

Importancia de la evaluación adecuada de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El tratamiento a largo plazo de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad será efectivo en presencia de una atención continua y especializada adaptada a las necesidades del paciente y su familia.

Introducción y objetivos

Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados durante la infancia se encuentra el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), entidad neurobiológica que provoca una disfunción significativa. Las recomendaciones elaboradas por los autores del presente estudio tienen como objetivo facilitar el diagnóstico y tratamiento efectivos de los pacientes con TDAH. Con dicho fin se llevó a cabo una búsqueda de información en las bases de datos PsycINFO, Medline y *Psychological Abstracts* y se evaluaron capítulos de libros y artículos de revisión, entre otras fuentes.

Características del TDAH

En el *National Survey of Children's Health* realizado entre 2003 y 2004 por el *Centers for Disease Control and Prevention* se informó una prevalencia de TDAH y de tratamiento farmacológico del 7.8% y 4.3%, respectivamente. Dichos resultados se aproximan a los informados en otros estudios. En general, el TDAH no remite al iniciarse la pubertad y puede estar presente durante la vida adulta. No obstante, la información sobre la persistencia del TDAH durante la vida adulta es heterogénea debido a temas metodológicos. Según lo informado, los adultos con antecedente de TDAH durante la infancia presentan una frecuencia elevada de conducta antisocial y criminal, trastornos conyugales y de salud, además de otras entidades. En el *National Comorbidity Survey Replication* se halló que la prevalencia de TDAH entre los individuos de 19 a 44 años se aproxima al 4.4%. Puede concluirse que muchos niños con TDAH presentarán el trastorno y requerirán tratamiento específico durante la adultez.

El TDAH se presenta en comorbilidad frecuente con otras entidades psiquiátricas como el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno disocial, el abuso de sustancias, los problemas de aprendizaje y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Durante la adultez, la comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad reemplaza la comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante y con el trastorno disocial. Asimismo, puede

observarse un aumento de la prevalencia de comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo.

En cuanto a la etiología del TDAH, se informó un déficit de las funciones ejecutivas, entre otros problemas neuropsicológicos. Las bases genéticas del TDAH son cada vez más conocidas. Según lo estimado por Faraone y colaboradores, la heredabilidad del TDAH alcanza el 76%. Además, se registraron marcadores de TDAH en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17. Entre las causas no genéticas de TDAH se incluye el estrés perinatal, el peso bajo al nacer, el tabaquismo materno durante el embarazo y el daño cerebral traumático. Las neuroimágenes no son de utilidad diagnóstica ni permiten predecir la respuesta al tratamiento. No obstante, se informó que los niños con TDAH presentan una disminución del volumen de la sustancia gris y blanca, especialmente en ausencia de tratamiento. También se informó una afectación del nivel de activación del caudado, de los lóbulos frontales y de la corteza cingulada anterior durante la realización de actividades que requieren un control inhibitorio.

El tratamiento farmacológico de los pacientes con TDAH puede efectuarse con diferentes drogas. Entre las más nuevas se incluye el metilfenidato de liberación prolongada, las sales mixtas de anfetamina y dextroanfetamina de liberación prolongada, el dexmetilfenidato y la atomoxetina. También se aprobó el empleo de parches transdérmicos de metilfenidato. La eficacia y seguridad a largo plazo de estas sustancias se evaluaron en diferentes estudios. Las intervenciones psicosociales también son de utilidad y su combinación con la farmacoterapia debe decidirse según el cuadro clínico de cada paciente.

Recomendaciones para la evaluación y el tratamiento de los pacientes con TDAH

La detección sistemática del TDAH debería formar parte de toda evaluación psiquiátrica

El psiquiatra debe realizar preguntas específicas para evaluar los dominios sintomáticos principales del TDAH, es decir, la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, y el nivel de afectación vinculado con su presencia. Esta detección debe realizarse sin importar el motivo de consulta. Puede resultar útil el empleo de escalas o cuestionarios específicos y su aplicación en la sala de espera.

