



Declaración del Consenso Internacional de la Federación Mundial de TDAH: conclusiones basadas en la evidencia

► Un equipo, conformado por representantes de grupos internacionales de expertos en la investigación y la atención del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), identificó información basada en evidencia, respaldada por metaanálisis de alta calidad y estudios basados en registros amplios con más de 2,000 participantes. Sus conclusiones fueron revisadas y aprobadas por 80 autores de 27 países (tabla 1).

Desde 1775, el TDAH ha sido descrito en informes clínicos que se encuentran reseñados en libros de texto de países europeos, los cuales describían a niños que mostraban los síntomas y déficits que ahora reconocemos. En 1902, George Still, realizó la primera descripción del trastorno y en 1932 Franz Kramer y Hans Pollnow, acuñaron el término "*trastorno hiperactivo*" que sería, después, adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es hasta la década de los 70's que la investigación comenzó a evolucionar con el establecimiento de criterios de diagnóstico y con un mayor conocimiento del curso clínico, de los antecedentes familiares y de las respuestas a los tratamientos, por ejemplo.

Actualmente, se estima que la prevalencia del TDAH es del 5.9% en la infancia y del 2.8% en adultos. En las últimas tres décadas no se ha registrado un incremento, sin embargo, derivado de un mejor reconocimiento de los síntomas por parte de los médicos, es probable que se realicen más diagnósticos. Los síntomas para ello están bien definidos y cumplen con los estándares de validez de un trastorno mental establecidos por Robins y Guze.

La evaluación y el diagnóstico deben llevarse a cabo por un médico entrenado. No se puede realizar el diagnóstico solamente mediante escalas, pruebas neuropsicológicas, estudios de imágenes cerebrales o electroencefalograma. Se debe tomar en cuenta que un alto porcentaje de niños que han sido diagnosticados continúan con afectaciones durante la adolescencia y la adultez temprana; se constata a menudo reducción en los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que se conservan los síntomas de falta de atención.

Por la etiología del TDAH, los factores de riesgo son tanto genéticos como ambientales que, en la mayoría de los casos, contribuyen a crear un efecto combinado. Los factores de riesgo ambientales producen sus efectos durante el periodo fetal, prenatal y en las etapas tempranas de la vida. Existe correla-

ción entre eventos ocurridos durante el embarazo y el parto; se ha reportado tasas de TDAH tres veces mayores en niños muy prematuros o con peso excesivamente bajo al nacer. El uso materno de paracetamol durante el embarazo aumenta la probabilidad de desarrollar TDAH en más del 33% y la exposición prenatal al valproato se asocia con un incremento del riesgo del 50%. También se ha encontrado una correlación entre la exposición a sustancias tóxicas –como la presencia de plomo en sangre– y los síntomas de falta de atención e hiperactividad-impulsividad; en particular, la exposición a pesticidas organofosforados –principalmente al metabolito organofosforado dimetilalquilfosfato (DMAP)– aumenta el riesgo hasta en más de diez veces. En cuanto con el tabaquismo materno durante el embarazo, se encontró una asociación en donde los factores familiares y/o genéticos son los que incrementan el riesgo.

Se hicieron dos grandes hallazgos en el cerebro de las personas con TDAH. El primero proviene de estudios de desempeño en pruebas neuropsicológicas y el segundo de estudios de neuroimagen. Aunque en muchos de estos estudios se han encontrado diferencias entre las personas diagnosticadas, dichas diferencias suelen ser mínimas y no presentar diferencias drásticas que, por lo tanto, no resultan ser útiles para el diagnóstico.

Las personas con TDAH corren mayor riesgo de padecer otras alteraciones y enfermedades; por ejemplo, el riesgo de padecer obesidad es tres veces mayor el cual, sin tratamiento farmacológico, tiene probabilidad de aumentar aún más en adultos, mientras que con tratamiento no se perciben diferencias. En adolescentes y adultos jóvenes con TDAH, la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 es también tres veces mayor y aumenta la probabilidad de tener infecciones de transmisión sexual; el riesgo de tener anomalías oculares es alto (casi 90% de probabilidades de padecer ambliopía, 80% para astigmatismo y el doble para heterotropía). Las probabilidades de tener asma y/o rinitis alérgica o dermatitis atópica llegan a incrementarse en 40% a 50%.

Debido a lo anterior, las personas con TDAH ven mermada su calidad de vida, corren mayor riesgo de tener bajo rendimiento académico, de sufrir desempleo y dificultades para socializar, de tener accidentes y muerte prematura, de padecer trastornos por uso de sustancias, de manifestar un comportamiento antisocial y de presentar otros problemas psiquiátricos como conducta suicida y suicidio.

No sorprende entonces que los múltiples efectos adversos asociados con el TDAH repercuten en la calidad de vida y generen un costo económico sustancial para los pacientes, sus familias y la sociedad. Existen estudios de carga económica que muestran que el costo para la sociedad asciende a varios cientos de miles de millones de dólares cada año en todo el mundo.

