

## Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria

M.<sup>a</sup> Ángeles Moreno Fontiveros<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> José Martínez Vera<sup>b</sup>, Antonio Tejada González<sup>c</sup>,  
Visitación González Igeño<sup>d</sup>, Oscar García Resa<sup>d</sup> y Grupo de Estudio del Adolescente  
(greAdol) de la SAMFYC

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gilena. Gilena. Sevilla.

<sup>c</sup>Enfermero. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.

Correspondencia:

M.<sup>a</sup> Ángeles Moreno  
Fontiveros.

Centro de Salud Estepa.  
Estepa. Sevilla.

C/ Santa Gema, 8. CP: 29640.  
Fuengirola. Málaga.

Correo electrónico:

hielo80@hotmail.com.

Recibido el 2 de julio de 2015.

Aceptado para su publicación  
el 7 de septiembre de 2015.

### RESUMEN

El TDAH es un trastorno evolutivo. Una parte importante de los pacientes diagnosticados de TDAH en edad pediátrica, necesitarán durante su adolescencia y en la edad adulta 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 el control de los posibles efectos secundarios que se presenten. El abandono del tratamiento de los pacientes diagnosticados de TDAH cuando llegan a la adolescencia tiene tanto en el propio paciente como en su entorno graves consecuencias; lo que contrasta con la excelente respuesta de esta patología 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.

**PALABRAS CLAVE:** Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. ADHD. Trastornos de conducta. Adolescentes.

### ABSTRACT

**Update in the treatment of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) in primary care.**

ADHD is an evolutionary disorder. An important part of ADHD's patients have been diagnosed in paediatric age; in his adolescence and adult age they will need an efficient medical followup in Primary Care. The pharmacological treatment of this disease is easy, but it needs a frequent dose review and side-effect management. Treatment dropout in adolescence has serious consequences in their health and environment, what contrasts with the excellent response of this pathology to the existing pharmacological and behavioural treatments. Because of all these reasons, the Primary care physician is an essential instrument to improve the care received by adult and adolescent ADHD patients.

**KEY WORDS:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Diagnosis. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Therapy. ADHD. Conduct disorders. Adolescents.

### INTRODUCCIÓN

Los síntomas del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) tienen un gran impacto en el desarrollo social, emocional y cognitivo del individuo; causando una importante morbilidad y disfuncionalidad no solo en el paciente, sino también en su entorno<sup>1</sup>.

El TDAH es la patología neuropsiquiátrica crónica más prevalente en pediatría. Su prevalencia en niños es del 4-12 %; de estos, dos tercios continuarán con sintomatología en la edad adulta<sup>2,3</sup>. Se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %<sup>4,5</sup>.

En cambio, la alta frecuencia de este diagnóstico en la edad pediátrica en los países occidentales plantea el dilema de si se está sobrediagnosticando y sobremedicando a la población. No obstante, la eficacia general de

los tratamientos actuales y la repercusión de esta enfermedad sobre el paciente y su entorno impone la necesidad de realizar un abordaje correcto<sup>6</sup>. El médico de Atención Primaria debe disponer de los conocimientos necesarios para tratar y seguir al paciente TDAH cuando llega a su consulta, ya sea tras ser diagnosticado en edad pediátrica como si es detectada por él.

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<sup>7</sup>. 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, llevándoles 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 con TDAH, aunque no están incluidos en los actuales criterios diagnósticos<sup>8</sup>.

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.

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 criterios diagnósticos. No existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH. 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. 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<sup>9</sup>.

Existen múltiples instrumentos de evaluación del TDAH en adultos y niños que pueden ayudarnos en el diagnóstico: entrevistas semiestructuradas, escalas autoadministradas por el observador (familia, conviviente) o/y por el propio paciente. Dentro de las entrevistas semiestructuradas y escalas destaca para la evaluación retrospectiva del paciente el *Wender Utah Rating Scale* (WURS) y el *ADHD Symptom Rating Scale*<sup>10,11</sup>, también validadas en castellano. Las entrevistas semiestructuradas, como la Entrevista diagnóstica del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (DIVA 2.0) y la *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (parte II), de las cuales existen versiones en español, permiten una evaluación rigurosa de los síntomas de TDAH en el adulto, así como las disfunciones generadas por esta enfermedad. Por otro lado, se han evaluado instrumentos de cribado rápido como el cuestionario autoadministrado *Adult Self-Report Scale* (ASRS), que posibilita la mejor detección del TDAH en adultos, y es usado para valorar la gravedad del cuadro<sup>12</sup>. Existe una versión reducida de 6 ítems, el ASRS 1.1. En nuestro medio, el cuestionario ASRS se ha validado en población adulta y en pacientes con trastornos de abuso de sustancias, y se ha determinado que es un cuestionario útil para el cribado del TDAH en estos<sup>13,14</sup>.

