

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.9>

Caso clínico

1

PACIENTE CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD CONSUMIDOR DE TÓXICOS QUE REALIZA INTENTO DE SUICIDIO SEVERO

PATIENT WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HIPERACTIVITY WHO CONSUMES TOXICS THAT PERFORMS SEVERE SUICIDE ATTEMPT

María Irigoyen Otiñano y Margarita Puigdevall Ruestes

Hospital Universitario Santa María de Lleida

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de abril de 2017.

Aceptado el 5 de mayo de 2017

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, suicidio, impulsividad, cannabis, violencia

Key words: Attention Deficit Disorder and Hiperactivity, suicide, impulsivity, cannabis, violence

RESUMEN

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es, a menudo, una entidad crónica, cuya presentación evoluciona a través del desarrollo. Afortunadamente, aproximadamente 1/3 de los niños ya no tienen síntomas incapacitantes en la edad adulta y muestran un funcionamiento relativamente intacto. La investigación ha identificado predictores de la persistencia del TDAH y los resultados funcionales en diferentes etapas de desarrollo. Además de la genética, existen factores de desarrollo tempranos que aumentan el riesgo de TDAH. En los años preescolares, la gravedad de los síntomas, la función cognitiva y los factores familiares se convierten en predictores significativos de los resultados en edad escolar. Éstos continúan predecir los resultados a largo plazo en niños en edad escolar, mientras que la comorbilidad emerge como otro predictor significativo de los resultados a largo plazo en esta etapa. Las prácticas clínicas para el TDAH necesitan estar informadas del desarrollo y pueden incluir: prácticas prenatales óptimas; Entrenamiento de padres para padres de niños preescolares y en edad escolar; Tratamiento farmacológico o multimodal durante los años escolares; Y una combinación de medicación y TCC en la edad adulta. Como condición para toda la vida, el TDAH puede requerir tratamiento continuo para promover un resultado óptimo a largo plazo.

ABSTRACT

Attention Deficit Disorder and Hiperactivity is often a lifelong condition, whose presentation evolves across development. Fortunately, about 1/3 of children no longer have disabling symptoms by adulthood and show relatively unimpaired functioning. Research has identified predictors of ADHD persistence and functional outcomes at different developmental stages. In addition to genetics, there are early developmental factors that increase risk for ADHD. In preschool years, symptom severity, cognitive function, and family factors become significant predictors of school age outcomes. These continue to predict long-term outcomes in school aged children, while comorbidity emerges as another significant predictor of long-term outcomes at this stage. Clinical practices for ADHD need to be developmentally informed and may include: optimal prenatal practices; parent training for parents of preschool and school aged children; pharmacological or multimodal treatment during school years; and a combination of medication and CBT in adulthood. As a lifelong condition, ADHD may require ongoing treatment to promote optimal long-term outcome.

Correspondencia:

mariairigoyen@gmail.com

ANAMNESIS

Antecedentes médico-quirúrgicos: Sin alergias medicamentosas conocidas. Apendicectomía en 2015. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos en noviembre de 2016 tras realizar intento de suicidio mediante sobreingesta con paracetamol. Permaneció hospitalizado 4 días sin presentar secuelas posteriores.

Tóxicos: Consumo de tabaco de 10 cigarros/día desde los 15 años. Consumo de 2-3 porros/día desde los 15 años habiéndose aumentado en los últimos meses el consumo a 20 porros/día. Ambos consumos sin periodos de abstinencia. Consumo esporádico de alcohol sin patrón de abuso ni de dependencia. Consumo de speed, anfetaminas y cocaína manteniendo abstinencia desde hace año y medio. Niega antecedentes familiares al respecto.

Antecedentes psiquiátricos: Visita puntual ambulatoria en la Unidad de Toxicomanías por problemática de consumo de cannabis en junio de 2016 sin vincularse. Tras el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos en noviembre de 2016 por intento de suicidio mediante sobreingesta con paracetamol, es vinculado a la consulta de prevención de riesgo suicida. Desde dicha consulta se envía también para valoración paralela a la consulta de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, confirmándose el diagnóstico pero sin iniciarse tratamiento específico. Salvo el intento de suicidio mencionado, no presentaba conducta suicida ni ingresos hospitalarios en unidades de Psiquiatría.

Psicobiografía compleja: Padres vivos pero separados. Historia de agresión y acontecimientos vitales estresantes de repetición desde la infancia. Al poco de nacer, pasó a estar al cuidado de su tía y su abuela siendo ellas quienes se ocuparon de su educación. Pertenece a una fratria de cuatro hermanos pero de distintos progenitores. Desarrollo psicomotor inicial correcto pero dificultades académicas de repetición logrando finalizar únicamente los estudios hasta 6º de Educación Primaria describiéndose esa etapa infantil por un comportamiento disruptivo, desafiante, con dificultades para la adquisición de conocimientos por falta de atención y comportamiento inquieto. Ha realizado trabajos puntuales en el sector de la carpintería pero sin ser capaz de mantener un empleo fijo por falta de continuidad, impulsividad y dificultad para ajustarse a las normas, está en desempleo desde 2009. En la actualidad vive con su tía. Reciente ruptura sentimental. Sin hijos. Pendiente de cumplir medidas alternativas por historial de violencia y conducta antinormativa contraria a la Legislación vigente.

