

Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias.
Osteba Núm. 2007/09

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAIUA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias.
Osteba Núm. 2007/09

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2010

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Edición: 1.ª, mayo 2010

Tirada: 500 ejemplares

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Polígono Igeltzera, Pab. A1 bis - 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Polígono Igeltzera, Pab. A1 bis - 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-3054-6

NIPO: 477-10-008-1

Depósito legal: BI-1091-2010

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (OSTEBA).

Para citar este informe:

Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/09.

Autores

Alberto Lasa Zulueta. Psiquiatra. Jefe del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe. Osakidetza (Bizkaia).

Cristina Jorquera Cuevas. Psicóloga. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA). Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Colaboradores

Jose Antonio Fernández de Legaria Larrañaga. Psiquiatra responsable de la Unidad de Psiquiatría Infantil de Vitoria (Álava).

Begoña Garmendia Aldasoro. Psiquiatra responsable del Equipo de Psiquiatría Infantil de Donostia (Gipuzkoa).

Ana Berta Jara Segura. Psiquiatra responsable del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ercilla (Bizkaia).

Jose Manuel López Bragado. Psiquiatra responsable del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Barakaldo (Bizkaia).

Carmelo Malda Bicarregui. Psiquiatra responsable del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Galdakao (Bizkaia).

Revisores externos

Michel Botbol. Psiquiatra, asesor ministerial del Ministerio de Educación y Sanidad (París, Francia).

Francisco Palacio-Espasa. Psiquiatra, ex-jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil Instituciones Universitarias de Ginebra (Suiza).

Cordinación del proyecto en Osteba

M.^a Asun Gutiérrez. Técnico de OSTEBA. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Agradecimientos

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. Quienes figuran a continuación han participado especialmente, junto al equipo investigador, aportando documentos, datos y/o opiniones sobre el texto. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

Margarita Aizpuru, Amaia Ajona, Asun Alegría, Inmaculada Alonso, Idoia Álvarez, Cristina Azpilicueta, Miriam Aizpiri, Bittori Bravo, Carmen Cendoya, Salvador del Arco, Rosa Delgado, Jon Echeazarra, Inés González, Fernando González Serrano, Ana Gumucio, Jose Luis Gutiérrez, Manuel Hernanz, Carmen Manjón, Carmen Maté, Gorka Pérez, Merche Rodríguez, Paz San Miguel, Begoña Solana, Tina Sota, Txaro Treviño, Maite Urizar, Begoña Urresti, Elena Usobiaga, Mertxe Zamacola. Psiquiatras y psicólogos de los citados CSMIJ. de la red asistencial de Osakidetza.

M^a Dolores Goiriena Seijo, Lolo Aparicio y Koldo Basterra. Responsables del Registro de Bizkaia , Gipúzkoa y Álava respectivamente.

Ramón Ugarte Libano, Mikel Lizarraga Azparren y el resto de pediatras de la red asistencial de Osakidetza que proporcionaron sus respuestas a los cuestionarios.

Índice

Acrónimos	11
Resumen ejecutivo	13
Executive summary	17
Laburpen egituratua	21
I. Introducción	25
I.1. Estado actual de la cuestión	25
I.2. Justificación	26
II. Objetivos	31
III. Métodos	33
III.1. Revisión sistemática de la literatura	33
III.2. Descripción de la realidad asistencial en el País Vasco:	36
III.2.1. Información procedente de los Registros de Casos Psiquiátricos de los servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma Vasca en cuanto a incidencia y prevalencia del TDA/H	36
III.2.2. Estudio retrospectivo-descriptivo: información recogida en los servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la red de Osakidetza	36
III.2.3. Prescripciones de psicoestimulantes en los últimos años en la Comunidad Autónoma Vasca	37
III.3. Elaborar conclusiones y recomendaciones en base a la evidencia científica y la práctica asistencial	38
IV. Resultados	39
IV.1. Revisión bibliográfica:	39
IV.1.1. Guías de Práctica Clínica	39
IV.1.2. Manejo y demanda en Atención Primaria y Salud Mental en nuestro país	55

