

Diagnostico desde atención primaria de un adolescente con trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Diagnosis of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) in primary care

María Ángeles Moreno Fontiveros¹, María José Martínez Vera², Esther Mota Bobis³

¹ Médico de familia. CS Estepa (AGS Osuna). Sevilla

² Médico de familia. CS Gilena (AGS Osuna). Sevilla

³ Residente de medicina de familia. CS Estepa. (AGS Osuna). Sevilla

Resumen

Se estima que globalmente la prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos está en torno a un 2-3 %. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad son objeto de controversia desde hace años, y no son pocos los que defienden que se trata de un trastorno inventado o exagerado cuya popularización obedece a intereses económicos. No obstante, la eficacia general de los tratamientos actuales y la repercusión de esta enfermedad sobre el paciente y su entorno, no ofrece duda sobre la necesidad de realizar un abordaje correcto de la enfermedad desde Atención Primaria. El médico de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención recibida por estos pacientes al ser esencial en el diagnóstico precoz y seguimiento.

Abstract

The estimated ADHD prevalence in adults is 2-3% about. The diagnosis and treatment of ADHD are controversial for years, and there are many who argue that this is an invented or exaggerated disorder whose popularization due to economic interests. However, the overall effectiveness of current treatments and the impact of this disease in the patient and his environment, there is no doubt about the need for a correct approach to the disease from primary care. The primary care doctor is a must to improve the care received by patients as being essential in the early diagnosis and monitoring instrument.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, diagnóstico, adolescente

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, diagnosis, adolescents

INTRODUCCIÓN

Los síntomas del TDAH tienen un gran impacto en el desarrollo social, emocional y cognitivo del individuo; causando una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el paciente, sino también en su entorno¹. El TDAH es la patología neuropsiquiátrica crónica más prevalente en pediatría. La prevalencia de TDAH en niños es del 4-12 %; de éstos, dos tercios continuarán con sintomatología en la edad adulta (un 15 % mantendrán el diagnóstico completo y un 50 % lo hará en remisión parcial) (2,3). Se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 % (4,5). El diagnóstico y tratamiento del TDAH son objeto de controversia desde hace años, y no son pocos los que defienden que se trata de un trastorno inventado o exagerado cuya popularización obedece a intereses económicos(6).

CASO CLINICO

Varón 14 años que acude con sus padres, aportando informe de equipo orientación de su centro escolar donde se indica la sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), predominio déficit de atención. El paciente presenta síntomas de inatención, impulsividad, ansiedad y bajo rendimiento académico. No refiere hiperactividad, aunque sí desorganización, problemas de humor y autoestima. Tanto él como su familia relatan que los problemas comenzaron en torno a los 4 años, coincidiendo con el inicio de la escolarización. Bajo rendimiento escolar, requiere más de 20 horas semanales de clases de apoyo y seguimiento estrecho de sus padres. No ha repetido ningún curso, pero este año ha suspendido 3 asignaturas. Sus problemas de conducta hacen que "siempre esté castigado". Al entrevistar a los padres nos dicen que el desarrollo motor del paciente ha sido normal, mientras que en el área del lenguaje la evolución fue lenta: primeras frases en torno a los 4 años y dificultades para

comprender lo que decía por hablar atropelladamente. Refiere haber tenido accidentes repetidos, porque "soy torpe". Reconoce dificultades para planificar, dirigir, mantener la atención y retener la información mientras hace otra cosa, para controlar el tiempo, para aprender de los errores y para diferir recompensas. Padre y madre son severos con él, y preocupados por su bienestar. Ambos acuden a las tutorías al centro escolar y respaldan en casa las pautas recomendadas en el centro. En pocas ocasiones dan normas y ordenes efectivas y se acaba muchas veces discutiendo. El paciente niega hábitos tóxicos, y los padres no tienen sospecha de ello. Antecedentes personales: epilepsia. Antecedentes familiares: padre y tío materno con dificultades en el aprendizaje no especificadas.

