

ORIGINAL BREVE

PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PERSONAS ADULTAS SEGÚN EL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**Enric Aragonès (1), Josep Lluís Piñol (1), Josep Antoni Ramos-Quiroga (2), Germán López-Cortacans (1), Antònia Caballero (1) y Rosa Bosch (2)**

(1) Unidad de Apoyo a la Investigación. IDIAP Jordi Gol. Atención Primaria Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut.

(2) Programa de TDAH en adultos. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

RESUMEN

Fundamento: El TDAH en adultos no es infrecuente y, según datos epidemiológicos recientes, tiene una prevalencia poblacional del 3-4%. Sin embargo, existe un gran desconocimiento sobre este trastorno entre los médicos, particularmente en atención primaria.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia del diagnóstico registrado de TDAH en adultos y la proporción de pacientes con prescripción farmacológica para este trastorno en atención primaria.

Métodos: Se trata de un estudio transversal sobre las bases de datos de las historias clínicas electrónicas de atención primaria. La población diana son los adultos (18-44 años) adscritos a centros de salud del Instituto Catalán de la Salud (n=2.452.107). Hemos obtenido la proporción de pacientes con diagnóstico de TDAH (código F90/CIE-10) en la lista de problemas activos, y la proporción de pacientes con prescripción activa de un fármaco específico para el TDAH en adultos: metilfenidato, metilfenidato de liberación prolongada o atomoxetina.

Resultados: La prevalencia de TDAH registrado es del 0,04% (0,07% en hombres; 0,02% en mujeres). Los pacientes con prescripción para TDAH son el 0,07% (0,08% en hombres; 0,05% en mujeres). El 32,05% de los TDAH tenían prescripción específica.

Conclusión: El diagnóstico en adultos de TDAH y el tratamiento específico son extremadamente bajos en atención primaria. Estos resultados contrastan con los datos poblacionales: el TDAH registrado es 1/85 de la prevalencia poblacional.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; Atención Primaria de salud; Prevalencia; Historias clínicas.

ABSTRACT

Prevalence in Adults of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using the Medical Records of Primary Care

Background: ADHD in adults is not uncommon and, according to recent epidemiological data, has a population prevalence of 3-4%. However, there is major unawareness of this disorder among doctors, particularly in primary care.

The aim of this study is to determine the prevalence of the diagnosis of ADHD recorded in adults and the proportion of patients with drug prescriptions for this disorder in primary care.

Methods: This is a cross-sectional study on databases of computerised primary care medical records. The target population is adults (18-44 years) assigned to primary care centres of the Catalan Health Institute (n = 2,452,107).

We obtained the proportion of patients with ADHD (F90/ICD-10 code) registered as active problem, and the proportion of patients with a specific prescription for ADHD in adults: methylphenidate, methylphenidate extended release or atomoxetine.

Results: The prevalence of recorded ADHD is 0.04% (0.07% in men, 0.02% in women). The percentage of patients with a specific prescription for ADHD is 0.07% (0.08% in men, 0.05% in women). 32.05% of ADHD patients had specific prescription.

Conclusion: The diagnosis of ADHD in adults and specific treatment are extremely low in primary care. These results contrast with population data: registered ADHD is 1/85 of the population prevalence.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Prevalence. Medical records. Primary Health Care.

Correspondencia:

Enric Aragonès.

Centro de Atención Primaria de Constantí.

Carrer dels Horts, 6.

43120. Constantí.

Tel.: 0034977524109.

earagones.tarte.ics@gencat.cat.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) presentan desde la infancia una marcada dificultad para mantener la atención y/o una excesiva hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas son crónicos y afectan a diversos ámbitos vitales (familiar, social, escolar o laboral)¹. Contrariamente a lo que se solía considerar hasta hace un par de décadas, los síntomas y el impacto funcional del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta y el trastorno puede persistir en más del 50% de los casos^{2, 3}. Estudios epidemiológicos internacionales recientes muestran una prevalencia del TDAH en adultos en población general en torno al 3-4%^{4, 5}.

Sin embargo, por diferentes motivos una gran proporción de pacientes adultos con TDAH no son detectados⁶ y permanecen ajenos a los potenciales beneficios de un tratamiento específico^{7, 8}. Una de las causas del infradiagnóstico en adultos es el gran desconocimiento de este trastorno por parte de los médicos, particularmente en atención primaria⁹, cuando no las dudas sobre la validez del TDAH. Este fenómeno no es ajeno a cierta controversia científica y mediática sobre la existencia «real» del TDAH como entidad patológica¹⁰⁻¹².

