 2006 se publicó un Consenso basado en el anterior, en el cual se mostraron los resultados obtenidos al utilizar un nuevo algoritmo en el que se considera la comorbilidad. En lo que se refiere al trastorno de déficit atencional, este algoritmo establece los siguientes pasos:

- En primer lugar se debe indicar un psicofármaco que actúe a nivel dopaminérgico, que habitualmente es metilfenidato.
- Si el paciente mejora se debe continuar con el tratamiento.
- Si no hay mejoría o esta es parcial se debe cambiar metilfenidato por anfetaminas si están disponibles.
- Si esto no da resultado, se pasa a atomoxetina, que actúa principalmente sobre la noradrenalina, inhibiendo su recaptación y mejorando su disponibilidad.
- También existe la posibilidad de combinar estimulantes con atomoxetina, lo cual está previsto en el algoritmo.
- Si el paciente presenta mejoría se continúa el tratamiento.
- Si el paciente no mejora se puede utilizar otros medicamentos que no tienen efectividad comprobada, como bupropión, antidepresivos tricíclicos o modafinilo, (esto de acuerdo al Consenso Latinoamericano de México).

En Uruguay se utiliza principalmente metilfenidato o ritalina en distintas presentaciones: corta duración, larga duración (LA) y de liberación sostenida.

### Comorbilidades en el TDAH

El TDAH tiene una alta comorbilidad con entidades psiquiátricas como los trastornos de conducta disocial y negativista desafiante (40%-50%), problemas de ansiedad (25%), depresión (30%-33%), dificultades específicas de aprendizaje (20%-25%) y síndrome de Gilles de la Tourette (2%).

El tratamiento en pacientes con trastornos de conducta disocial y negativista desafiante se dirige a lograr que el paciente mejore su comportamiento y reduzca las manifestaciones conductuales agresivas, a través del control de la impulsividad. A pesar que el algoritmo de Texas indica que el niño debe ser tratado en primera instancia con fármacos y continuar con ellos si están dando resultados positivos, es recomendable tratar al niño simultáneamente con psicoterapia dirigida por un equipo multidisciplinario que aborde en conjunto al niño y su familia, ya que es indispensable entrenar a todos los adultos que están en contacto con el paciente para lograr resultados positivos. Si el metilfenidato no da resultados positivos se agregan antipsicóticos atípicos, como risperidona o quetiapina. Si el tratamiento no es efectivo se continúa con el estimulante y se agrega un regulador del humor de tipo anticonvulsivante, como divalproato u oxcarbamazepina. El litio no es muy utilizado en niños, pero se puede recurrir a él en caso de fracaso del anticonvulsivante.

La indicación de los distintos fármacos se basa en varios estudios. En el *Journal* de la Academia Americana de Niños y Adolescentes, se publicó una revisión sobre psicofarmacoterapia de la agresión en niños y adolescentes. De 45 estudios publicados, 36 eran sobre trastorno por déficit atencional, trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta disocial, o la comorbilidad entre ellos; 23 de los comórbidos tienen como diagnóstico principal el trastorno de déficit atencional. 18 estudian metilfenidato en agresividad, 12 de ellos en comorbilidad con conducta negativista desafiante y trastorno de conducta disocial. Es importante considerar que todos estos estudios se realizaron en un período de seis semanas en promedio, pero algunos de ellos se llevaron a cabo en sólo 27 días.

Existen 12 estudios publicados sobre comorbilidad de trastorno déficit atencional con trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta disocial, sin identificar diferencias entre ellos; la población era de edad escolar y se utilizó una dosis promedio de 1 mg/kg/día. Los estudios mencionados sugieren que el metilfenidato es igualmente eficaz para tratar el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta disocial; sin embargo en la práctica el efecto positivo se observa sólo al inicio y a medida que pasa el tiempo es necesario administrar otros fármacos.

