

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad aislado en consulta de Neuropediatria. Serie de casos

Isolated attention deficit disorder with/without hyperactivity in clinical practice. Series of cases

Dra. Marta Marín Andrés^a, Dra. Aída M. Gutiérrez Sánchez^a, Dra. Ana L. Martínez de Morentin Navarcorena^a
Dra. Raquel A. Bernadó Fonz^a, Dr. Miguel Lafuente Hidalgo^a y Dr. Javier López Pisón^a

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad afecta al 5% de los niños en edad escolar. Se presenta una serie de 82 niños con este trastorno no asociado a enfermedades neurológicas ni a discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, atendidos durante un período de 8 meses en Neuropediatria: 57 casos de tipo combinado, 23 de tipo inatento y 2 de predominio hiperactivo. Tiempo medio de seguimiento: $7 \pm 2,8$ años (rango: 4-14,6). Compartían seguimiento con Psiquiatria 16 pacientes. Nunca recibieron tratamiento por decisión parental 12 pacientes. De los 70 que recibieron, en 20, hubo demora en el inicio del tratamiento. Tiempo medio de demora: 20 meses $\pm 1,6$ años (rango: 1 mes y 6 años). Tiempo medio de tratamiento: 44 meses $\pm 2,6$ años (rango: 1 mes y 10,5 años). El 90 % de los pacientes (63) que iniciaron tratamiento continuaban tomándolo en la última revisión.

Palabras clave: clorhidrato de atomoxetina, guanfacina, dimesilato de lisdexamfetamina, metilfenidato, trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad.

ABSTRACT

Attention deficit disorder with hyperactivity has a high prevalence affecting 5 % of school-age children. We present a case series of 82 children with said disorder not associated with neurological diseases or intellectual disability or autism spectrum disorder, treated during a period of 8 months in a neuropediatrics clinic: 57 cases of combined type, 23 of inattentive type and 2 of overactive predominance. Average follow-up time: 7 ± 2.8 years (range: 4-14.6); 16 patients shared follow-up with Psychiatry; 12 patients never received treatment by parental decision. Of the 70 who received it, in 20 there was a delay in the start of treatment. Average delay time: 20 months ± 1.6 years (range: 1 month and 6 years). Average treatment time: 44 months ± 2.6 years (range: 1 month and 10.5 years); 90 % of the patients (63) who started treatment were under treatment at the last control.

Key words: atomoxetine hydrochloride, guanfacine, lisdexamfetamine dimesylate, methylphenidate, attention deficit disorder with/without hyperactivity.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.e405>

Cómo citar: Marín Andrés M, Gutiérrez Sánchez AM, Martínez de Morentin Navarcorena AL, Bernadó Fonz RA, et al. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad aislado en consulta de Neuropediatria. Serie de casos. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):e405-e409.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con / sin hiperactividad (TDAH) es una alteración de la función ejecutiva del cerebro que ocasiona, en el niño, incapacidad para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se presentan.^{1,2} El TDAH es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente, y presenta una alta prevalencia, pues afecta a alrededor del 5 % de los niños en edad escolar.² Puede darse aislado o asociado a otros trastornos del neurodesarrollo, como discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista, y asociado a diversos problemas cerebrales, heredados o adquiridos. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de niños afectados de TDAH aislado, controlados en una consulta de Neuropediatria.

Casos clínicos

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en población pediátrica con TDAH controlada en una consulta de Neuropediatria de un hospital de referencia regional, donde se trabajó desde octubre de 2017 con consultas nominales. De la base de datos de Neuropediatria, en la que se incluyeron los pacientes evaluados desde mayo de 1990,³ se seleccionaron los pacientes con TDAH aislado que fueron revisados en la consulta del tercer firmante (LPJ) entre octubre de 2017 y

a. Servicio de Pediatría, Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Correspondencia:

Dra. Marta Marín Andrés: marta_marin91@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 6-10-2019

Aceptado: 4-1-2020

mayo de 2018, que fueran controlados desde antes de enero de 2014, y se aseguró un tiempo de seguimiento de, al menos, 3 años y 5 meses. Se incluyeron únicamente los pacientes revisados en la consulta de un único neuropediatra para evitar la variabilidad interprofesional.