Tras la entrevista clínica al paciente y sus padres, donde recabamos la información descrita y descartamos otras patologías como depresión, drogodependencia,...; les entregamos el cuestionario Connors que recaba información de padres y docentes. Según los resultados aportados por la familia (Inatención 8/9, hiperactividad-impulsividad 4/9) y profesores (Inatención 8/9, hiperactividad-impulsividad 0/9), junto con la entrevista clínica previa, podemos afirmar que el paciente cumple criterios diagnósticos para el TDAH subtipo inatento según el DSM 5. En primer lugar, informamos sobre el trastorno y posibilidades terapéuticas al paciente y su familia. Ofrecemos al paciente valoración por Equipo de Salud Mental para psicoterapia, pero la familia y él prefieren seguimiento por psicólogo privado; en cambio si quieren comenzar tratamiento farmacológico desde atención Primaria. Antes de comenzar tratamiento farmacológico explico al paciente los efectos secundarios y características de la medicación y acordamos instaurar tratamiento con metilfenidato (tratamiento de elección) de acción prolongada (12 horas) que se adapta mejor a los horarios y necesidades del paciente. Comenzamos con dosis bajas hasta lograr dosis mínima eficaz que fue de 54 mg al día. Hasta alcanzar la dosis correcta de tratamiento se siguieron controles de enfermería periódicos de peso, frecuencia cardiaca y tensión arterial que fueron normales salvo leve pérdida de peso. Realizamos informe que será entregado a su centro escolar para seguimiento del paciente y adaptación curricular si precisa. Actualmente el seguimiento médico del paciente es semestral; en estas consultas el paciente y su familia nos cuentan su evolución y aporta informes realizados por equipo docente y psicólogo privado. El paciente ha mejorado los resultados escolares y han mejorado sus relaciones sociales y familiares, ha perdido el apetito durante las 12 horas de efecto de la medicación pero lo compensa con cenas copiosas.

DISCUSIÓN

La tríada clásica del TDAH la constituye el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. En función de los síntomas que predominen, el trastorno se tipificará como inatento, hiperactivo/impulsivo o combinado. El TDAH presenta una gran heterogeneidad clínica y pueden existir diferencias en la presentación clínica en función del sexo y la edad. Con los años, los síntomas de hiperactividad e impulsividad se atenúan progresivamente, mientras que los de inatención suelen persistir(7). En el adulto la hiperactividad se pone de manifiesto como dificultad para estar sentado, excesivo movimiento de miembros, hablar excesivamente, perder objetos.... También es frecuente encontrar síntomas de impulsividad, llevándose a tomar decisiones irreflexivas, y tener problemas de adaptación y disciplina. Las dificultades de atención se manifiestan en problemas para priorizar, estructurar su tiempo, planificar tareas, no completar proyectos, pérdida de objetos,.. La dificultad de controlar el temperamento y la inestabilidad emocional también son frecuentes en los pacientes TDAH, aunque no están incluidos en los actuales criterios diagnósticos(8).

Es importante señalar que la presencia de inatención, hiperactividad y/o impulsividad en el paciente, no determina el diagnóstico ya que son comunes a la población general. Es la intensidad y la frecuencia de dichos síntomas con respecto a la edad de desarrollo del paciente, a su contexto, y sobre todo la repercusión que tiene en su funcionamiento diario lo que nos da el diagnóstico (9).

Las características ya detalladas de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen notablemente a lo largo de su vida tanto en el ámbito social y familiar, como profesional. Diversos estudios han demostrado que estos pacientes logran una menor formación académica, aun teniendo niveles de inteligencia similares al resto de la población. Además en el ámbito laboral tienen peor adaptación; y su habilidad para la conducción esta alterada (los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y más graves). Los adolescentes y niños con TDAH tienen mermada la autoestima y las habilidades sociales; siendo este aspecto aún más evidente en aquello en los que la clínica persiste en la edad adulta. Esto ocurre porque en la edad adulta las demandas sociales aumentan y desaparece el entorno compensador existente (familia, amigos,..).

El diagnóstico de TDAH se basa en los criterios indicados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (Tabla 1) y CIE-10. Ambos contemplan el diagnóstico en edad adulta, siendo los mismos los criterios diagnósticos. No existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH. En cambio, encontramos múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que podemos utilizar en el diagnóstico: entrevistas semiestructuradas, escalas autoadministradas por el observador (familia, conviviente) o/y por el propio paciente. El diagnóstico de TDAH se basa en una historia clínica detallada buscando evidencias para su diagnóstico, indagando en el paciente y su entorno.