La atención primaria tiene características que la hacen muy adecuada para ocupar un papel central en la detección y la atención a los principales problemas de salud mental de la población¹³ y diversos autores consideran que la atención primaria puede ser un lugar apropiado para mejorar la detección y, consecuentemente, la atención a los pacientes adultos con TDAH¹⁴⁻¹⁶.

El objetivo de este artículo es determinar la prevalencia del TDAH en adultos registrado y la prevalencia de pacientes con prescripción farmacológica para este trastorno según las bases de datos computerizadas de atención primaria en Cataluña, así como

explorar asociaciones de estas variables con características demográficas y clínicas de los individuos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se trata de una investigación transversal de las bases de datos computerizadas de las historias clínicas de atención primaria realizada en octubre del año 2009.

Sujetos y ámbito del estudio: La población de estudio la constituyen todos los individuos de 18 a 44 años de edad adscritos a Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut. El Institut Català de la Salut es la principal —aunque no la única— institución sanitaria de Cataluña que provee servicios sanitarios públicos al 81,6% de la población¹⁷ y tiene una implantación completa de las historias clínicas electrónicas de atención primaria. El estudio se ha limitado a este rango de edad para poder contrastar nuestros resultados de prevalencia «detectada» con los datos de estudios epidemiológicos que establecen este límite de edad para evitar las limitaciones de memoria en individuos mayores en la evaluación retrospectiva del trastorno desde la infancia.

Mediciones y análisis estadístico: Se ha obtenido la proporción de pacientes en quienes constaba el diagnóstico de TDAH (código F90/CIE-10) en la lista de problemas activos de su historia clínica.

De la ausencia del registro del diagnóstico de TDAH en la historia clínica de atención primaria no se puede deducir con certeza que éste no haya sido detectado si el trastorno es manejado exclusivamente en el nivel psiquiátrico especializado. Para soslayar este inconveniente, hemos examinado los datos de prescripción de tratamientos específicos para el TDAH como variable «proxy» del diagnóstico y hemos determinado la proporción de pacientes con prescripción activa de

Figura 1

Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad registrado en las historias clínicas de atención primaria, según edad y sexo

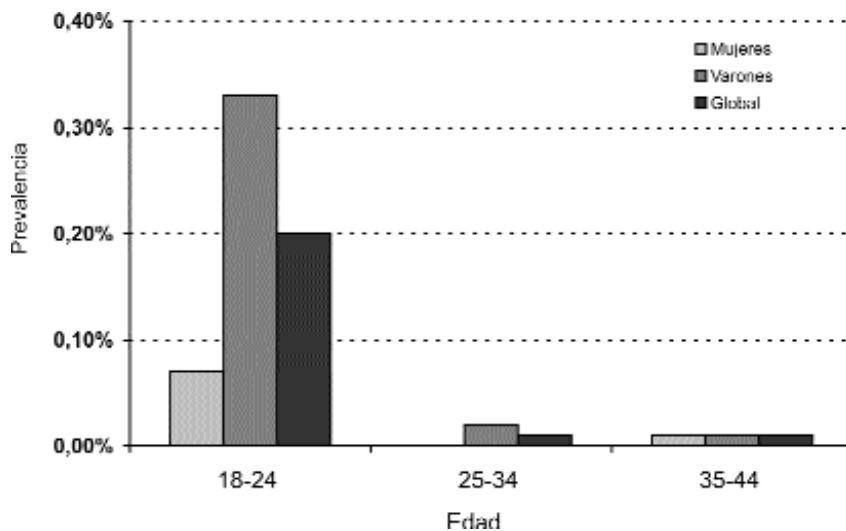
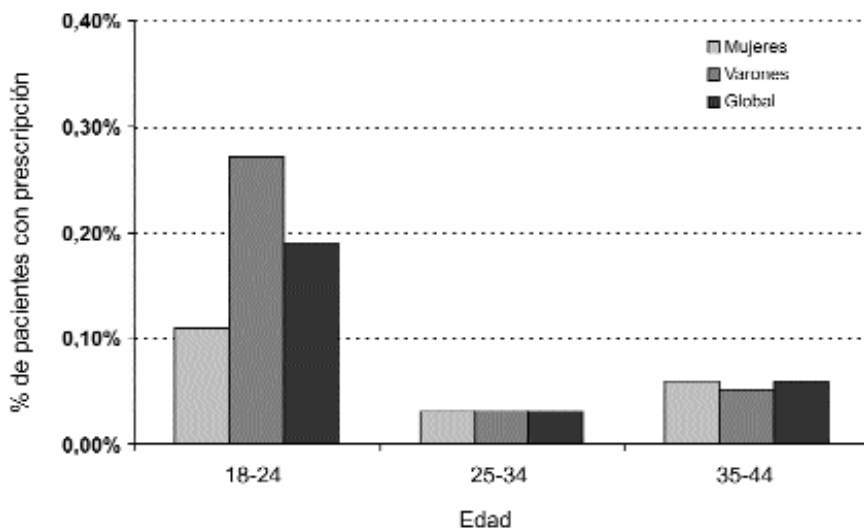