Motivo de consulta: Se trata de un paciente de 26 años que durante la entrevista rutinaria de la

consulta de prevención de riesgo suicida, manifiesta abiertamente su voluntad de volverse a hacer daño a sí mismo e incluso a terceros. Reconoce aumento de consumo de cannabis reciente hasta casi los 25 porros/día, aumento de irritabilidad y heteroagresividad hacia terceros con episodios de violencia y explosividad. Ante tal situación de inestabilidad psicopatológica, se decidió ingreso urgente en la unidad de Agudos de Psiquiatría.

Exploración psicopatológica: Vigil y orientado en tiempo, espacio y persona. Poco colaborador con tendencia al oposicionismo y con dificultades para mantener la distancia social pero con contacto sintónico. Elevada tensión interna, irritabilidad, impulsividad con dificultades para el control de sus pulsiones. Comportamiento disruptivo, querulante, extrapunitivo, con necesidad de inmediatez con tendencia a la manipulación afectiva del ambiente en su favor y a la hostilidad hacia los profesionales. Inmovilista con baja capacidad de introspección y escasa crítica de su conducta. Discurso espontáneo, hostil, frialdad emocional, coherente con presión al habla y tono elevado. Dificultades para manejar el malestar emocional. Pensamientos de muerte e intención suicida reactivos al malestar psíquico con riesgo de paso al acto. Inestabilidad emocional. Ira contenida contra terceros con pensamientos homicidas. Aislamiento, apatía, abulia y e hipotimia. No clínica psicótica. Personalidad inmadura, escasa tolerancia a la frustración, falta de autocontrol y conductas de escape. Baja conciencia de trastorno.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica sanguínea sin alteraciones en bioquímica, hemograma, hemostasia ni serología. Sedimento sin alteraciones. Tóxicos en orina positivo para benzodiazepinas y cannabis.

DIAGNÓSTICO

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (314.01) (F90.2)

Trastorno por Consumo de Cannabis grave (304.30) (F12.20)

Trastorno de Personalidad Antisocial (301.7) (F60.2)

Problema relacionado con el entorno social no especificado (V62.9) (Z60.9)

TRATAMIENTO

Metilfenidato de liberación prolongada 18 mg 1-0-0

Lorazepam 5 mg 0-0-0-1

Nalmefeno 18 mg 1-0-0

Venlafaxina retard 75 mg 1-0-0

Olanzapina 10 mg 1-1-1

EVOLUCIÓN

Se orienta como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en paciente con problemática de consumo de cannabis y personalidad antisocial. Las primeras horas del ingreso voluntario, el paciente colabora de los procedimientos hospitalarios sin presentar episodios de heteroagresividad ni alteración conductual. Inicialmente, se mantiene en observación médica con tratamiento hipnótico únicamente pendiente de filiar diagnóstico. Al cabo de dos días, el paciente comienza a mostrar irritabilidad y hostilidad hacia el personal sanitario al no poderse satisfacer sus peticiones, todas ellas contrarias a la normativa vigente hospitalaria. Progresivamente, su irritabilidad y heteroagresividad se acentúa generando situaciones conflictivas y de amenazas graves que requieren la presencia de las fuerzas del orden para posibilitar una contención mecánica y farmacológica (una ampolla de Zuclopentixol acetato y una ampolla de Biperideno intramuscular) por el estado de agitación psicomotora y riesgo de heteroagresividad para terceros. A pesar de ello, es preciso administrar repetidas ampollas de haloperidol intramuscular para reconducir el estado agudo. Al cabo de varios días, en situación de menor inquietud psicomotora y mayor predisposición para el abordaje de tal incidente, el paciente realiza crítica parcial de su comportamiento y reconoce su personalidad fría, impulsiva, antinormativa y su necesidad de inmediatez.

Se recoge su relato y se acepta su voluntad de cambio y de abandono del consumo identificando el mismo como un intensificador de sus rasgos disruptivos. Se inicia tratamiento oral mediante neurolépticos y antidepresivo a dosis baja. Así, se instaura olanzapina 30 mg/día y venlafaxina retard 75 mg/día. Se objetiva una mejoría a nivel conductual a expensas de inicialmente una marcada somnolencia diurna, un comportamiento más adaptado a la normativa y una mejor aceptación de las indicaciones terapéuticas propiciándose la posibilidad de entrevistas más extensas.