IV.2. Estudio retrospectivo-descriptivo:	63
IV.2.1. Incidencia y prevalencia en los RCP en la CAPV	63
IV.2.2. Recogida de datos en los CSM y cuestionarios	66
IV.2.3. Datos consumo metilfenidato en la CAPV	76
V. Discusión	83
VI. Conclusiones	95
VII. Referencias	99
VIII. Anexos	107
Anexo VIII.1. Cuestionario de opinión y práctica clínica administrado a los psicólogos y psiquiatras de Salud Mental	107
Anexo VIII.2. Cuestionario de opinión y práctica clínica administrado a pediatras de Atención Primaria	109
Anexo VIII.3. Fichas-resumen de las guías de práctica clínica evaluadas	111
Anexo VIII.4. Ficha-ítems del instrumento AGREE de evaluación crítica de guías de práctica clínica	120

Acrónimos

AAP:	American Academy of Pediatrics
AACAP:	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AEMPS:	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AGREE:	Appraisal of Guidelines Research & Evaluation
AP:	Atención Primaria
CADDRA:	Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance
CAPV:	Comunidad Autónoma del País Vasco
CCHMC:	Cincinnati Children's Hospital Medical Center
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CFTMEA:	Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente
CSM:	Centro de Salud Mental
CSMIJ:	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
DDD:	Dosis Diaria Definida
DHD:	Dosis por Habitante y Día
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
ECA:	Ensayo Clínico Aleatorizado
EMEA:	European Medicines Agency (Agencia Europea del Medicamento)
EPI-J:	Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil
FDA:	Food and Drug Administration
GPC:	Guía de Práctica Clínica
ICSI:	Institute for Clinical Systems Improvement
NICE:	National Institute for Clinical Excellence
NZ:	New Zealand
PAP:	Pediatría de Atención Primaria

RCP:	Registro de Casos Psiquiátricos
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SM:	Salud Mental
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SVS:	Sistema Vasco de Salud
TDA/H:	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
UDE:	Unidades de Dosificación Estandar
UMHS:	University of Michigan Health System
UPI:	Unidad de Psiquiatría Infantil

Resumen ejecutivo

Título: Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Autores: Lasa-Zulueta Alberto, Jorquera-Cuevas Cristina

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H), demanda, guías de práctica clínica (GPC), salud mental, atención primaria

Fecha: Septiembre 2009

Páginas: 122

Referencias: 94

Lenguaje: español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 947-84-457-3054-6

Introducción

El diagnóstico de TDA/H y la demanda de tratamiento por su cuadro sintomático han ido en aumento progresivo en los últimos años, motivado en parte por la gigantesca multiplicación de estudios y publicaciones que, desde distintos ámbitos, han potenciado que sea considerado como una enfermedad grave y crónica, con gran eco mediático. La generalización del empleo de los psicoestimulantes como forma de tratamiento, casi exclusivo en muchos casos, es otro de los elementos de controversia y reflexión. La abundancia de consultas por esta problemática se ha extendido hacia los diversos servicios asistenciales infanto-juveniles, desbordando su ámbito habitual, el de la salud mental, para poblar ahora, predominantemente, los servicios de pediatría. Habiéndose convertido por todo esto en un importante problema socio-sanitario a nivel internacional, se justifica conocer cuál es la situación asistencial en nuestro medio, la CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco).

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son: a) conocer la demanda de atención por esta problemática en los servicios de salud mental de la red pública de la CAPV; b) conocer la opinión y formas de proceder de los profesionales de la salud que atienden estos casos, tanto de Salud Mental como de Pediatría de Atención Primaria; c) conocer el consumo de metilfenidato en nuestra comunidad; d) valorar críticamente las guías de práctica clínica para el tratamiento del TDA/H existentes a nivel internacional; e) emitir una serie de recomendaciones para la práctica clínica, basadas en las conclusiones obtenidas.

Material y métodos

- Revisión sistemática en las fuentes de información y bases de datos disponibles sobre Guías de Práctica Clínica internacionales, para su valoración crítica mediante el instrumento AGREE, y revisión bibliográfica sobre el manejo del TDA/H desde Salud Mental y Atención Primaria en nuestro contexto asistencial.
- Estudio retrospectivo descriptivo: recogida de datos en servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la red de Osakidetza, mediante revisión de historias y cuestionario para los profesionales, y cuestionario complementario para pediatras de Atención Primaria.
- Consulta y análisis de los datos de los RCP (registro de casos psiquiátricos) de esos servicios en cuanto a incidencia y prevalencia del TDA/H.
- Consulta y análisis de los datos sobre las prescripciones de psicoestimulantes en los últimos años en la CAPV.