El diagnóstico de TDAH se basó en la sintomatología clínica compatible y los informes de educación y diversos ámbitos psicológicos. Se excluyeron los pacientes con TDAH asociado a discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista y los casos asociados a enfermedades con afectación del sistema nervioso central (SNC), como daño cerebral adquirido, síndromes neurocutáneos o epilepsia. No se excluyeron los casos que asociaban patología comórbida, como trastornos de aprendizaje o tics. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética regional.

RESULTADOS

En total, 82 niños (53 varones y 29 mujeres) con diagnóstico de TDAH cumplían los criterios de inclusión con una edad comprendida entre 6 y 17 años y una edad media de 11 años. La edad media al momento del diagnóstico era $7,5 \pm 2,3$ años, con un rango de 2,5-14 años. El tiempo medio de seguimiento fue de $7 \pm 2,8$ años con un rango de 4-14,6 años. Las características de la muestra quedan recogidas en la *Tabla 1*.

No recibieron tratamiento farmacológico nunca por decisión parental 12 pacientes (el 14,6 %), de los cuales dos compartían seguimiento con Psiquiatría. La edad media de los pacientes que nunca recibieron tratamiento farmacológico era $10,4 \pm 2,5$ años (rango: 7-15 años). El tiempo medio de seguimiento de este subgrupo de pacientes fue $7,4 \pm 2,1$ años

TABLA 1. Características generales de la muestra (N = 82)

Variable	n	%
Sexo		
Varón	53	64,6
Mujer	29	35,3
Tipo de TDAH		
Hiperactivo	2	2,24
Inatento	23	28
Combinado	57	69,6
Fármacos empleados		
Metilfenidato	69	98,5
Lisdexanfetamina	21	30
Guanfacina	4	5,7
Atomoxetina	2	2,8
Número de fármacos empleados por paciente		
1	49	70
2	18	25,7
3	2	2,9
4	1	1,4
Seguimiento compartido por Psiquiatría	16	19,6
Motivos de derivación a Neuropediatría		
Diagnóstico de TDAH	28	34,1
Trastornos paroxísticos	20	24,3
Retraso psicomotor	14	17
Problemas escolares	10	12,1
Trastornos en la marcha	5	6
Alteraciones del comportamiento	4	4,8
Cefalea	3	3,6
Trastornos del sueño	3	3,6
Alteraciones en el tono muscular	3	3,6
Tics	2	2,4
Hiperkinesia	1	1,2
Torpeza motriz	1	1,2
Comorbilidades		
Tics	6	7,3
Trastorno de lectoescritura	9	11

TDAH: trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

(rango: 4,1-12,2 años). De los 70 pacientes que recibieron tratamiento farmacológico, en 20 casos (el 28,6 %), tras aconsejarlo, hubo demora en su inicio. El tiempo medio de demora fue de 20 meses \pm 1,6 años con un rango de entre 1 mes y 6 años.

En ningún caso, se asociaron fármacos de inicio, pero, en uno, se combinó lisdexanfetamina con metilfenidato de liberación rápida añadido por la tarde por disminución del efecto y, en otro, se asoció guanfacina a lisdexanfetamina como tratamiento de los tics. El tiempo medio de tratamiento fue de 44 meses \pm 2,6 años con un rango de entre 1 mes y 10,5 años. Se encontraban en tratamiento farmacológico en la última revisión 63 de los 70 pacientes que lo habían iniciado (el 90 %).