Los medicamentos para reducir la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad son seguros y efectivos. Previenen los resultados adversos, comparados con los tratamientos no farmacológicos disponibles que, aunque menos efectivos, re-

Tabla 1. Resumen de algunos de los principales hallazgos

El síndrome que ahora llamamos TDAH ha sido descrito en la literatura médica desde 1775.
Cuando lo hace un médico autorizado, el diagnóstico de TDAH está bien definido y es válido en todas las edades, incluso en presencia de otros trastornos psiquiátricos, lo cual es común.
Las personas con TDAH a menudo muestran un desempeño deficiente en las pruebas neuropsicológicas, pero estas pruebas no hacen el diagnóstico.
Los estudios de neuroimagen encuentran pequeñas diferencias en la estructura y funcionamiento del cerebro entre personas con y sin TDAH. Estas diferencias no se pueden utilizar para hacer el diagnóstico.
Las personas con TDAH tienen un mayor riesgo de padecer obesidad, asma, alergias, diabetes mellitus, hipertensión, problemas para dormir, psoriasis, epilepsia, infecciones de transmisión sexual, anomalías oculares, trastornos inmunológicos y trastornos metabólicos.
Los estudios de carga económica muestran que el TDAH le cuesta a la sociedad cientos de miles de millones de dólares cada año en todo el mundo.
Las agencias reguladoras de todo el mundo han determinado que varios medicamentos son seguros y efectivos para reducir los síntomas del TDAH, como lo demuestran los ensayos clínicos controlados aleatorizados.
El tratamiento con medicamentos para el TDAH reduce las lesiones accidentales, las lesiones cerebrales traumáticas, el abuso de sustancias, el tabaquismo, el bajo rendimiento educativo, las fracturas óseas, las infecciones de transmisión sexual, la depresión, el suicidio, la actividad delictiva y el embarazo adolescente.
Los efectos adversos de los medicamentos para el TDAH suelen ser leves y se pueden abordar cambiando la dosis o el medicamento.
Los medicamentos estimulantes para el TDAH son más efectivos que los no estimulantes, pero también es más probable que se usen indebidamente y se abuse de ellos.
Los tratamientos no farmacológicos para el TDAH son menos efectivos que los farmacológicos para los síntomas, pero con frecuencia son útiles para ayudar con los problemas que persisten después de optimizar la medicación.

sultan ser útiles para coadyuvar en resolver los problemas que permanecen después de optimizar la medicación.

Las alternativas farmacológicas son, en primer lugar, los medicamentos estimulantes (metilfenidato y anfetamina) y los no estimulantes (atomoxetina, guanfacina y clonidina de liberación prolongada). Es importante un seguimiento adecuado para evitar el uso indebido y/o el abuso.

Los medicamentos estimulantes son altamente efectivos para reducir problemas y trastornos de conducta, abuso de sustancias, depresión y conducta suicida, disminuyen el riesgo de lesiones por accidentes, infecciones de transmisión sexual y el bajo rendimiento académico y embarazo en la adolescencia. Además, los efectos adversos de los medicamentos suelen ser leves y se pueden solucionar con un cambio de la dosis o del fármaco, tomando en cuenta estos efectos. La evidencia indica que se obtiene la mejor relación riesgo-beneficio con el metilfenidato en niños y adolescentes y con las anfetaminas en adultos.

Las alternativas no farmacológicas, como la capacitación a los padres de niños con TDAH en edad preescolar, han logrado una reducción moderada de los síntomas y problemas de conducta; la terapia cognitiva conductual (TCC) para adultos se ha asociado con mejoría moderada de los síntomas y del funcionamiento; con el entrenamiento cognitivo se ha obtenido una pequeña mejoría en el funcionamiento ejecutivo de niños preescolares.

En conclusión, ahora contamos con un mejor conocimiento del tema; sin embargo, se requiere seguir aprendiendo sobre el TDAH en los adultos mayores realizar investigaciones más diversificadas en una gama más amplia de contextos culturales. Algunas recomendaciones de los autores son de enfocar el trabajo futuro en los mecanismos biológicos y psicológicos causales para encontrar puntos de intervención que permitirán mejorar la eficacia de los tratamientos, comprender mejor la naturaleza y las causas de los síntomas afectivos y definir cuáles deben incorporarse a los criterios de diagnóstico. A más de dos siglos de la primera descripción del TDAH, a pesar de los vacíos existentes en nuestro conocimiento, el diagnóstico contemporáneo de este trastorno resulta ser una categoría válida y útil, aplicable en todo el mundo.

Gabriela María Cortés Meda

Bibliografía

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Sertex[®]

Sertralina

CERTEZA Y EXPERIENCIA

hacen la diferencia



Mayor ahorro en presentación de 28 tabletas:!
desde **\$17** costo día de tratamiento.



Referencia: 1. Precio promedio, costo día de tratamiento: Farmacias San Pablo, Del Ahorro, Farmalisto, ISSEG y Guadalajara en presentación de 50mg con 28 tabletas a Febrero 2023.

Xerenex[®]

Paroxetina

El camino a
la Serenidad



Desde **\$27** pesos
el día de tratamiento.!



Ranurada

psicofarma[®]
Al servicio de la salud mental

Referencia:

1. Tomado de precios promedio de paroxetina en Farmacias San Pablo, Del Ahorro, Guadalajara, Benavides, Yza e ISSEG a febrero 2023.



Contigo
en Mente

www.contigoenmente.com