Análisis económico: SI **NO** **Opinión de Expertos:** **SI** **NO**

Resultados y discusión

- En SM se confirma el diagnóstico de TDA/H sólo en un 24% de los casos que consultan o son derivados por sospecha de este trastorno. Aún así, la incidencia del diagnóstico en sus consultas se triplicó de 2001 a 2007.
- Tanto en la literatura como en la práctica clínica se constata la diferencia de criterios asistenciales y terapéuticos entre los dos principales servicios de atención sanitaria infanto-juvenil (Salud Mental y Pediatría de Atención Primaria).
- La prescripción de metilfenidato ha aumentado enormemente en los últimos años en la CAPV, multiplicándose de 2001 a 2007 por dieciocho, y siendo mucho mayor en atención primaria que en salud mental.
- Tan sólo 3 de las 9 GPC respecto al TDA/H evaluadas resultan «muy recomendables» según la valoración mediante el instrumento AGREE.
- Tanto en la evidencia científica como en las GPC que en ella se basan, existen sesgos y conflictos de interés que empañan la credibilidad y objetividad de las afirmaciones y recomendaciones que emiten y disminuyen su calidad.

Conclusiones y recomendaciones

- La sospecha diagnóstica y preocupación por el TDA/H es mucho mayor que su incidencia real.
- Sigue sin existir consenso ni claridad en muchos de los aspectos que conforman este trastorno y su abordaje.
- Se precisa la determinación en nuestro sistema sanitario de quiénes son los profesionales más adecuados para la atención integral a esta problemática, y protocolizar la coordinación interprofesional para un mejor funcionamiento de nuestros servicios.
- Se hace necesaria una lectura crítica y cautelosa de la evidencia publicada en torno al TDA/H.
- Se preconiza la conveniencia de seguir recomendaciones prudentes respecto a la prescripción de metilfenidato, para evitar medicalización y riesgos innecesarios en edades infantiles.

Executive summary

Title: Assessment of healthcare status and therapeutic recommendations concerning attention deficit hyperactivity disorder

Authors: Lasa-Zulueta Alberto, Jorquera-Cuevas Cristina

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), demand, clinical practice guideline (CPG), mental health, primary care paediatrics

Date: september 2009

Pages: 122

References: 94

Language: Spanish, abstracts in English and Basque

ISBN: 947-84-457-3054-6

Introduction

The diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the demand for treatment because of the presence of its symptoms, has increased gradually over the last years. This is due, in part, to the huge increase in the number of studies and publications in very different fields, which have led to ADHD being considered a serious and chronic illness, with extensive coverage in the mass media. The generalised use of psychostimulants as the way of treatment, being almost exclusive in many cases, has also aroused a great deal of controversy and debate. The large number of consultations around this problem has extended towards the different healthcare services for children and adolescents, going beyond the customary bounds of mental health services to settle nowadays, predominantly, in pediatrics settings. Having become, for these reasons, a social-health problem at an international level, it is important to determine the current status of the healthcare for this disorder in our environment, the Autonomous Community of the Basque Country (ACBC).

Aims

The aims of this study are as follows: a) to determine the demand for care relating to this problem in the public mental health services of the ACBC; b) to determine the opinion of the health professionals who deal with these cases and procedures they follow both in Mental Health and in Primary Care Paediatrics; c) to determine the level of consumption of methylphenidate in our community; d) to make a critical assessment of current clinical practice guidelines for treating ADHD; e) to issue a number of recommendations for clinical practice based on the conclusions obtained.

Materials and methods

- Systematic review of information sources and databases available on international Clinical Practice Guidelines in order to make a critical assessment of these using the AGREE instrument, as well as a bibliographical review of the management of ADHD within the context of our own health care system.
- Descriptive retrospective study: gather of data in the Mental Health services for infants and young children in the Basque Health Service (Osakidetza), through a review of clinical records and a questionnaire for professionals, as well as an additional questionnaire for Primary Care paediatricians.
- Consultation and analysis of the PCR data (psychiatric cases registry) obtained from these services with regard to the incidence and prevalence of ADHD.
- Consultation and analysis of data on the prescription of psychostimulants over the last years in the ACBC.