Para realizar una correcta evaluación del TDAH en el adulto se deben responder cuatro preguntas esenciales. En primer lugar, es imprescindible tener en cuenta que el TDAH no empieza en edades adultas, sino que es un trastorno evolutivo desde la infancia; por ello es requisito indispensable para realizar el diagnóstico que el paciente tenga una historia clara de síntomas desde su infancia. Esto es difícil dada la dificultad para determinar si los síntomas aparecieron antes de los 7 años, dato esencial para el diagnóstico. Por ello, en la historia clínica se anotarán los antecedentes infantiles específicos de este trastorno junto con los síntomas actuales y las repercusiones sobre su vida diaria, relaciones sociales y familiares. Existen entrevistas semiestructuradas y escalas para la evaluación retrospectiva del paciente, como son el Wender Utah Rating Scale (WURS) (20,21) y el ADHD Symptom Rating Scale, también validadas en castellano. La segunda cuestión es aclarar la existencia de relación entre los síntomas de TDAH actuales y un deterioro significativo y consistente en diferentes ámbitos. Para ello recabaremos información del paciente y personas de su entorno (familiar directo). En un tercer lugar hay que evaluar si los síntomas que presenta el paciente no se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico. Y finalmente, hay que evaluar la existencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDAH(1).

El diagnóstico diferencial entre el TDAH y otros trastornos clínicos-psiquiátricos es frecuentemente la parte más complicada del diagnóstico de TDAH en adultos, dada la elevada comorbilidad de esta patología con otros trastornos psiquiátricos. El 65-89 % de adultos con TDAH tiene uno o más trastornos psiquiátricos agregados. En adultos, a parte de los trastornos afectivos y de ansiedad, son frecuentes las drogodependencias y el trastorno antisocial de la personalidad(9).

Al no existir un tratamiento curativo del TDAH, nuestro objetivo es disminuir la intensidad y la frecuencia de sus síntomas, mejorando con ello la calidad de vida del paciente. Los mejores resultados los obtenemos asociando el tratamiento farmacológico y no farmacológico. La intervención psicológica sobre los pacientes con TDAH debe de comenzar desde el momento que se realiza el diagnóstico. El tratamiento farmacológico no está indicado en todos los pacientes con TDAH; sólo se le prescribirá a aquellos con o sin comorbilidades, en los que la patología repercute negativamente en su día a día. Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica, siendo el metilfenidato el de elección. La atomoxetina es la segunda opción, seguida de otros no estimulantes(10).

El abandono del tratamiento y seguimiento de estos pacientes ya diagnosticados en la infancia cuando llegan a la consulta de Medicina de Familia, y la dificultad para detectarlos en la edad adulta es frecuente, y responde a diversos motivos. No obstante, la eficacia general de los tratamientos actuales y la repercusión de esta enfermedad sobre el paciente y su entorno, no ofrece duda sobre la necesidad de realizar un abordaje correcto de la

enfermedad desde Atención Primaria. El médico de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención recibida por los pacientes adultos/adolescentes con TDAH siendo imprescindible en el diagnóstico precoz y seguimientos de estos pacientes. Para un adecuado abordaje de la enfermedad es necesaria la colaboración entre Atención Primaria, los equipos de Salud Mental y los Centros educativos, junto con las familias.

CRITERIO A1
<p>Seis o más de estos síntomas de déficit de atención persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. • A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (lectura larga, conferencias,...) • A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente • A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco) • A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo,...) • A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, preparar informes,...) • A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, lápices, gafas,...) • A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas. • A menudo es descuidado en las actividades (tareas, ejercicios, falta a citas, no paga facturas,...)
CRITERIO A2
<p>Seis o más de estos síntomas de hiperactividad-impulsividad persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas)</p> <p>Síntomas de hiperactividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento • A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado • A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad) • A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja • A menudo esta “en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor (restaurantes, reuniones) • A menudo habla en exceso. <p>Síntomas de impulsividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas • A menudo tiene dificultades para guardar turno • A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo.
CRITERIO B
Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.
CRITERIO C
Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos
CRITERIO D
Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral
CRITERIO E
Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla 1. Criterios de TDAH del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno MA, Martínez MJ, Serrano L. Trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad en el adulto. *Med Gen y Fam (digital)* 2014;3(2):32-40.
2. Kooij JJ, Buitelaar JK, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35:817-27.
3. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.* 2006;36:159-65.
4. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-9.
5. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *J Occu Environ Med* 2008;65:835-42.
6. Thomas R, Mitchell GK, Batstra L. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Are we helping or harming? *BMJ.* 2013; 347:f6172.
7. Cunill R, Castell X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clin (Barc).*2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.025>.
8. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European rAdult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10:67.
9. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol* 2009; 48(Supl 2): S95-S99.
10. Rabito-Alcon M, Correas-Lauffer J. Guías para el tratamiento del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión clínica. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):315-24.