La edad media de los pacientes que abandonaron el tratamiento durante el seguimiento fue 11,1 \pm 2,1 años (rango: 8-14 años). Los fármacos empleados en este subgrupo de pacientes fueron metilfenidato (7/7), lisdexanfetamina (4/7), atomoxetina (1/7) y guanfacina (1/7). De los 7 pacientes que abandonaron el tratamiento, solamente 3 recibieron un único fármaco. El tiempo medio de tratamiento, teniendo en cuenta los distintos fármacos utilizados, fue de 15,7 \pm 17,6 meses con un rango de entre 1 y 49 meses. En total, 3 de los 7 pacientes que abandonaron el tratamiento eran controlados conjuntamente por Psiquiatría. En la *Tabla 2*, se describen con mayor detalle los pacientes que abandonaron el tratamiento.

DISCUSIÓN

Este trabajo muestra un corte transversal de un período de 8 meses de la población pediátrica con TDAH controlada en una consulta de Neuropediatría de un hospital de referencia regional con un tiempo de seguimiento de, al menos, 3 años y 5 meses. Únicamente, quedan reflejados los casos que siguen en control. No se han analizado, por tanto, los casos no seguidos por haber sido dados de alta (ya fuera por motivo de edad u otros) o aquellos que han dejado de acudir a control de Neuropediatría. En nuestra muestra, al igual que lo descrito en otras series, la mayor parte de casos de TDAH fueron de tipo combinado (el 69,6 %), y el predominio hiperactivo fue el tipo de TDAH menos frecuente (el 2,4 %).^{2,4}

Cerca del 20 % de los pacientes incluidos en el estudio compartían seguimiento con Psiquiatría, a pesar de la ausencia de síntomas psiquiátricos añadidos. Esta cifra fue superior a la de otro trabajo español, según el cual el 7,4 % de los pacientes con TDAH eran seguidos por varios especialistas y el neuropediatra era el profesional que continuaba con el seguimiento de estos pacientes en un 50 % de los casos.²

El 63 % de los casos habían sido remitidos a consulta de Neuropediatría por presentar un trastorno del neurodesarrollo, ya fuera en forma de sospecha de TDAH, retraso psicomotor o por presentar problemas escolares. Tanto el retraso psicomotor como los problemas en el ámbito escolar obligaban a plantearse el diagnóstico

Tabla 2. Descripción de los pacientes que abandonaron el tratamiento farmacológico durante el seguimiento (N = 7)

	Edad al fin del tratamiento (años)	Fármacos empleados	Tiempo de tratamiento (meses)	Motivo de abandono	Seguimiento por Psiquiatría
Caso 1	8	Metilfenidato Lisdexanfetamina	48 1	Ansiedad "Robotización"	Sí
Caso 2	13	Metilfenidato Lisdexanfetamina	30 1	Ausencia de efecto Pérdida de apetito Insomnio	Sí
Caso 3	11	Metilfenidato Lisdexanfetamina Atomoxetina Guanfacina	1 0,06 2 6	Empeoramiento de tics Agresividad Agresividad Somnolencia	Sí
Caso 4	12	Metilfenidato Lisdexanfetamina	7 3	Ausencia de efecto Ausencia de efecto	No
Caso 5	14	Metilfenidato	1	Ausencia de efecto	No
Caso 6	11	Metilfenidato	7	Ausencia de efecto	No
Caso 7	9	Metilfenidato	3	Ausencia de efecto	No

de TDAH. En nuestro trabajo, el 7,3 % de los pacientes con TDAH presentaba tics. Se calcula que cerca del 10-30 % de los niños con TDAH presentan tics y entre un 38 % y un 75 % de los pacientes con tics padecen TDAH.^{5,6}

El tratamiento farmacológico del TDAH incluye fármacos estimulantes y no estimulantes. Los estimulantes (metilfenidato y derivados de las anfetaminas) son el tratamiento de primera línea.^{7,8} Aquellos pacientes con respuesta parcial o intolerancia a los estimulantes pueden beneficiarse de los fármacos no estimulantes (atomoxetina, clonidina y guanfacina).^{9,10} Al igual que lo descrito en otros trabajos, el fármaco más empleado en nuestra serie fue el metilfenidato.^{11,12} En nuestra muestra, pocos pacientes recibieron fármacos distintos a los estimulantes; únicamente, el 7,3 % recibieron atomoxetina o guanfacina sin grandes diferencias en cuanto a su uso.