Economic analysis: YES **NO** **Experts Opinion:** **YES** **NO**

Results and discussion

- In Mental Health services the diagnosis of ADHD is confirmed only in 24% of direct consultations or referrals in those cases when this disorder is suspected. Even so, the incidence of the diagnosis in those services tripled from 2001 to 2007.
- Both in the literature and in clinical practice, the differences in care and therapeutic criteria between the two main healthcare services for children (Mental Health and Primary Care Paediatrics) is confirmed.
- The prescription of methylphenidate has increased enormously over recent years in the ACBC, increasing 18-fold from 2001 to 2007. The increase was much greater in primary care than in mental health.
- Only 3 of the 9 CPGs on ADHD evaluated were «very recommendable» according to the assessment made with the AGREE instrument.
- Both in the scientific evidence and in the CPGs based on it, there is a certain amount of bias and a number of conflicts of interest that blemish the credibility and objectivity of the declarations and recommendations they make, thus reducing their quality.

Conclusions and recommendations

- The diagnostic suspicion and concern surrounding ADHD is much greater than its real incidence.
- There is still no consensus or clarity concerning many of the aspects of this disorder and the way in which this is treated.
- It is necessary to determine who are the right professionals in our health system to take overall responsibility for the care and management of this problem and to establish inter-professional protocols and coordination in order to ensure that our services operate more efficiently.
- A critical and cautious reading must be made of the evidence published on ADHD.
- It is advisable to follow cautious recommendations regarding the prescription of methylphenidate in order to avoid unnecessary medicalisation and risks in the case of infants.

Laburpen egituratua

Izenburua: Arreta falta eta hiperaktibitateko nahastearen asistentzia egoeraren ebaluazioa eta gomendio terapeutikoak

Egileak: Lasa-Zulueta Alberto, Jorquera-Cuevas Cristina

Hitz klabeak: Arreta falta - hiperaktibitateko nahastea (AFN-H), eskaria, Praktika Klinikoko Gida (PKG), osasun mentala, lehen mailako atentzioko pediatria

Data: Iraila 2009

Orrialde kop.: 122

Erreferentziak: 94

Hizkuntza: gaztelera, laburpenak ingelesez eta euskaraz

ISBN: 947-84-457-3054-6

Sarrera

AFN-H-aren diagnostikoa eta tratamendu eskaria, aurkezten duen koadro sintomatikoagatik, etengabeki areagotzen joan da azken urte hauetan, hein batean, azterketak eta argitalpenak izugarri ugartu izanaren ondorioz, izan ere, ikuspegi desberdinetatik bultzatu baitute oihartzun mediatiko handiaz patologia hau gaixotasun larri eta kronikotzat hartua izan dadin. Tratamendu gisa, psikoestimulatzailen erabilpena orokortu izana da, ia era eskusiboan kasu askotan, eztabaida eta gogoetako beste elementuetako bat. Arazo hau dela eta egiten diren kontsulten ugartasuna haur-gazteen asistentzia zerbitzuetarantz hedatu da eta gainez eragin dio bere ohiko eremuari, osasun mentalekoari eta orain, batez ere, pediatria zerbitzuetan finkatu da. Honegatik guztiagatik nazioarte mailako arazo sozio-sanitario garrantzitsu bihurtu denez, bidezko da jakinaraztea zertan den asistentzia egoera gure ingurunean, EAEan (Euskal Autonomia Erkidegoan).

Helburuak

Ikerketa honen helburuak hauek dira: a) problematika honen ondorioz EAEko sare publikoko osasun mentaleko zerbitzuetan zenbateko atentzio eskaria dagoen ezagutzea; b) kasu hauetaz arduratzen diren osasuneko profesionalen jokaera eta irizpideak ezagutzea, bai Osasun Mentalekoena eta bai Lehen Mailako Atentzioko Pediatrena; c) gure Erkidegoan egiten den metilfenidatoaren kontsumoa ezagutzea; d) AFN-H-aren tratamendurako nazioarte mailan dauden praktika klinikoko giden balorazio kritikoa egitea; e) praktika klinikorako gomendio batzuk ematea, lorturiko konklusioak oinarri hartuta.