La evaluación de los niños o adolescentes debe incluir entrevistas con los padres para obtener información sobre el desempeño escolar, el funcionamiento, la presencia de comorbilidades y los antecedentes familiares, sociales y médicos

La entrevista con los padres debe incluir la consideración de los 18 síntomas de TDAH detallados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). También debe evaluarse la edad de inicio, la duración, la gravedad y la frecuencia sintomática. Luego, es necesario considerar la afectación del funcionamiento y la presencia de otros trastornos psiquiátricos, especialmente el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial. Es

de utilidad la aplicación de escalas y cuestionarios validados. No debe omitirse la valoración de los antecedentes y el funcionamiento familiar, la historia perinatal, la maduración y los antecedentes psiquiátricos del paciente. La entrevista de los niños de hasta 8 años deberá realizarse en presencia de los padres. En cambio, los niños más grandes y los adolescentes deben entrevistarse en forma individual. Esta evaluación permitirá identificar indicadores de comorbilidad psiquiátrica, valorar el estado mental y de ánimo y el proceso de pensamiento, entre otros parámetros.

No se recomienda efectuar análisis de laboratorio y evaluaciones neurológicas en ausencia de hallazgos clínicos de importancia

La mayoría de los pacientes con TDAH no presentan antecedentes médicos de importancia. Según los síntomas y antecedentes que estos manifiesten, será necesario evaluar los niveles de hormonas tiroideas o de agentes tóxicos como el plomo. Los estudios mediante neuroimágenes o las evaluaciones neurológicas exhaustivas no deben realizarse en forma rutinaria.

La realización de pruebas psicológicas y neuropsicológicas no es obligatoria para diagnosticar TDAH. Sólo debe realizarse ante la presunción de disfunción cognitiva

Es importante que el profesional determine si la disfunción académica se debe al TDAH o a la comorbilidad con un trastorno del aprendizaje. El TDAH afecta frecuentemente el desempeño académico. Dicha afectación disminuirá en la medida en que el tratamiento específico para el TDAH haga efecto. En ausencia de mejorías académicas a pesar de la mejoría del cuadro de TDAH o en caso de afectación posiblemente desvinculada con el TDAH, resultará adecuado evaluar la presencia de trastornos del aprendizaje. No obstante, se recomienda aplicar un tratamiento adecuado para el TDAH antes de realizar cualquier evaluación adicional. La evaluación psicológica del paciente con TDAH incluye la estimación del cociente intelectual. De acuerdo con los resultados que se obtengan será necesario aplicar otros parámetros de evaluación neuropsicológica.

El profesional debe evaluar la presencia de comorbilidades psiquiátricas
En este sentido es importante determinar si el trastorno comórbido es la entidad principal que ocasiona los síntomas de TDAH o si los síntomas comórbidos son secundarios al TDAH. El plan terapéutico deberá adecuarse a cada trastorno comórbido. Con frecuencia, los pacientes con TDAH reúnen los criterios para el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante o trastorno disocial. En cuanto a la depresión, su aparición generalmente tiene lugar años después del diagnóstico de TDAH, a diferencia de los trastornos de ansiedad que pueden aparecer junto con el TDAH. También debe evaluarse la comorbilidad con cuadros maníacos, abuso de sustancias o trastornos del control de los impulsos. Con frecuencia, los pacientes con TDAH presentan síntomas secundarios como autoestima baja, disforia y labilidad afectiva leve.

El tratamiento de los pacientes con TDAH debe ser planificado e integral
Es importante tener en cuenta que el TDAH es un trastorno crónico y su abordaje puede incluir estrategias farmacológicas y psicológicas cuya

aplicación se adecuará a las preferencias del paciente y sus padres. La psicoeducación de los pacientes y sus padres, la comunicación con grupos de apoyo comunitario y la adecuación de los recursos escolares son temas a considerar. El plan terapéutico deberá ser reevaluado en forma regular para adaptarlo a las necesidades de los pacientes. La información disponible permite afirmar que el tratamiento farmacológico es superior al abordaje conductual. No se informaron beneficios resultantes de la combinación de ambas estrategias. En situaciones como el inicio del tratamiento de los pacientes con afectación funcional mínima, puede ser de utilidad la terapia conductual aislada. Esto también tiene lugar en caso de diagnóstico incierto o negativa ante el tratamiento farmacológico por parte de los padres, entre otras situaciones. Entre las intervenciones conductuales efectivas a corto plazo se incluye el entrenamiento de los padres. Es fundamental resolver situaciones de disfunción familiar generalizada.