Diversos trabajos han propuesto que el tratamiento farmacológico durante la infancia favorece resultados positivos durante la edad adulta. El TDAH en los adultos se asocia con alta prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de personalidad, problemas de aprendizaje, junto con abuso de drogas y alcohol.^{9,13} En nuestra casuística, cerca del 15 % de los pacientes no recibió, en ninguna ocasión, tratamiento farmacológico por decisión parental y cerca del 30 % demoraron su inicio con una media de 20 meses. No se han encontrado datos en la literatura referidos a la demora en el inicio del tratamiento farmacológico ni al rechazo parenteral de este.

La adherencia al tratamiento farmacológico en nuestra serie fue muy alta. El tiempo medio de tratamiento fue de 44 meses y, en la última revisión, se encontraban en tratamiento farmacológico el 90 % de los pacientes que lo habían iniciado. Esta cifra es superior a la de la encuesta nacional estadounidense de salud infantil de 2011 realizada a padres con hijos de edades comprendidas entre 0 y 17 años, en la cual cerca del 70 % de los niños con TDAH recibían tratamiento farmacológico.¹⁴ A la adherencia al tratamiento contribuye la estabilidad familiar, la dosificación única, la carencia de efectos adversos, la motivación para mejorar los síntomas de TDAH y la relación médico-paciente.¹⁵

Nuestros datos recogen una muestra de niños con TDAH, con un largo período de seguimiento. Se destaca que casi un 20 % compartían seguimiento por Psiquiatría. Se defiende, dada su

alta prevalencia, la figura del pediatra de atención primaria en la orientación diagnóstica inicial, la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de la mayoría de los niños y adolescentes con TDAH, y se reservan las consultas al psiquiatra o al neuropediatra a casos complejos por no responder a los fármacos de primera línea (psicoestimulantes) o con comorbilidades, como sería el trastorno del espectro autista.

Se destaca, por un lado, la alta frecuencia de padres que rechazan o demoran el tratamiento farmacológico y, por otro, la alta adherencia de la mayoría de los casos que inician el tratamiento. Por último, cabe resaltar que 3 de los 7 pacientes que abandonaron el tratamiento, solamente, recibieron una única opción farmacológica. Sin embargo, se cree que, en los casos de abandono del tratamiento por falta o cese de eficacia o por efectos secundarios, se deberían replantear, si persiste la clínica, otras opciones farmacológicas. ■

REFERENCIAS

1. Ledochowski J, Andrade BF, Toplak ME. A novel unstructured performance-based task of executive function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2019;41(5):445-59.
2. Rodríguez-González CT, González-Marcos MI, Arroba-Basanta ML, Cabello-Ballesteros L. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19(76):311-20.
3. López-Pisón J, Baldellou-Vázquez A, Rebaje-Moisés V, Arana-Navarro T, et al. Estudio de la demanda asistencial de neuropsiquiatría en un hospital de referencia regional. I. Presentación del trabajo y resultados generales. *Rev Neurol*. 1997;25(146):1535-8.
4. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-22.
5. Hervás-Zúñiga A, Durán-Forteza O. El TDAH y su comorbilidad. *Pediatr Integral*. 2014;28(9):643-54.
6. Freeman RD. Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(Suppl 1):15-23.
7. Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: what nurses should know. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(6):890-5.
8. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-38.
9. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *JAMA*. 2016;315(18):1997-2008.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018. [Consulta: 15 de enero de 2020]. Disponible en:

- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
11. Visser SN, Bitsko RH, Danielson ML, Ghandour RM, et al. Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder among children with special health care needs. *J Pediatr*. 2015;166(6):1423-30.
 12. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(3):179-203.
 13. Rasmussen K, Palmstierna T, Levander S. Differences in psychiatric problems and criminality between individuals treated with central stimulants before and after adulthood. *J Atten Disord*. 2015;23(2):173-80.
 14. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, et al. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(1):34-46.e2.
 15. Rodillo BE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2015;26(1):52-9.