Mediante el repaso biográfico y la situación actual del ingreso, se sospecha de sintomatología compatible con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Es por ello que se inicia tratamiento con Metilfenidato de liberación prolongada a dosis de 18 mg al día mejorando progresivamente la capacidad de concentrarse, el control conductual, la impulsividad, la capacidad de espera y la mejora de relación interpersonal disminuyendo la querulancia y la irritabilidad. Por el contrario, se evidencia dificultades para descansar por lo que se instaura Lorazepam 5 mg a la noche. Así se corrige el descanso nocturno. Durante su ingreso, los análisis de orina resultan negativos para tóxicos pero el paciente refiere craving por lo que se decide

instaurar Nalmefeno 18 mg/día con buen resultado de tal modo que hasta el paciente decidió abandonar el consumo de tabaco. Tras semanas de ingreso, con permisos en domicilio y entrevistas conjuntas con su tía, se constata la mejoría clínica y el compromiso por parte del paciente para continuar el tratamiento y el seguimiento ambulatorio. Realiza crítica completa de su comportamiento, abandona el consumo, cumple el tratamiento, realiza crítica de sus pensamientos suicidas y homicidas y acepta cumplir con las medidas penales alternativas que tenía pendiente fruto de su comportamiento antinormativo que había vulnerado la legislación.

Finalmente es dado de alta de la unidad de Agudos de Psiquiatría con la orientación diagnóstica de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (314.01) (F90.2), Trastorno por Consumo de Cannabis grave (304.30) (F12.20), Trastorno de Personalidad Antisocial (301.7) (F60.2) y Problema relacionado con el entorno social no especificado (V62.9) (Z60.9) según los criterios de DSM⁵.

A día de hoy, continúa el seguimiento ambulatorio con normalidad y conservando estabilidad psicopatológica.

DISCUSIÓN

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno psiquiátrico común con inicio en la infancia que se define fundamentalmente por síntomas caracterizados por la distraibilidad, dificultades para la atención, la hiperactividad y la impulsividad. Su presentación clínica evoluciona a lo largo de la biografía y la etapa en la que se desarrolla determina el impacto del trastorno en la funcionalidad en las distintas áreas del individuo. El metanálisis más reciente de los estudios prospectivos de seguimiento a largo plazo estimó que la tasa de persistencia de TDAH como entidad a los 25 años de edad es del 15% pero la tasa de persistencia de los síntomas residuales el del 65%². Los síntomas de falta de atención muestran mayor persistencia y disminución más lenta con la edad que los síntomas de hiperactividad e impulsividad³. En términos de comorbilidad psiquiátrica, los estudios prospectivos muestran uniformemente tasas elevadas de trastorno de personalidad antisocial (12-28% respecto al 2-8% de los controles) así como altas tasas de trastorno de conducta (22%)⁴. Esto demuestra la continuidad de tasas altas de comportamiento disruptivo ya iniciado en la infancia. Además, en relación a los pacientes que presentan comorbilidad con el trastorno de personalidad antisocial, tienen altas tasas de comportamiento criminal y violento. Sin embargo, los estudios no han demostrado tasas significativamente elevadas de trastornos del ánimo, ansiedad o abuso de sustancias lo que contradice

4

los datos transversales que muestran tasas altas de estos trastornos en adultos con TDAH⁵. Esto puede explicarse porque los participantes con TDAH de estudios prospectivos representan una proporción de muestras prospectivas teniendo mejores resultados de salud mental y porque la mayoría que examinan muestras clínicas que podrían ser más patológicas que las muestras en estudios prospectivos⁶. Los factores que predicen la persistencia de TDAH infantil en la adolescencia y en la edad adulta incluyen la gravedad del TDAH infantil, la comorbilidad con trastornos del ánimo y ansiedad, el consumo de sustancias, los problemas escolares y sociales de funcionamiento así como la psicopatología y la conflictiva con los padres⁷. Las personas con TDAH persistente en la edad adulta presentaban mayor disfuncionalidad en áreas de pareja, ocupación laboral y académica, responsabilidades cotidianas y mayor comorbilidad psiquiátrica⁴.

Es importante el conocimiento de todos los factores etiológicos y predictores de persistencia de TDAH en la edad adulta por la elevada comorbilidad psiquiátrica, disfuncionalidad en las distintas áreas de la vida y por elevada impulsividad/heteroagresividad que puede desembocar en conductas auto o heterolesivas como relata el caso clínico expuesto.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cherkasova M, Sulla E M, Dalena K, Pondé MP, Hechtman L. Development Course of Attention Deficit Hiperactivity Disorder and its Predictors. *J. Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22: 47-54.
2. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention déficit hiperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 2006; 36: 159-65.
3. Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, Houck PR. The MTA at 8 Years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 48: 484-500. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819c23d0.
4. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hiperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*. 2012: 1-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.271.
5. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the united states: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163: 716-23.
6. Barkley RA, Murphy KR, Firscher M. *ADHD in adults: What the Science Says*. New York, NY: Guilford Press; 2008.

7. Swanson JM, Hinshaw SP, Arnold LE, Gibbons RD, Marcus SUE, Hur K, Wigal T. Secondary evaluations of MTA 36-month outcomes: Propensity score and growth mixture model analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46: 1003-14.