El tratamiento farmacológico inicial debe efectuarse con una droga aprobada por la FDA

Entre dichas drogas se incluye la **dextroanfetamina, el metilfenidato, las sales mixtas de anfetamina y la atomoxetina.**

Existen numerosos estudios cuyos resultados indican la eficacia del empleo de estimulantes para el tratamiento de los niños y adultos con TDAH. No se observaron diferencias de eficacia entre **el metilfenidato y las anfetaminas.** Dado que las formulaciones de liberación inmediata deben ser administradas en tres tomas diarias, se crearon formulaciones de liberación prolongada que permiten el tratamiento con una toma diaria. Esto favorece el cumplimiento terapéutico. Por lo tanto, se recomienda administrar formulaciones de liberación prolongada desde el inicio del tratamiento. La dosis deberá adecuarse a las características de cada paciente. En general, la relación entre la dosis y la respuesta es lineal. Se recomienda aumentar la dosis en forma paulatina hasta alcanzar el nivel adecuado a la respuesta y la tolerabilidad del paciente, y realizar un monitoreo mediante la aplicación de escalas objetivas. La cantidad de estudios sobre el empleo de estimulantes en niños de edad preescolar es limitada. No obstante, dicha práctica es habitual y la información disponible al respecto permite indicar su utilidad. Debe considerarse que los niños más pequeños tienen un riesgo mayor de presentar efectos adversos y requieren una titulación muy lenta.

La **atomoxetina** es otra droga efectiva para el tratamiento de los pacientes con TDAH que puede administrarse en una o dos tomas diarias, y afecta el sueño y el apetito en menor medida que los estimulantes. En cambio, puede generar náuseas o sedación con una frecuencia superior. Además, la respuesta terapéutica puede demorar varias semanas en aparecer. La atomoxetina sería útil en presencia de comorbilidad con trastornos de ansiedad. No existe información sobre su utilidad en caso de depresión comórbida con TDAH. A la hora de elegir la droga a administrar se recomienda considerar el empleo de estimulantes como primera opción. Sin embargo, la atomoxetina es la droga de elección en presencia de abuso de sustancias, ansiedad, tics o intolerancia ante el empleo de estimulantes.

En ausencia de respuesta a los agentes mencionados se recomienda reconsiderar el diagnóstico, aplicar terapia conductual o administrar drogas no aprobadas por la FDA

En estos casos es posible que existan comorbilidades no detectadas que, aunque no constituyan el problema principal, afecten la atención y el control de impulsos. Entre las drogas no aprobadas por la FDA que pueden ser útiles en estos casos se incluye en bupropión, los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los agonistas alfa adrenérgicos. Dado que la magnitud de efecto de dichas drogas dista de ser satisfactoria, es preferible aplicar una terapia conductual antes de administrarlas. Dicha terapia también puede ser efectiva como adyuvante cuando la respuesta al tratamiento con drogas de primera línea es incompleta.

Es recomendable monitorear la aparición de efectos adversos durante el tratamiento psicofarmacológico

Los efectos adversos más frecuentes del tratamiento con estimulantes son la disminución del apetito, la pérdida de peso, el insomnio y la cefalea. También puede observarse irritabilidad, labilidad emocional y tics. En presencia de efectos adversos será necesario ajustar la dosis, cambiar la droga o agregar otros agentes. En muchos casos, los efectos no deseados son transitorios.

En caso de insomnio puede resultar útil el agregado de clonidina, trazodona, antihistamínicos o melatonina. La ciproheptadina puede mejorar el cuadro clínico en presencia de anorexia. Los resultados de estudios recientes no indicaron un aumento de la frecuencia de tics en caso de tratamiento estimulante. De hecho, se informó una mejoría del cuadro clínico en pacientes con trastornos por tics comórbidos tratados con estimulantes. Ante la aparición de tics puede resultar útil cambiar de estimulante, administrar una droga no estimulante o combinar el tratamiento con un agonista alfa adrenérgico. La administración de atomoxetina puede provocar trastornos gastrointestinales, sedación y disminución del apetito.

En general, dichos cuadros remiten al ajustar la dosis.

De lo contrario, puede ser necesario cambiar de fármaco. Si bien se informó disfunción hepática al administrar atomoxetina, no es necesario realizar un monitoreo de rutina al respecto. La información disponible no permite afirmar que el tratamiento con estimulantes aumente el riesgo de agresión. Aunque se comunicó un aumento de la frecuencia de labilidad emocional, existen temas metodológicos que impiden la obtención de conclusiones definitivas al respecto.