Figura 2

Proporción de pacientes con prescripción farmacológica específica para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, según edad y sexo



algún fármaco indicado para el TDAH en adultos: metilfenidato, metilfenidato de liberación prolongada o atomoxetina¹⁸.

Las proporciones se presentan de forma global y por sexo, grupos de edad y según la presencia de comorbilidad psiquiátrica: trastornos afectivos (códigos F30-39/CIE-10), trastornos de ansiedad (códigos F40-49/CIE-10) y trastornos por consumo de sustancias, excepto nicotina (códigos F10-19, excepto F17/CIE-10). Se ha empleado el test de χ^2 para evaluar la asociación de las variables principales con estas características demográficas y clínicas de los pacientes.

RESULTADOS

Se evaluaron los datos de un total de 2.452.107 individuos, el 48% de los cuales eran mujeres. El 16% tenía entre 18 y 24 años de edad, el 42% entre 25 y 35 años y el 42% entre 35 y 44 años. El 77% eran de la provincia de Barcelona, el 9% de Tarragona, el 8% de Gerona y el 6% de Lérida.

La prevalencia global de TDAH registrado fue del 0,04% (0,02% en mujeres y 0,07% en hombres; χ^2 : 332,6; g.l.:1; $p < 0,0001$). La presencia del diagnóstico de TDAH fue del 0,07% en pacientes con trastornos afectivos (χ^2 : 27,5; g.l.:1; $p < 0,0001$), del 0,09% en pacientes con trastornos de ansiedad (χ^2 : 25,4; g.l.:1; $p < 0,0001$) y del 0,17% en pacientes con trastornos por consumo de sustancias (excepto nicotina) (χ^2 : 113,7; g.l.:1; $p < 0,0001$). Los pacientes con prescripción específica para el TDAH fueron el 0,07% (0,05% en mujeres y 0,08% en hombres; χ^2 : 83,3; g.l.:1; $p < 0,0001$). El 32,05% de los individuos con diagnóstico de TDAH tenían prescripción específica.

Tanto la presencia de diagnóstico registrado de TDAH como la presencia de prescripción activa de un fármaco específico para TDAH se asociaban de forma estadística-

mente significativa con la edad (respectivamente χ^2 : 2947,6; g.l.:2; $p < 0,0001$ y χ^2 : 1083,3; g.l.:2; $p < 0,0001$). En las Figuras 1 y 2 se muestran los resultados de prevalencia y de prescripción por grupos de edad y sexo.

DISCUSIÓN

El 0,04% de pacientes adultos en cuya historia clínica consta el diagnóstico de TDAH está muy alejado de las cifras reportadas por estudios epidemiológicos en población general en el mismo rango de edad. Kessler et al.⁴ en los Estados Unidos reportan una prevalencia del 4,4%, y Fayyad et al.⁵ en 10 países de América, Europa y Oriente Medio hallan una prevalencia media del 3,4%, aunque en la muestra española es donde se halla la menor prevalencia: 1,2%.

El contraste de estos datos con los de este estudio es evidente: la prevalencia de TDAH registrado que hemos hallado es 1/85 de la prevalencia poblacional media reportada por Fayyad et al. o 1/30 de la prevalencia reportada para la muestra española. Aún cuando es difícil comparar datos epidemiológicos poblacionales y datos obtenidos de registros clínicos puede presumirse que con una detección y diagnóstico «adecuados» del TDAH en adultos la prevalencia de diagnósticos registrados debería acercarse a la prevalencia poblacional. La exagerada discordancia entre ambas cifras sugiere un elevado infradiagnóstico.

Aunque existen pocos estudios publicados, el fenómeno de la escasa presencia del diagnóstico de TDAH en los registros clínicos de adultos no parece ser raro: Schlander et al.¹⁹ en un análisis de datos médicos administrativos en Nordbaden (Alemania) hallaron una prevalencia de TDAH en adultos del 0,04%, cifra situada en un nivel análogo a nuestros datos y, asimismo, muy discordante de las estimaciones de prevalencia poblacional.