Materiala eta metodoak

- Nazioarte mailako Praktika Klinikoko Gidei buruz erabilgarri dauden informazio iturri eta datu baseen azterketa sistematikoa, beraien balorazio kritikoa egiteko, AGREE tresnaren bitartez, eta gure asistentzia ingurunean Osasun Mentaletik eta Lehen Mailako Arentziotik egiten den AFN-H-aren maneiari buruzko azterketa bibliografikoa.
- Atzera begirako azterketa deskriptiboa: Osakidetza sareko haur-gazteen Osasun Mentaleko zerbitzuetako datuak jasotzea, historien azterketaren, profesionalentzako itaunketaren eta Lehen Mailako Atentzioko pediarentzako itaunketa osagarriaren bitartez.
- KPE-ko (Kasu Psikiatrikoen Erregistro) datuen kontsulta eta analisia, zerbitzu horietan AFN-H-ak daukan intzidentziari eta prebalentziari dagokionez.
- Azken urte hauetan EAEan egin diren psikoestimulatzailerik preskripzioei buruzko datuen kontsulta eta analisia.

Analisi ekonomikoa: BAI (EZ) **Adituen iritzia:** (BAI) NO

Emaitzak eta eztabaida

- OMean AFN-H-aren diagnostikoa, kontsultara jotzen duten edo asaldu honen susmoagatik zerbitzu horretara bideratzen diren kasuen %24a bakarrik berresten da. Hala eta guztiz ere, kontsultetako diagnostikoaren intzidentzia hirukoiztu egin zen 2001etik 2007ra bitartean.
- Bai literaturan eta bai praktika klinikoan desberdintasuna sumatzen irizpide asistentzial eta terapeutikoetan haur-gazteen atentzio sanitarioko bi zerbitzu nagusien artean (Osasun Mentala eta Lehen Mailako Atentzioko Pediatria).
- Metilfenidatoaren preskripzioa izugarri gehitu da EAEan azken urte hauetan, hemezortiz biderkatu delarik 2001etik 2007ra bitartean, lehen mailako atentziorik askoz gehiago osasun mentalean baino.
- AFN-H-ari dagokionez, ebaluatu diren 9 PKG-etatik 3 bakarrik dira «oso gomendagarri» AGREE tresnaren bidezko balioespenaren arabera.
- Bai ebidentzia zientifikoa eta bai berorretan oinarrituriko PKGetan badira zenbait desadostasun eta interes gatazka, baieztapenen eta ematen dituzten gomendioen sinesgarritasuna eta objektibotasuna lausotzen dutenak, beraien kalitatea murriztuz.

Konklusioak eta gomendioak

- AFN-H-aren susmo diagnostikoa eta kezka askoz handiagoak dira beronen benetako intzidentzia baino.
- Oraindik ere ez dago adostasunik asaldu honi eta aurre egiteko erari dagozkion hainbat alderditan.
- Zehaztu beharra dago gure osasun sisteman ea zein diren problematika honi atentzio integrala eskaintzeko profesional egokienak, eta profesionalen arteko koordinazio bat protokolizatu, gure zerbitzuek hobeto funtziona dezaten.
- Beharrezko da AFN-H-ari buruz argitaratu den ebidentziaren irakurketa kritiko eta zuhurra egitea.
- Halaber, beharrezkotzat ematen da metilfenidatoaren preskripzioaren aurrean ematen diren gomendio zuhurrak aintzat edukitzea, adin txikikoen baitan alferreko medikalizazioak eta arriskuak saihesteko.

