

Conference Paper

Diagnóstico y Decisiones de tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Muñoz-Fernández, Sergio Ignacio¹; Brochet-Castilla, Natalia María^{2*}

¹Servicio de Salud Mental, Instituto Nacional de Pediatría.

²Servicio de Psiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

*Correspondencia: nataliabrochetc@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9535-5286>

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH, Diagnóstico, tratamiento, terapia multimodal.

INTRODUCCIÓN: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobioquímico cerebral que se presenta en el desarrollo. Afecta al comportamiento y la cognición y tiene diversas manifestaciones clínicas a lo largo de la vida. Existen muchos mitos y realidades en torno al TDAH y es importante comprender los hechos para tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento.

OBJETIVO: El objetivo de este documento es proporcionar una visión general de los mitos y realidades que rodean al TDAH, las opciones de diagnóstico y tratamiento disponibles y la importancia de un enfoque multimodal de tratamiento.

DISCUSIÓN: El TDAH es un trastorno neurobiológico que afecta el comportamiento y la cognición y tiene diversas manifestaciones clínicas a lo largo de la vida. Hay muchos mitos en torno al TDAH, como la creencia de que no es un trastorno real, que es causado por una mala crianza o una lesión cerebral, o que es necesario un EEG para el diagnóstico. (6) La realidad es que el TDAH es un trastorno neurobiológico y los factores de crianza no tienen que ver con la etiología. No existe ninguna lesión cerebral demostrable asociada con el TDAH y no existe un patrón de EEG específico para el diagnóstico. Sin embargo, sí es cierto que el TDAH puede coexistir con trastornos del aprendizaje en un 20% de los casos. (4)

Otro mito es que el TDAH desaparece en la adolescencia, que la medicación es adictiva y afecta el crecimiento o que ciertos alimentos exacerban los síntomas. (6) No obstante la evidencia ha mostrado que TDAH puede persistir hasta la edad adulta en hasta el 60% de los casos y los medicamentos son seguros y eficaces para tratar los síntomas. No hay evidencia de que los medicamentos sean adictivos o afecten el crecimiento, y se recomienda una dieta normal. (3)

El diagnóstico del TDAH es clínico y no existen marcadores biológicos ni pruebas de diagnóstico disponibles. El cuadro clínico puede ser diverso, aunque existen "síntomas medulares" de TDAH que son la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad los cuales hacen sospechar durante la valoración acerca de la existencia de este trastorno. En la consulta podría ser útil el uso de escalas principalmente para realizar pruebas de detección, identificar los síntomas más graves y evaluar la mejoría. (3) Una vez sea identificado, es importante instaurar un tratamiento ya que se trata de un problema crónico y en diversos estudios se ha encontrado que esta población tiene mayor riesgo de otras comorbilidades como el uso y abuso de sustancias psicoactivas el cual se ha visto que puede ser reducido con la farmacoterapia. (1,4)



Cita: Muñoz-Fernández, Sergio Ignacio; Brochet-Castilla, Natalia María, Diagnóstico y Decisiones de tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Inno J, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023

El tratamiento para el TDAH debe ser integral y se denomina tratamiento multimodal. Este incluye tratamiento farmacológico, tratamiento conductual, medidas psicoeducativas para los padres maestros y terapias específicas (terapia psicomotora, terapia de aprendizaje y terapia emocional). La elección de las alternativas de tratamiento depende de cada paciente.(2,3)

La primera línea de tratamiento farmacológico para el TDAH incluye estimulantes (metilfenidato, dimesilato de Lisdexanfetamina y modafinilo) y no estimulantes (atomoxetina) los cuales se encuentran en su mayoría disponibles en México (a excepción del dimesilato de Lisdexanfetamina). Se ha evidenciado que hasta un 70-90% de los pacientes muestran mejoría de los síntomas con el uso de la medicación. Los estimulantes son seguros y eficaces, tienen una acción inmediata y controlan los síntomas durante 4 a 14 horas. Los no estimulantes tienen un inicio de acción más lento, controlan los síntomas durante 24 horas y tienen la posibilidad de administrarse a cualquier hora del día. (3) La atomoxetina es el único no estimulante aprobado para el tratamiento del TDAH, tiene una eficacia comparada con el metilfenidato (5) e incluso es recomendado como primera línea en alguna de las guías internacionales. Finalmente Los antidepresivos, anticonvulsivos, antipsicóticos y estimulantes del estado de alerta se utilizan como tratamientos de segunda y tercera línea. (2,3)

CONCLUSIONES: El TDAH es un trastorno neurobiológico que afecta el comportamiento y la cognición y tiene diversas manifestaciones clínicas a lo largo de la vida. Existen muchos mitos en torno al TDAH y es importante comprender los hechos para tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico del TDAH es clínico y el tratamiento es multimodal e incluye enfoques farmacológicos y no farmacológicos. Los estimulantes y no estimulantes son tratamientos seguros y eficaces para el TDAH, y se recomienda un enfoque multimodal para el manejo óptimo de los síntomas.

REFERENCIAS

1. Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104(2), e20. <https://doi.org/10.1542/peds.104.2.e20>
2. De La Peña Olvera, F. (2009, 1 enero). Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*. http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1325
3. De Seixas, M., Weiss, M., & Müller, U. (2011). Systematic review of national and international guidelines on Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 26(6), 753-765. <https://doi.org/10.1177/0269881111412095>
4. Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbidity: A Review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
5. Hazell, P., Kohn, M., Dickson, R. A., Walton, R., Granger, R. E., & Van Wyk, G. W. (2010). Core ADHD symptom improvement with atomoxetine versus methylphenidate. *Journal of Attention Disorders*, 15(8), 674-683. <https://doi.org/10.1177/1087054710379737>
6. Rostain, A. L. (2015). Cultural issues, myths, misinformation, and Health Care-Seeking behaviors of Hispanic patients with ADHD and their families. *The Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/jcp.13009tx1c>



Cita: Muñoz-Fernández, Sergio Ignacio; Brochet-Castilla, Natalia María, Diagnóstico y Decisiones de tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), *Inno J*, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023