

REVISIÓN

Seguimiento de un adolescente con trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad

M^a Ángeles Moreno Fontiveros¹, M^a José Martínez Vera², Oscar García Resa³, M^a Victoria Rodríguez Acosta⁴.

1. Médico especialista en medicina Familiar y Comunitaria. Ejerciendo en el Centro de Salud de Estepa (Sevilla).
2. Médico General. Ejerce su función en el Centro de Salud de Casariche (Sevilla).
3. Médico de familia del CS de Estepa.
4. Bióloga. Técnico de laboratorio. Ha colaborado en la búsqueda bibliografía y elaboración técnica de este texto.

M^a Ángeles Moreno Fontiveros.
e-mail: hielo80@hotmail.com

Citar como: Moreno Fontiveros M^a A, Martínez Vera M^a J, García Resa O, Rodríguez Acosta M^a V.
Seguimiento de un adolescente con trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad.
fml. 2016; 20(7):4p

Recibido el 15/07/2013
Aceptado el 15/03/2016
Publicado el 25/04/2016

Resumen

Se estima que dos tercios de los pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, al abandonar la edad pediátrica, requerirán tratamiento y seguimiento en nuestras consultas de Atención Primaria. Por ello es necesario que el médico de Familia conozca aspectos básicos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología.

Introducción

El Trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es la patología neuropsiquiátrica crónica más prevalente en pediatría. La prevalencia de TDAH en niños es del 4-12 %; de éstos, dos tercios continuaran con sintomatología en la edad adulta (un 50% lo hará en remisión parcial).⁽¹⁾⁽²⁾ Se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %⁽³⁾⁽⁴⁾.

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.⁽⁵⁾⁽⁶⁾ 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.⁽⁷⁾

Tratamiento

Para el abordaje de los pacientes con TDAH con unos buenos resultados es imprescindible combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico. En este artículo nos centraremos en la revisión del manejo de fármacos, especialmente en aquellos que podemos usar en Atención Primaria.

Antes de prescribir o mantener el tratamiento farmacológico a un paciente con TDAH, es imprescindible valorar en profundidad como le afecta el trastorno a su vida cotidiana, y si con el tratamiento lograremos una mejor evolución del cuadro. El tratamiento farmacológico no está indicado en todos los pacientes con TDAH; sólo se le prescribirá a aquellos en los que la patología repercute negativamente en su día a día.

La elección de un fármaco u otro dependerá del paciente, presencia de comorbilidad, adherencia al tratamiento, edad, potencial uso inadecuado y las preferencias del paciente y/o cuidador. Además de en las características del fármaco, es decir, en su farmacocinética, farmacodinamia y efectos secundarios. En el seguimiento de estos pacientes, especialmente en la adolescencia, debemos de verificar que no haya consumo de otras sustancias estimulantes no prescritas, dado la mayor prevalencia de abuso de drogas en estos pacientes.

Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica, siendo el metilfenidato el de elección. La atomoxetina es la segunda opción.

Existen múltiples mitos sobre los fármacos utilizados para el TDAH, que se han ido desmontando progresivamente gracias a variados estudios científicos. Por ejemplo, en un estudio del año 2011, se encontró que entre los jóvenes y adultos en tratamiento farmacológico de TDAH no existe mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves en comparación con el resto de la población general;⁽⁸⁾ y a pesar de la opinión generalizada, la utilización de psicoestimulantes disminuyen el riesgo de dependencia o abuso de sustancias en adolescentes y adultos con TDAH.⁽⁹⁾

a) Fármacos psicoestimulantes.

Metilfenidato: Es un inhibidor de la recaptación presináptica del neurotransmisor dopamina, aumentando la dopamina en las uniones sinápticas. Ha demostrado su eficacia en la población infanto-juvenil como en adultos con TDAH.⁽¹⁰⁾ Es el tratamiento de elección en el TDAH.

Formas:

- Acción corta: Rubifenr, Medicebránr. 5,10,20 mg. Acción durante 4 horas. Se puede ajustar mejor la dosis y dosificar varias veces al día, pero dada su corta duración, requiere al menos 2 y casi siempre 3 dosis a lo largo del día. Su precio es el más bajo.
- Acción intermedia: Acción durante 8 horas. Se administra una vez al día y puede abrirse y espolvorearse en alimentos semisólidos en pacientes que no puedan tragar capsula. Equivalencia de dosis con respecto al MTD de acción corta es 1:1.
 - Medikinetr (10,20,30,40 mg). Consta de un componente de liberación inmediata (50% de la dosis) y un componente de liberación modificada (50% de la dosis).
 - Equasymr (10,20,30 mg). Consta de un componente de liberación inmediata (30% de la dosis) y un componente de liberación modificada (70% de la dosis).
- Acción sostenida: Metilfenidato liberación prolongada-OROS (Concertar) (18,27,36,54 mg). Acción durante 12 horas. Se libera una cuarta parte (22%) durante la primera hora y el resto en 10-12 horas. Se administra por las mañanas y nunca se puede partir. Su manejo es más sencillo y facilita la adherencia del paciente al tratamiento. Las formulas de liberación prolongada evitan el efecto rebote.

Para obtener una respuesta adecuada es necesario al menos una dosis de 1 mg/kg/día,⁽¹¹⁾ pero variará según el paciente, buscando una mayor remisión de síntomas sin efectos secundarios. A lo largo de su vida tendremos que ir revisando la dosis administrada según respuesta y peso del paciente en cada momento. En ocasiones se combina un comprimido de acción prolongada matutino con otro comprimido de acción inmediata o incluso de acción prolongada por la tarde, según las necesidades del paciente.