Las características de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen notablemente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional<sup>15,16</sup>. Diversos estudios han demostrado que estos pacientes logran una menor formación académica, aun teniendo niveles de inteligencia similares al resto de la población. Los adolescentes y niños con TDAH tienen mermada la autoestima y las habilidades sociales, siendo este aspecto

**CRITERIO A1.** 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).

- 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.** 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).

*Síntomas de hiperactividad*

- 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 está "en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor (restaurantes, reuniones)
- A menudo habla en exceso

*Síntomas de impulsividad*

- 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

aún más evidente en aquellos 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...). También se han descrito mayores

dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja; en el ámbito laboral tienen peor adaptación; y su habilidad para la conducción está alterada (los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico

y más graves)<sup>17</sup>.

El diagnóstico diferencial entre el TDAH y otros trastornos clínicos-psiquiátricos es con frecuencia la parte más complicada del diagnóstico de TDAH en adultos, dada la elevada comorbilidad de esta patología<sup>18</sup>. Los trastornos comórbidos en adultos son similares a los hallados en la infancia, con la diferencia de que existe una mayor prevalencia de drogodependencias y que aparecen trastornos de la personalidad.

## TRATAMIENTO

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. El tratamiento del TDAH tiene tres partes principales: la psicoeducación y manejo conductual, el apoyo académico y el tratamiento farmacológico.

### Tratamiento psicológico

La intervención psicológica sobre los pacientes con TDAH debe comenzar desde el momento en que se realiza el diagnóstico. Los mejores resultados en el tratamiento se obtienen con una combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico (terapia combinada)<sup>19</sup>.

La psicoeducación (informar sobre el trastorno y valorar su posible influencia en la adaptación a lo largo de la vida del paciente) es el primer paso del tratamiento, y se dirige al paciente y a su entorno familiar. La información es terapéutica en sí misma y permite al paciente desarrollar formas más efectivas de afrontamiento, detectar dificultades y definir sus propios objetivos terapéuticos. Además, con las técnicas psicoeducativas se enseña al sujeto a afrontar los problemas emocionales, conductuales y cognitivos asociados al trastorno, así como en el manejo de la sintomatología que no responda al tratamiento farmacológico<sup>20</sup>.

El tratamiento conductual, mediante técnicas de modificación del comportamiento, es el tratamiento no farmacológico más eficaz<sup>21,22</sup>. Los programas de intervención psicosocial incluyen acciones encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de trastornos comórbidos o a disminuir la intensidad de los síntomas si ya se han establecido, tales como los trastornos de abuso de sustancias.

### Apoyo académico

Se dirige al entrenamiento neuropsicológico en fun-

ciones del sistema ejecutivo, organización, flexibilidad cognitiva, motivación, memoria de trabajo, autoevaluación, planificación... así como los ajustes necesarios durante las clases y evaluaciones. En ocasiones, estos niños pueden requerir además un apoyo específico de los trastornos del aprendizaje que suelen asociarse al TDAH.

### Tratamiento farmacológico

Antes de prescribir tratamiento farmacológico a un paciente con TDAH, es imprescindible valorar en profundidad cómo le afecta el trastorno a su vida cotidiana y si con el tratamiento lograremos una mejor evolución del cuadro.

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. Es importante señalar que siempre antes de comenzar el tratamiento es necesario comprobar que el paciente no está usando otros estimulantes no prescritos.

Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica, siendo el metilfenidato el de elección. La atomoxetina es la segunda opción. En España existen tres fármacos autorizados y comercializados para el tratamiento del TDAH: metilfenidato (MTF), lisdexanfetamina y la atomoxetina (Tabla 2).

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, aunque no se puede obviar en pacientes con factores de riesgo cardiovascular<sup>23</sup>. Además, a pesar de la opinión generalizada, la utilización de psicoestimulantes disminuye el riesgo de dependencia o abuso de sustancias en adolescentes y adultos con TDAH<sup>24</sup>.