I. Introducción

La existencia de niños con problemas que se manifiestan en forma de inquietud motora, dificultad para mantener la atención y tendencia a la impulsividad es sobradamente conocida por la psiquiatría infantil que, con diferentes denominaciones, («inestabilidad motriz», «lesión o disfunción cerebral mínima», entre otras) viene describiendo este trastorno desde principios del siglo pasado. Desde que se impusiera en la clasificación americana de trastornos mentales, DSM-III y su última revisión, DSM-IV-TR (1), el diagnóstico denominado «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», este término y sus correspondientes siglas (ADHD, ADD, TDAH, etc.) se han extendido universalmente, apoyado por una multiplicación exponencial de publicaciones, estudios y documentos que, aunque sostienen su denominación como trastorno, han favorecido que sea considerado como enfermedad y, aún más recientemente, como una enfermedad crónica.

Pese a la divulgación de múltiples trabajos y guías de consenso, fundamentalmente anglosajonas, que se autodefinen como basadas en la evidencia, y que postulan criterios de homogeneización del diagnóstico y de su tratamiento, las controversias en torno a la cuestión persisten. Además de que se está proponiendo la necesidad de introducir cambios en los criterios diagnósticos actuales, e incluso la conveniencia de modificar la denominación actual del trastorno en próximas ediciones del DSM (2;3), se debate, entre otras cosas: si es un trastorno sobrediagnosticado o infradiagnosticado; si se está medicalizando excesivamente o si altos porcentajes de casos quedan sin tratar; si están justificadas las advertencias sobre la gravedad del trastorno y las consecuencias de no tratarlo o si hay en ello un alarmismo exagerado e injustificado; se discute a qué especialidad médica corresponde la responsabilidad profesional del diagnóstico y tratamiento de los afectados. Y, simultáneamente, los servicios tanto de atención primaria como de atención especializada se saturan con demandas crecientes de consultas e intervenciones por este trastorno.

I.1. Estado actual de la cuestión

En la práctica asistencial actual conviven diferentes modelos de conceptualización en cuanto a la naturaleza y etiopatogenia del trastorno que reflejan criterios y hábitos diagnósticos y terapéuticos con diferentes puntos de convergencia y de divergencia.

Las diversas prácticas pueden agruparse en dos estilos de comprensión y de intervención:

- El «**modelo fisiológico**» entiende que el TDA/H es un síndrome unitario caracterizado por una tríada sintomática (hiperactividad, déficit de atención, impulsividad), no siempre presentada completa, afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno y busca, hasta ahora sin éxito, marcadores biológicos que confirmen esta hipótesis etiológica. En consecuencia postula, aunque no descarta otras intervenciones, un tratamiento necesariamente farmacológico (exclusiva o muy mayoritariamente psicoestimulantes y, sobre todo en nuestro país, el metilfenidato) dirigido a disminuir los síntomas y a facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas. La coexistencia muy frecuente de otros problemas de índole psicológica es considerada como una comorbilidad de carácter psicopatológico, añadida o asociada pero no causal, que justificaría secundariamente otras intervenciones de tipo psicológico o psiquiátrico.
- El «**modelo psicopatológico**» entiende el TDA/H como la manifestación de un conjunto de síntomas vinculados a diferentes componentes etiopatogénicos y a diferentes organizaciones de la personalidad con diversos tipos de funcionamiento mental. Entiende que los factores psicológicos y psicopatológicos, además de implicar un gran sufrimiento y malestar, tienen un papel determinante en las manifestaciones del TDA/H, y no son sólo comorbilidades sobreañadidas a un trastorno neurológico puro. Postula que esta variedad y complejidad clínica necesita abordajes terapéuticos múltiples que no pueden limitarse exclusiva y principalmente a la administración de fármacos y que deben incluir ayudas especializadas e individualizadas de tipo psicológico, familiar y escolar, en todos los casos.

Aunque ambos modelos no se corresponden sistemáticamente con especialidades concretas, se puede intuir que se están configurando, correlativamente a estos dos modelos de comprensión, dos estilos de intervención: uno más común en el entorno «neuro-pediátrico» y otro más común en el entorno «psicológico-psiquiátrico».