Los estudios epidemiológicos en población general muestran una distribución bastante uniforme en los diferentes grupos de edad pero en nuestros resultados la mayor parte de los casos se concentran en el grupo de 18 a 24 años. Schlander et al. reportan también una mayor prevalencia en el grupo de menos de 24 años que en edades superiores. Estos resultados son esperables porque posiblemente en muchos de estos pacientes el diagnóstico de TDAH se realizó en edades inferiores, en la que este trastorno es más conocido, y el registro ha persistido al pasar a la edad adulta. Hemos hallado una mayor prevalencia en el sexo masculino y en los pacientes con otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos por consumo de sustancias, hecho que concuerda con los datos epidemiológicos disponibles^{4,5,19}.

El examen de los datos de prescripción de tratamientos específicos para el TDAH, como variable «proxy» del diagnóstico se justifica porque en el sistema sanitario español, la gestión y el mantenimiento de las prescripciones crónicas de los tratamientos prescritos en otros niveles asistenciales se realizan en atención primaria. Por tanto, los casos diagnosticados y manejados solamente en el nivel psiquiátrico y no registrados en atención primaria pueden detectarse a través de las prescripciones. Esta aproximación tiene evidentes limitaciones: es posible que algunos pacientes adultos con TDAH no reciban tratamiento farmacológico o sean tratados con otros fármacos no específicos para el TDAH (p. ej., antidepresivos) y, por otra parte, también es posible que alguno de los fármacos estudiados se prescriba para otras indicaciones «off-label» (p. ej., metilfenidato en cuadros de depresión refractaria). En nuestros resultados, la tasa de tratamientos prescritos es superior a la proporción de individuos con diagnóstico de TDAH y, por otra parte, solo un tercio de los que tenían diagnóstico de TDAH recibían tratamiento específico. Sin embargo, la proporción de individuos tratados se sitúa en una cota baja que no se aleja demasiado de la

baja prevalencia de TDAH registrado y sí queda a mucha distancia de las estimaciones de prevalencia poblacional^{4,5}.

Concluimos que el TDAH en adultos es un trastorno escasamente detectado y registrado en atención primaria en Cataluña. Esta conclusión genera, sin embargo, nuevas preguntas que debieran ser contestadas en futuros y necesarios estudios de investigación: ¿Cuál es la verdadera prevalencia del TDAH en pacientes adultos en atención primaria? ¿Qué síntomas y qué impacto sufren los pacientes con TDAH no detectados? ¿Cómo se maneja —y bajo que etiquetas diagnósticas se cataloga— el malestar psicológico de esta gran proporción de pacientes con TDAH no detectado? ¿Puede o debe tener la atención primaria un papel en la detección y el manejo de este trastorno?

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a M Cristina Torrente y a Jordi Grifoll, de la Unidad de Tecnologías de Información y Comunicación del Institut Català de la Salut, su amable colaboración en la extracción de los datos de las historias clínicas computerizadas de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366:237-48.
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. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, Garcia-Gimenez E, Casas-Brugue M. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization. *Rev Neurol*. 2006;42:600-6.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National

- Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
5. 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.
 6. 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;164:1221-26.
 7. Tcheremissine OV, Salazar JO. Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: review of evidence-based practices and future directions. *Expert Opin Pharmacother*. 2008; 9:1299-310.
 8. Knouse LE, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*. 2008;8:1537-48.
 9. Thapar A, Thapar A. Is primary care ready to take on Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *BMC Fam Pract* 2002;16:3:7.
 10. Zwi M, Ramchandani P, Joughin C. Evidence and belief in ADHD. *BMJ* 2000;321:975-6.
 11. Asherson P, Adamou M, Bolea B, Muller U, Morua SD, Pitts M, et al. Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ* 2010;340:c549.
 12. Moncrieff J, Timimi S. Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. *BMJ* 2010;340:c547.
 13. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42.
 14. Culpepper L, Mattingly G. A Practical Guide to Recognition and Diagnosis of ADHD in Adults in the Primary Care Setting. *Postgrad Med* 2008; 120:16-26.
 15. Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 3:18-21.
 16. Thapar AK, Thapar A. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Gen Pract* 2003;53:225-30.
 17. Institut Català de la Salut. Memòria 2007. Barcelona, 2007. Accesible en: http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria_activitats_2007.htm.
 18. NICE clinical guideline. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management. London: NICE, 2008.
 19. Schlander M, Schwarz O, Trott GE, Viapiano M, Bonauer N. Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16:430-8.