#### a) Fármacos psicoestimulantes

Los estimulantes mejoran no solo los síntomas y el deterioro asociado al comportamiento, sino también problemas concomitantes como la irritabilidad, cambios de humor, baja autoestima, proble-

FARMACOS ESTIMULANTES						
METILFENIDATO	ACCIÓN CORTA	RUBIFEN® MEDICEBRAN®	5-10-20 mg	4 h	1 mg/kg/día	Máx. 60 mg/kg/día
	ACCIÓN INTERMEDIA	MEDIKINET® 50:50 EQUASYM® 30:70	10,20,30,40 mg 10,20,30 mg	8h	1 mg/kg/día	Máx. 60 mg/kg/día
	ACCIÓN LARGA	CONCERTA OROS®	18,27,36,54 mg	12h	1 mg/kg/día	Máx. 72 mg/kg/día
LISDEXANFETAMINA	ACCIÓN LARGA	ELVANSE®	30,50, 70 mg	12-14h	30 mg/día	70 mg/día
FÁRMACOS NO ESTIMULANTES						
ATOMOXETINA		STRATTERA®	10,18,25,40,60, 80,100 mg	24h	1.2-1.8 mg/kg/día	Max 120 mg/día

**Tabla 2.** Medicación disponible en España para el TDAH

mas cognitivos y el funcionamiento social y familiar. Su mecanismo de acción es elevar la dopamina y noradrenalina cerebral, principalmente inhibiendo su recaptación en la sinapsis. En España hay dos clases de estimulantes aprobados para el TDAH: metilfenidato y anfetaminas (lisdexanfetamina)<sup>25,26</sup>.

– *Metilfenidato*: Ha demostrado su eficacia tanto en la población infanto-juvenil como en adultos con TDAH. Es el tratamiento de elección en el TDAH de niños y adultos. Dosis máxima 60 mg/día. Formas:

o Acción corta: Rubifen®, Medicebrán®. 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.

o 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 cápsula. Equivalencia de dosis con respecto al MTD de acción corta es 1:1.

- Medikinet® (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).

- Equasym® (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).

o Acción larga: Metilfenidato liberación prolongada-OROS (Concerta®) (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 fórmulas de liberación prolongada evitan el efecto rebote. La equivalencia de dosis entre MTF-OROS y MTF de acción inmediata no es exactamente 1:1, por ejemplo una dosis de 18 mg de MTF-OROS equivale aproximadamente a algo menos de 15 mg/día de MTF liberación inmediata<sup>26,27</sup>.

Inicialmente se recomienda comenzar con dosis bajas, de 0,5 mg/kg/día, subiendo progresivamente cada 2-4 semanas hasta lograr dosis óptima que será aquella que logre una mayor remisión de síntomas sin efectos secundarios. Para obtener una respuesta adecuada es necesaria al menos una dosis de 1 mg/kg/día. 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:

- o Acción corta: Dexedrine®, Dextro-Stat, Adderal.
- o 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 anfetamina y contra un uso indebido de la medicación por personas que no son el paciente. Está aprobada en España en niños a partir de los 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato es inadecuada. Está 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<sup>28</sup>.

En un 10-15 % de los niños tratados aparece alguno de los efectos secundarios molestos, pero no graves de los fármacos estimulantes como el insomnio de conciliación, disminución del apetito, cefaleas y nerviosismo. Estos efectos suelen ser leves y si es necesario suelen desaparecer con cambios en las dosis o en el horario de la toma de la medicación. Si la disminución del apetito origina disminución del peso, es recomendable reforzar la merienda y la cena. No se ha demostrado que el uso de estimulantes se asocie con alteraciones neurohormonales que justifiquen alteraciones en el crecimiento. En ocasiones los pacientes presentan efecto rebote que consiste en el agravamiento brusco de los síntomas 3-5 horas después de haber recibido la última dosis, debido a una disminución del efecto. Se trata utilizando formulaciones de liberación prolongada<sup>26,27</sup>. El 25-50 % de los niños con TDAH presentan problemas de sueño previos al tratamiento. Si el paciente tiene insomnio secundario a la medicación, puede usarse melatonina hasta 5 mg/día unas 2 horas antes de acostarse. La presencia de un trastorno por tics o de Tourette no contraindica el uso de estimulantes pero puede

empeorar los tics.

En cuanto a la seguridad cardiaca, ni los estudios publicados,<sup>23,27,29,30</sup> ni la práctica clínica, ni los datos epidemiológicos han indicado riesgo alguno superior al de la población general. Sin embargo debemos tener especial precaución en pacientes con cardiopatía o arritmias conocidas, por ello en la historia clínica preguntaremos sobre síntomas cardiovasculares (palpitaciones, mareos, taquicardias...). Si aparecen estos síntomas cardiovasculares tras comenzar tratamiento derivaremos a cardiología para realizar ecocardiograma<sup>31</sup>.