I.2. Justificación

La complejidad de los hechos descritos contrasta con la extraordinaria extensión y la desproporcionada acogida mediática que ha tenido la descripción del TDA/H, como «una nueva enfermedad» con el «descubrimiento de

un nuevo tratamiento específico» (en realidad los fármacos psicoestimulantes, metilfenidato y otros, que se vienen utilizando desde hace sesenta años). El llamativo impacto social y la rápida extensión de este fenómeno «epidémico» no han tardado en afectar al mundo sanitario acarreando importantes problemas y divergencias en la práctica clínica y la investigación, recogidos en una gigantesca multiplicación de publicaciones. Resaltando sólo las más señaladas: exageradas variaciones en la incidencia y prevalencia del trastorno; variabilidad de criterios diagnósticos; tendencia al abusivo empleo de fármacos psicoestimulantes con espectaculares incrementos del gasto sanitario; diversidad e insuficiencia de los seguimientos terapéuticos con escasez o inexistencia de estudios controlados a largo plazo; acusaciones de medicalización y patologización excesiva de conductas infantiles normales en contraposición a quienes sostienen su infradiagnóstico.

La inquietud generada por estos hechos y su carácter de problema socio-sanitario de primer orden ya impulsó a las autoridades sanitarias estadounidenses a realizar un informe de consenso entre expertos (NIH, ADHD Consensus, 1998) para exponer tales controversias y perfilar unas recomendaciones básicas ante la envergadura del problema (4). Todo parece indicar que lo allí ocurrido se ha ido extendiendo a otros países, que también han prestado gran atención al tema y desarrollado guías y recomendaciones. Sin embargo, a pesar de todo ello y de los años transcurridos, continúa siendo una cuestión problemática.

En nuestro país las autoridades sanitarias no han llegado a emitir ningún documento específico al respecto, a excepción de los concernientes a información sobre los principios activos autorizados para su indicación en el TDA/H, siendo de especial relevancia el reciente comunicado de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios respecto al empleo de metilfenidato (5) a raíz del informe de evaluación de la seguridad de este medicamento encargado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), cuyas conclusiones se comentan más adelante. Aunque sí se ha dado impulso desde el Ministerio de Sanidad y Consumo a iniciativas y estudios en diferentes comunidades autónomas, además de estar en curso la elaboración de una GPC por parte de la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica catalana (AATRM), y ha merecido atención, e incluso ocupado un espacio propio, en algunos de los documentos estratégicos de política sanitaria. Por ejemplo, se ha incluido recientemente de manera específica el TDA/H en la cartera de servicios de atención primaria como problema de salud susceptible de beneficiarse de una detección temprana en atención primaria en coordinación con atención especializada, bajo el mismo epígrafe que la hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad y autismo.

Por otro lado, en un documento de 2007 sobre políticas y práctica en la salud mental en Europa, elaborado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (6), sí se aborda el problema del aumento del consumo de psicoestimulantes como fármacos indicados para el TDA/H, tras exponer una amplia explicación de los cambios en la concepción y utilización de los psicofármacos. Este texto resalta la «proliferación a partir de la década de los '80 de las teorías sobre la especificidad de los neurotransmisores y receptores cerebrales como relacionables con síntomas psiquiátricos concretos y que estos síntomas podían ser eliminados mediante fármacos diseñados específicamente para actuar sobre ellos,[...] teorías íntimamente implicadas en la proliferación de las categorías de enfermedad recogidas en cada edición sucesiva del DSM, [...] que abrió una oportunidad de mercado extraordinaria para las compañías farmacéuticas. Así, éstas se convirtieron en actores clave en el conocimiento y tratamiento de los problemas de la salud mental, que a partir de los '90 se contemplan de manera que, al menos en principio, muestran una vinculación de los síntomas con alteraciones en las neuronas, las sinapsis, las membranas, los receptores, los canales iónicos, los neurotransmisores, los mecanismos de unión, las enzimas y los genes que las codifican. La biografía, el ambiente y las experiencias pasaban a considerarse influyentes sólo en términos del impacto que causan sobre los parámetros neuroquímicos cerebrales»(6).