Existen 5 estudios de comorbilidad publicados, en los cuales la edad promedio de los pacientes fue de 9 años y se utilizó una dosis de risperidona de 0,04 mg/kg/día con significativa tasa de efectividad. Aman y colaboradores tomaron 155 pacientes entre 16 y 17 años, que dividieron en cuatro grupos: tratados sólo con risperidona, sólo con metilfenidato, con risperidona más metilfenidato y grupo placebo; luego cambiaron los fármacos entregados. Con el tratamiento con risperidona mejoraron la conducta disruptiva y la hiperactividad; al agregar metilfenidato no se observaron cambios significativos; al agregar risperidona a metilfenidato mejoraba la hiperactividad, pero se observó somnolencia como efecto adverso. Este estudio mostró un efecto positivo en las primeras semanas de tratamiento; sin embargo en la realidad, con el tiempo los niños presentan marcado aumento del apetito y aumentan de peso rápidamente, lo que lleva a suspender la medicación.

Algunos estudios con litio por períodos breves sugieren que éste tiene escaso beneficio; en cambio el estudio de Malone, publicado en el año 2000, muestra un efecto importante sobre la agresividad impulsiva en 40 pacientes internados. En este caso el período de estudio se extendió por más de 40 días. Esto sugiere que es necesario mantener la medicación el tiempo necesario para obtener resultados, lo que requiere experiencia en el manejo por parte del médico; asimismo se puede aumentar las dosis paulatinamente mientras no existan efectos colaterales como la cefalea, en el caso de metilfenidato.

### Déficit atencional con trastorno de ansiedad

Los fármacos utilizados para tratar el déficit atencional con trastorno de ansiedad son la atomoxetina y el metilfenidato o anfetaminas. Los estudios muestran que la atomoxetina tiene efectos positivos sobre el trastorno de ansiedad comórbido con TDAH, pero es necesario incorporar la psicoterapia, sobre todo la de tipo cognitivo comportamental para el tratamiento del trastorno de ansiedad. Se indica el metilfenidato para el trastorno de déficit atencional y la psicoterapia para el trastorno de ansiedad. El logaritmo de Texas sugiere:

- Comenzar con atomoxetina o metilfenidato.
- Si la atomoxetina no produce mejoría, se pasa al metilfenidato y se sigue por esa vía.
- Si el niño no mejora se agrega atomoxetina si antes no se había hecho, o bien, se agrega un inhibidor de la recaptación de la serotonina.

En un estudio doble ciego aleatorio en el que 89 pacientes recibieron atomoxetina y 87 pacientes recibieron placebo durante doce semanas, se encontró una mejoría significativa en el trastorno de déficit atencional con trastorno de ansiedad en el grupo que recibió el fármaco.

### Trastorno de déficit atencional y depresión

Para tratar el trastorno de déficit atencional asociado a trastornos depresivos se debe determinar cuál es el problema predominante; en algunos casos los elementos depresivos son el resultado de los problemas que acarrea el trastorno de déficit atencional, en estos caso se debe tratar éste:

- Si el trastorno depresivo es muy intenso y se configura como una comorbilidad, se debe tratar la depresión.
- Si con el tratamiento para el déficit atencional mejora la depresión se puede concluir que los elementos depresivos eran consecuencia del déficit atencional, pero si sólo mejora el déficit atencional se debe agregar tratamiento para la depresión.
- Si no mejora ninguno de los dos trastornos se debe suspender el tratamiento para el déficit atencional y comenzar el tratamiento para la depresión con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Si se comenzó a tratar la depresión sin tratar el déficit atencional y la primera mejora, pero no el segundo, entonces se debe agregar tratamiento para el déficit atencional.

Emslie publicó un estudio sobre el efecto de los ISRS en niños con trastorno de déficit atencional y trastorno depresivo. En nueve de ellos comenzó el tratamiento para déficit atencional, de los cuales siete mejoraron y dos no mejoraron; en éstos se comenzó a tratar la depresión, pero los pacientes no mejoraron hasta que se agregó el tratamiento para el déficit atencional.

### Tratamiento del déficit atencional asociado a trastorno bipolar

Los escasos datos disponibles sobre el abordaje farmacológico en pacientes con déficit atencional asociado a trastorno bipolar sugieren que primero se debe

estabilizar el humor y luego, si hay sintomatología residual de déficit atencional, abordar éste. El diagnóstico es fundamental, porque es diferente tratar a un niño con déficit atencional más irritabilidad pensando que corresponde a un trastorno bipolar, a tratarlo cuando tiene otra condición, como depresión o ansiedad. Si el caso no permite establecer que es un trastorno bipolar, pero el niño presenta irritabilidad o trastornos de conducta no es necesario esperar a confirmar que se trata de un trastorno bipolar, es suficiente que existan elementos sugerentes o antecedentes familiares para que el médico decida indicar reguladores del humor junto con los estimulantes. Existen grupos de niños con déficit atencional que presentan gran irritabilidad y conductas agresivas peligrosas que responden parcialmente a estimulantes, de modo que los estabilizadores del humor son beneficiosos con o sin diagnóstico.