Los estimulantes no aumentan el riesgo de abuso de sustancias, pero pueden usarse en dosis mayores a las prescritas por su efecto euforizante, por ello debe de controlarse su prescripción. Los síntomas psicóticos son muy infrecuentes y aparecen en pacientes con predisposición genética.

b) *Fármacos no psicoestimulantes*

La duración corta del efecto de los estimulantes, los efectos adversos o la falta de respuesta, así como el estigma de tomar medicación controlada y el potencial abuso, son razones para considerar los fármacos no estimulantes. Los estimulantes son muy seguros y eficaces, como ya hemos dicho, pero un 10-30 % de los niños con TDAH no responden o no los toleran por sus efectos adversos<sup>26</sup>.

- *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.

Formas: Strattera® (10,18,25,40,60,80,100 mg). Útil en el tratamiento de niños y adultos. Máximo 100 mg/día. Hasta finales de 2013 necesitaba un visado de inspección médica para poder tener cobertura por el Sistema Nacional de Salud, pero ahora no tiene ese requisito.

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. Se toma una vez al día, normalmente por la mañana. Su acción homogénea durante el día y su administración en una sola toma, la ausencia de potencial de abuso y no producir

tics ni afectar al sueño son ventajas de este fármaco. En cambio puede tardar hasta 12 semanas en llegar a su efecto beneficioso máximo y la tasa de respuesta a este fármaco es menor.

Es un fármaco que normalmente se tolera bien, pero si hay problemas se puede tomar por la noche y comer con alimentos ricos en lípidos (mejora tolerancia e igual eficacia). Sus efectos secundarios son leves y se presentan al principio del tratamiento, mejorando a los pocos días/semanas. Inicialmente se asocia con pérdida de peso leve, insomnio, náuseas, tos y fatiga; solo un 5 % tiene que abandonar el tratamiento por estos efectos. No empeora los tics. No se puede administrar junto IMAOS. Recientemente se ha detectado que el 0,44 % de los pacientes en tratamiento con atomoxetina presentan ideas suicidas, pero ninguno las ha consumado; este síntoma debe tenerse en cuenta, pero probablemente no debería cambiar nuestras decisiones clínicas.

- *Otros fármacos no psicoestimulantes.* Las medicaciones no aprobadas para el tratamiento del TDAH como el bupropión y los antidepresivos tricíclicos como la desipramida<sup>32</sup> (no comercializado en España) tienen un nivel de evidencia sobre su eficacia y seguridad mucho menor. El bupropión es un antidepresivo de perfil noradrenérgico y dopaminérgico. El bupropión también es más eficaz que el placebo en pacientes con TDAH con trastornos comórbidos como la depresión, trastorno bipolar o la drogodependencia<sup>33-35</sup>.

La medicación debe administrarse diariamente durante un largo periodo de tiempo. 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. Deben monitorizarse el peso, la talla, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Debemos evaluar periódicamente la necesidad de continuar el tratamiento tras un periodo largo de remisión completa de los síntomas. No se debe interrumpir el tratamiento los fines de semana ni en vacaciones, porque puede aumentar el riesgo de accidentes, impulsividad sexual y peor tolerabilidad y eficacia del tratamiento al retomarlo.

Cuando el tratamiento elegido no cumple los objetivos, evaluaremos el diagnóstico, el uso adecuado del tratamiento, la adherencia y la presencia de comorbilidad en el paciente. Si tras un mes de tra-

tamiento no obtenemos una respuesta adecuada, debemos suspenderlo o derivar a Atención Especializada.

El médico de Atención Primaria junto con la supervisión del cumplimiento terapéutico debe vigilar el cumplimiento de tratamiento psicopedagógico y la dinámica familiar a través de la información que nos proporciona la familia. Paralelamente, se hace necesario realizar protocolos de actuación conjunta entre Atención Primaria (pediatría, médico de familia), Equipo de Salud Mental y los centros escolares, para lograr mejor atención al paciente y su familia.

El médico de Atención Primaria está en una situación privilegiada para el diagnóstico precoz del TDAH. Todo médico de Atención Primaria debe conocer los síntomas principales de este trastorno para poder realizar un despistaje correcto ante un posible caso. Una vez realizado el diagnóstico, en casos de TDAH sin comorbilidad, podemos iniciar el tratamiento desde Atención Primaria. Se derivará a Atención Especializada aquellos pacientes con comorbilidad presente que tras optimizar las dosis tengan respuesta insuficiente al tratamiento y la sospecha diagnóstica se mantenga, que necesiten tratamiento conductual o requieran combinación de fármacos, o si no tenemos seguridad en el manejo del caso.