Se deben monitorizar los efectos secundarios, como la anorexia, pérdida de peso, cefalea, insomnio de conciliación, náuseas, dolor abdominal, mareos e irritabilidad.

Aunque es un fármaco seguro, hay que tener especial vigilancia en pacientes con tics o epilepsia, siendo los controles más frecuentes. Está contraindicado en paciente con psicosis, depresión grave, ansiedad, agitación marcada, enfermedad cardiovascular, glaucoma, reacción de hipersensibilidad, previa, hipertensión moderada o grave, hipertiroidismo, arritmia ventricular, y en pacientes en tratamiento con IMAO y el embarazo.

Anfetaminas. Son:

- Acción corta: Dexedrin, Dextro-Stat, Adderal
- Acción larga: Lisdexanfetamina (Elvanse).

Disponibles en España desde 2014, la lisdexanfetamina (Elvanse) es una forma de dextroanfetamina conjugada que ofrece mejor protección contra una sobredosis de amfetamina y contra un uso indebido de la medicación. Esta aprobada en España en niños a partir de los 6 años, cuando no hay respuesta al tratamiento con metilfenidato. Esta disponible en cápsulas de 30,50 y 70 mg/día, que se pueden disolver en agua. En adolescentes la dosis aproximada suele ser de 30 mg/día, máximo 70 mg/día.

b) Fármacos no psicoestimulantes

Atomoxetina. Inhibidor de la receptación presináptica de la adrenalina y noradrenalina en los circuitos cerebrales ricos en dichos neurotransmisores, especialmente en la corteza cerebral prefrontal. Es el medicamento de segunda opción en el tratamiento del TDAH. Forma: Strattera (10,18,25,40,60,80,100 mg)

La dosis eficaz para la mayoría de los pacientes es de 1,2 mg/kg/día y hasta 1,8 mg/kg/día. Se comienza con dosis bajas (0,5 mg/kg/día),

aumentando progresivamente cada 7 días según repuesta. Es un fármaco de comienzo de acción lento, por lo que los efectos pueden no apreciarse hasta pasadas 2 a 6 semanas de tratamiento. Los efectos secundarios son similares al metilfenidato, y se suelen manejar con ajustes de dosis, atenuándose a menudo con el tiempo. Efectos secundarios infrecuentes son el riesgo cardiovascular y potencial alteración hepática grave, por lo que está indicado suspender el tratamiento ante cualquier síntoma de disfunción hepática.⁽¹²⁾ No empeora los tics.

Otros: Bupropión, antidepresivos tricíclicos como desipramina (no comercializada en España),...

La medicación debe de administrarse diariamente durante un largo periodo de tiempo, pero se acepta la suspensión de la medicación durante un periodo corto que no corresponda a momentos críticos de su vida. Se recomiendan revisiones periódicas, al inicio cada 20-30 días, hasta que los síntomas se estabilicen, y posteriormente cada 3-6 meses según el caso. La combinación de fármacos distintos para el tratamiento del TDAH debe de ser supervisada en atención especializada.

Cuando el tratamiento prescrito no cumple los objetivos, evaluaremos el diagnóstico, el uso adecuado del tratamiento, la adherencia y la presencia de comorbilidad en el paciente. Se derivará a Atención Especializada aquellos pacientes que tras optimizar las dosis tengan respuesta insuficiente al tratamiento y la sospecha diagnóstica se mantenga, que necesiten tratamiento conductual o si no tenemos seguridad en el manejo del caso. Se abandonará el tratamiento farmacológico si el trastorno ya no afecta a la vida cotidiana del paciente, no hay respuesta al tratamiento a pesar de buen ajuste de este, aparecen efectos secundarios y/o el paciente lo solicita.

Conclusion

El TDAH es un trastorno evolutivo. Una parte importante de los pacientes diagnosticados de TDAH en edad pediátrica, durante su adolescencia y en la edad adulta, requerirán tratamiento y seguimiento en nuestras consultas de Atención Primaria. El tratamiento farmacológico de esta enfermedad no es complejo, pero requiere la revisión frecuente de la dosificación y seguimiento de los posibles efectos secundarios que se presenten. Las graves repercusiones tanto en el paciente como en su entorno, que genera el

abandono del seguimiento y tratamiento del paciente TDAH cuando llegan a la adolescencia, contrastan con la excelente respuesta a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos como conductuales. Por todo esto, el médico de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención recibida por los pacientes adultos/adolescentes con TDAH.

depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 307-14.

14. Wilens TE, Prince JB, Spencer T, Van Patten SL, Doyle R, Girard K, et al. An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 54:9-16.

Bibliografía

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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 Occup Environ Med* 2008;65:835-42

5. Faraone SV, Spencer TJ, Montano B, Biederman J. A Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. A survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med*. 2004; 164:1221-6.

6. Martin A. The hard work of growing up with ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1575-7.

7. Campayo J, Santed MA, Cerdan C, Alda M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria* 2007;39(12):671-4.

8. Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in Young and middle-aged adults. *JAMA* 2011;306: 2673-83.

9. Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Lohman M, Kayser A. A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:420-9.

10. Ramos-Quiroga JA, Casas M. Achieving remission as a routine goal of pharmacotherapy in attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 2011; 25: 17-36.

11. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:24-9.

12. Alder LA, Spencer TJ, Milton DR, Moore RJ, Michelson D. Long-term, open-label study of the safety and efficacy of atomoxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: an interim analysis. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 294-9.

13. Daviss WB, Bentivoglio P, Racusin R, Brown KM, Bostic JQ, Wiley L. Bupropion sustained release in adolescents with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and