Tanto los estimulantes como el modafinilo y la atomoxetina pueden provocar síntomas psicóticos, agresión y aumento del riesgo de suicidio, aunque con una frecuencia baja. En dichos casos se recomienda cambiar de droga en lugar de administrar antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo. El índice de muerte súbita entre los pacientes con TDAH que reciben tratamiento farmacológico no difiere del índice correspondiente a la población general. No es necesario efectuar una evaluación cardiológica antes de iniciar el tratamiento

con psicoestimulantes en pacientes sanos. Sin embargo, se recomienda evitar su empleo en pacientes con enfermedades cardíacas preexistentes.

Si la respuesta al tratamiento psicofarmacológico es significativa y se asocia con una normalización del desempeño académico, familiar y social, dicho abordaje puede considerarse satisfactorio

En estos casos, los beneficios vinculados con la aplicación adicional de intervenciones psicosociales son discutidos. La información disponible permite sugerir que si un paciente presenta remisión sintomática y normalización del funcionamiento al recibir tratamiento farmacológico, no es necesario agregar terapia conductual. De todos modos, siempre deben tenerse en cuenta las preferencias de los padres.

En cambio, el tratamiento psicosocial es generalmente beneficioso en presencia de respuesta subóptima a la terapia farmacológica, comorbilidades o factores estresantes familiares.

Se recomienda realizar evaluaciones periódicas para valorar la continuidad del tratamiento. Esta debe tener lugar siempre que los síntomas estén presentes y afecten el funcionamiento del paciente

El monitoreo periódico permitirá modificar la dosis para potenciar la efectividad y la tolerabilidad del tratamiento farmacológico e individualizar las características de las intervenciones psicosociales. En cada consulta, el médico deberá evaluar el funcionamiento del paciente, los signos vitales, el peso corporal, la aparición de comorbilidades y la necesidad de modificar el plan terapéutico. De acuerdo con la información disponible, la continuidad del tratamiento farmacológico es beneficiosa en caso de TDAH.

Si bien los efectos adversos de la terapia farmacológica a largo plazo requieren un monitoreo, en general no dejan secuelas, son de intensidad leve a moderada y pueden resolverse mediante la modificación de la dosis o el cambio de la droga. El profesional debe tener en cuenta que algunos pacientes con TDAH presentarán un deterioro progresivo a pesar de recibir tratamiento farmacológico, en tanto que otros experimentarán remisión sintomática y podrán suspender el tratamiento en forma satisfactoria.

En ausencia de síntomas durante un año de tratamiento, resulta oportuno considerar la posibilidad de interrumpir su administración. Entre los signos de remisión del TDAH se destacan la ausencia de necesidad de cambiar la dosis a pesar del crecimiento del paciente y la ausencia de deterioro y el nivel adecuado de concentración al omitir la toma. Se recomienda intentar la interrupción del tratamiento durante períodos de bajo estrés como las vacaciones.

Es necesario controlar el peso y la talla de los pacientes durante el tratamiento farmacológico

De acuerdo con los resultados de dos revisiones efectuadas recientemente, el tratamiento con estimulantes puede asociarse con una disminución del crecimiento esperado. Dicho hallazgo tuvo lugar al menos durante los primeros 3 años de tratamiento. No obstante, resulta difícil determinar su relevancia clínica. Además, los resultados de los estudios disponibles al respecto son heterogéneos. Se recomienda evaluar el crecimiento una o dos veces por año y considerar la suspensión temporaria o el cambio de medicación en presencia de una trayectoria anormal de éste.

Conclusión

El tratamiento a largo plazo de los pacientes con TDAH será efectivo en presencia de una atención continua y especializada. Las consultas de seguimiento deberán efectuarse de acuerdo con el criterio del profesional tratante y las necesidades del paciente y su familia. La comunicación con la familia y otros informantes debe ser fluida ya que permitirá conocer el nivel de control sintomático y de tolerabilidad del tratamiento. La información brindada en el presente artículo no está destinada a fijar estándares de atención. En todos los casos, el profesional será quien decida la intervención a aplicar de acuerdo con las características del paciente y su familia, así como con los recursos y opciones disponibles.

Dr. Pliszka S

SIIC

[Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#)

[46\(7\):894-921, Jul 2007](#)