## CONCLUSIONES

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad 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. Además podremos encontrar en la consulta paciente adultos no diagnosticados que requerirán nuestra atención. El tratamiento del TDAH consiste en psicoeducación y manejo conductual, apoyo académico y tratamiento farmacológico.

En la práctica clínica habitual el TDAH en adultos está infradiagnosticado y, por tanto, incorrectamente tratado, a pesar de que se ha demostrado que este trastorno genera un alto coste social y personal. Además es frecuente el abandono del tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados en edad pediátrica al llegar a la consulta de Atención Primaria. Existen varias causas posibles<sup>1</sup>:

- La clínica del TDAH es diferente en la edad adul-

ta con respecto a la infancia. En el adulto disminuye la hiperactividad y la impulsividad, aunque la inatención se mantiene a lo largo de la vida, con la consiguiente dificultad para el diagnóstico.

- Existen en el colectivo sanitario una serie de ideas preconcebidas sobre la enfermedad que dificultan el diagnóstico y manejo de estos pacientes en Atención Primaria.
- Existe poca formación sobre esta patología dirigida al médico de Atención Primaria. Aspectos como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en edad adulta deben ser conocidos por el médico de familia, dada la alta prevalencia estimada y el aumento de su diagnóstico a la edad pediátrica.
- Los adolescentes y adultos con TDAH tienen dificultades para lograr la adherencia al tratamiento, dadas las características propias del trastorno, especialmente aquellos con comorbilidades.

Las graves repercusiones que genera la ausencia de diagnóstico y el abandono del seguimiento y tratamiento de estos pacientes cuando llegan a la adolescencia contrasta con la excelente respuesta a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos como conductuales. El médico de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención a los pacientes adultos/adolescentes con TDAH.

## BIBLIOGRAFÍA

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, Rijniers CA, Hódiámont 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, Buitelaar 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 Occup Environ Med*. 2008;65:835-42.
6. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*. 2009;48(Supl 2): S95-S99.
7. Cunill R, Castell X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clin (Barc)*. 2015;144:370-5.
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 Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:67.
9. Ramos Quiroga JA. TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2009. URL: <http://hdl.handle.net/10803/5585>.
10. 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 adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:67.
11. Epstein J, Johnson D, Conners K. Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. North Towanda: Multi-Health Systems; 1999.
12. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*. 2012;54 (Supl 1):S105-15.
13. Daigre-Blanco C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosh R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Adult ADHD Self-Report Scale (ASR-v 1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Acas Esp Psiquiatr*. 2009; 37:299-305.
14. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35:245-56.
15. Hidalgo Vicario MI, Sánchez Santos L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatr Integral*. 2014;XVIII(9):609-623.
16. Rabito-Alcon M, Correias-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.
17. Campayo J, Santed MA, Cerdan C, Alda M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria*. 2007;39(12):671-4.
18. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 1301-11.
19. The MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1073-56.
20. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008; 17:421-37.
21. Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *J Attention Disord*. 2014; 18:275-82.
22. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Conner BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*. 2008; 29:129-40.
23. 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.
24. 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.
  25. 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.
  26. Soutullo Esperon C, Álvarez Gómez MJ. Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatr Integral.* 2014;XVIII (9):634-42.
  27. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
  28. Soutullo C, Fernández-Jaén A, Maldonado R. Monografía de Lisdexanfetamina dimesilato. Elvanse. Comunicación y Ediciones Sanitarias SL, 2014.
  29. 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.
  30. Cooper WO, Habel LA, Sox CM, et al. ADHD Drugs and Serious Cardiovascular Events in Children and Young Adults. *N Eng J Medicine.* 2011. 10.1056/nejmoa1110212.2. <http://www.nejm.org/mailto:william.cooper@vanderbilt.edu>.
  31. Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T, et al. Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013 Mar;54(3): 227-46.
  32. Eilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV et al. Six week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1996;153:1147-53.
  33. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Addict Dis.* 2002;21:1-16.
  34. Wilens TE, Prince JB, Spencer T, Van Patten SL et al. An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2003;545:9-16.
  35. Daviss WB, Bentivoglio P, Racusin R, Brown KM, Bostic JQ, Wiley L. Bupropion sustained release in adolescents with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:307-14