En el estudio MTA (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, Estudio Multimodal de Tratamiento del TDAH*), 289 niños con alguna sintomatología maniaco-símil, pero con criterios escasos para diagnóstico de trastorno bipolar, respondieron favorablemente a metilfenidato. En un estudio longitudinal de Carlson y colaboradores, de 75 niños de seis a doce años de edad tratados con metilfenidato 23% tuvo reacciones maniaco-símiles, fundamentalmente gran irritabilidad; a la edad de 21 a 23 años no hubo diferencia en el desarrollo de trastorno bipolar en las dos poblaciones, lo que sugiere que el uso excesivo de estimulantes podría ocasionar manía en el futuro. Un estudio realizado en Holanda en niños tratados con metilfenidato, muestra que en ese país existe menor número de jóvenes en etapa de adolescencia tardía con diagnóstico de trastorno bipolar que en los Estados Unidos, lo que se relaciona con menor uso de estimulantes en niños. Finalmente, en una revisión de historias clínicas de niños tratados con metilfenidato se encontró que en 60 pacientes, que corresponde a 0,25% del total, el tratamiento desencadenó manía. En 55 casos este trastorno desapareció al retirar el metilfenidato y en los 5 casos en que no se revirtió, los pacientes recibieron posteriormente el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar, lo que no significa que el tratamiento genere estos trastornos, pero sí puede activarlos y desencadenar una reacción psicótica o actitudes delirantes.

### Uso de estimulantes y trastornos por abuso de sustancias

Se dice que *el uso* de sustancias predispone *al abuso* de sustancias, concepto apoyado por los detractores de la psicofarmacología. Sin embargo, en un estudio realizado en el año 2003 en 140 niños con déficit atencional tratados con estimulantes, se encontró que la proporción de pacientes que comenzó a abusar de sustancias fue similar a la observada en el grupo control, compuesto por pacientes que no tenían déficit atencional.

Por otra parte, se sabe que los niños con déficit atencional no tratados tienen mayor probabilidad de desarrollar adicción. Si un adolescente comienza a consumir sustancias psicoactivas, el promedio de desarrollo de adicción es de alrededor de tres años.

Promedialmente en los próximos tres años, de cien niños que consumen sustancias ocho se vuelven adictos. O sea, podría decirse que existen tres años para actuar y evitar que desarrollen la condición de adictos. Sin embargo los niños portadores de déficit atencional no tratado, cuya impulsividad anormal favorece el consumo exagerado, podrán volverse adictos en sólo un año y medio.

### **Manejo del déficit atencional asociado a TICs**

Para los casos con tics se considera que no es apropiado el metilfenidato y se debe preferir atomoxetina, que evita que estos síntomas aumenten, aunque no los elimina. También se puede utilizar clonidna pero con precaución, porque la asociación de este fármaco y metilfenidato se ha asociado a muerte súbita. Otro fármaco disponible es tiaprida, un neuroléptico atípico que actúa como regulador neuromotor.

En suma, podemos decir que una de las complejidades a la hora de decidir que fármaco es el más apropiado para

tratar a un niño portador de TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD, radica en el diagnóstico. Esto implica no sólo realizar un diagnóstico adecuado, sino conocer las condiciones comórbidas que suelen acompañar al cuadro.

Pero además, el médico tratante debe establecer vínculos de confianza con los padres del niño, entendiendo los sentimientos ambivalentes que pueden darse a la hora de tener que administrar un psicofármaco a un hijo.

Todo esto requiere de parte del médico una postura ética que lo lleve a mantener conocimientos actualizados psiquiátricos y psicofarmacológicos, experiencia psicofarmacoterápica, gran capacidad empática y fundamentalmente, tiempo de contacto con el niño y su familia para tratar de ayudarlo de la mejor manera posible.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.