

Avances en el tratamiento de los trastornos por déficit de atención

Dr. Juan Manuel Saucedo-García

Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F., México.

El estudio y tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha transformado en los últimos años gracias a los avances clínicos y científicos. Ahora contamos con conocimientos sustanciales sobre la neurobiología, herencia, persistencia, comorbilidad y tratamientos psicológicos y farmacológicos del TDAH en niños, adolescentes y adultos. Estos conocimientos son de indudable utilidad para los clínicos que cada vez más son requeridos para diagnosticar y dar tratamiento a quienes sufren de este trastorno, los pediatras en primer plano.¹

Es muy amplia la gama de medidas terapéuticas para el TDAH y sus condiciones asociadas (trastornos del aprendizaje, abuso de sustancias, trastornos depresivos y bipolares, tics, ansiedad, etc.). Además de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de variada eficacia y efectos secundarios se dispone de diversos tratamientos psicosociales (psicoterapias individuales y familiares, psicoeducación, rehabilitación pedagógica), los cuales, sin incidir directamente sobre los signos claves del TDAH (hiperactividad, impulsividad e inatención) son sin duda valiosos factores coadyuvantes en cualquier plan de tratamiento. En este número del *Boletín Médico* se presentan los resultados de un estudio multicéntrico realizado con metilfenidato en su forma OROS, una novedosa presentación del viejo estimulante que, después de casi medio siglo, sigue mostrando su eficacia en el manejo del TDAH. Lo más relevante de esta nueva presentación es la duración más prolongada de sus efectos terapéuticos, de 12 horas, a diferencia de la del metilfenidato simple, cuya duración de tres a cinco horas hacía necesario la toma de dos o tres dosis al día con todos los inconvenientes que esto acarrea. Además, su riesgo de abuso es prácticamente nulo, lo cual también lo hace superior a la forma simple del metilfenidato.²

A pesar de cuestionamientos, motivados más por razones ideológicas que científicas, revisiones sistemáticas de estudios extensos subrayan el valor único de los estimulantes: por lo menos 75% de los niños con TDAH muestran normalización de los signos clave cuando son tratados con estos medicamentos. Baste hacer mención del estudio ya clásico publicado en 1999, (MTA, por sus siglas

en inglés), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, que mostró las respuestas después de 14 meses de tratamiento. Se estudiaron 579 escolares con TDAH distribuidos en tres grupos experimentales y uno control: a) con medicamento estimulante, b) con tratamiento conductual intensivo, c) con los dos tratamientos combinados, y d) con los cuidados habitualmente proporcionados en la comunidad. El TDAH simple y el comórbido con trastornos disruptivos de la conducta respondieron solamente a tratamientos que incluían medicamentos. El tratamiento combinado produjo alguna mejoría extra cuando había ansiedad y síntomas de trastornos disruptivos del comportamiento. Los tratamientos conductuales sin medicamentos sólo produjeron escasa mejoría. La conclusión es que el medicamento es siempre la primera elección en el tratamiento del TDAH en la etapa escolar.³

En México, hasta hace poco tiempo, el único fármaco estimulante disponible legalmente era el metilfenidato en su forma simple. La presentación OROS

llega a reforzar el armamentario terapéutico y sus ventajas, ya observables en la práctica clínica, vienen a confirmarse en estudios multicéntricos realizados en otros países y ahora en el nuestro. La aparición de este medicamento, junto con la de otros no estimulantes como la atomoxetina, la venlafaxina, el bupropion, etc., ha promovido la investigación del TDAH no solo en la etapa escolar sino en todas las edades. Independientemente de que esta explosión de interés esté siendo alentada por la industria farmacéutica, es necesario reconocer que el TDAH existe y, cuando no se trata adecuadamente, genera problemas que afectan el desempeño escolar, laboral y social, además de deteriorar la salud psicológica de quien lo padece, con síntomas tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y conducta antisocial.^{4,5}

Los pediatras modernos no deben excluirse del proceso de identificación y tratamiento de este trastorno tan frecuente cuya prevalencia es de 3 a 5% en niños de edad escolar, con el apoyo de otros expertos (psiquiatras, neurólogos y psicólogos de niños), por lo menos en los casos complejos.⁶

Referencias

1. Saucedo-García JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: PAC Pediatría-I. Academia Mexicana de Pediatría. México: Intersistemas; 2004; Tomo I Libro 8, p. 451-502.
2. Ruiz-García M, Barragán-Pérez E, Dayán-Nahman A, Ceja-Moreno H, Ruiz-García M, Garza-Morales S, et al. Estudio multicéntrico, abierto, para evaluar eficacia y seguridad de metilfenidato de liberación controlada en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Bol Med Hosp Infant Mex. 2005; 62: 168-76.
3. The MTA cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group

- Multimodal Treatment Study of Children with ADAD. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1073-86.
4. Gillberg Ch, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderstrom H, Rastam M, et al. Co-existing disorders in ADHD — implications for diagnosis and intervention. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (Suppl 1): 80-92.
5. Weiss M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. En: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. Third ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 645-70.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.