Estas concepciones han inducido importantes variaciones en la prescripción de psicofármacos, y en el caso que nos ocupa, de los psicoestimulantes. Este documento subraya que, mientras que Estados Unidos es la única región en que los psicoestimulantes constituyen una proporción significativa del mercado de los psicofármacos, pues representaban casi el 10% ya en el año 2000, en Europa representaban alrededor del 0'5%; en 2001 la prescripción de psicoestimulantes en EE.UU. estaba en 6.488 UDE (unidades de dosificación estándar) por cada mil habitantes mientras que en Europa era de 364 UDE por cada mil habitantes. Sin embargo, partiendo de una cifra basal baja, a lo largo de la década de los '90 los psicoestimulantes presentaron un aumento de casi un 90% en Europa. Las cifras no son homogéneas entre los países europeos y, por ejemplo, los datos de 2002 reflejados en este documento muestran cómo el número de UDE por 1000 habitantes en España era de 262, en el Reino Unido y Alemania rondaban las 700, mientras que en Luxemburgo y Holanda eran de 1.191 y 1.423 respectivamente, siendo Irlanda y Francia los menores consumidores, con cifras entre 23 y 77 UDE por 1000 habitantes (6). Cifras más recientes corroboran esta tendencia dispar, con el ejemplo de los países nórdicos, donde a pesar de cifras semejantes de prevalencia del TDAH con EE.UU., el empleo de psicoestimulantes en Finlandia es mínimo en comparación con EE.UU. y mucho menor que en sus países vecinos (22

veces menor que en Islandia, 8 veces menor que en Noruega); la razón de esa disparidad se atribuye a que muchos psiquiatras islandeses recibieron su educación en EE.UU., mientras que en Finlandia permanece la influencia del psicoanálisis, o en el caso de Francia o Italia, al sentir general en cuanto a «drogar» a los niños, estando en Italia restringida la prescripción de psicoestimulantes a cuatro centros (7).

Estos datos muestran indudablemente que, como apuntábamos, el problema estaría más en la variabilidad de modelos teóricos y prácticas diagnósticas y terapéuticas que en la variabilidad de la epidemiología del trastorno. Por todo ello, se justifica la necesidad de revisar las publicaciones y recomendaciones existentes y de realizar estudios sobre la incidencia y prevalencia del trastorno en nuestro medio, los posibles factores que están influyendo en su aumento, y su repercusión en las prácticas asistenciales.

II. Objetivos

Los objetivos de este estudio han sido los siguientes:

1. Conocer la literatura existente sobre el abordaje asistencial y terapéutico del TDA/H, a nivel internacional y en nuestro país.
2. Conocer la realidad asistencial en Salud Mental y Pediatría de Atención Primaria respecto a esta problemática.
3. Realizar recomendaciones de práctica clínica en base a las conclusiones del estudio y de la revisión bibliográfica.

III. Métodos

III.1. Revisión sistemática de la literatura

La revisión bibliográfica se ha focalizado, dada la inabarcable extensión de las publicaciones referentes al TDA/H que se multiplican desde diversos ámbitos cada día, y que ya existen innumerables revisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, en dos vertientes:

- revisión sistemática y evaluación crítica de las Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas a nivel internacional en cuanto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H), empleando para su evaluación crítica el instrumento AGREE (8).
- revisión bibliográfica de artículos y documentos que aborden el manejo de la demanda por TDA/H, su abordaje terapéutico y su incidencia, tanto desde Salud Mental (SM) como desde Pediatría de Atención Primaria (PAP) en el ámbito nacional, para la contextualización de nuestro estudio con otros similares o complementarios en nuestro país.

Para la revisión de GPC, se hizo una búsqueda en los principales organismos compiladores de guías:

- CMA Infobase
- E-guidelines
- Fistera
- Guía Salud
- Health Services Technology Assessment Text
- National Guideline Clearinghouse
- National Library of Guidelines (del NHS)

y también en los principales organismos elaboradores de GPC:

- AATRM
- AHRQ
- Alberta Medical Association Guidelines
- American College of Physicians
- ANAES
- ASCOFAME
- Bibliothèque Médicale A.F.Lemanissier
- Canadian Task Force on Preventive Health Care
- Center for Disease Control
- ETESA

- GIN
- Guidelines Advisory Committee Ontario
- ICSI
- Medical Journal of Australia
- NHMRC
- NICE
- NZGG
- Royal College of Physicians Guidelines
- SIGN
- Singapore MoH Guidelines
- Osatzen

Por último, se consultaron los siguientes gestores de bases de datos:

- InfoDoctor Rafa Bravo
- TRIP Database
- Pubmed.

Se emplearon términos del lenguaje libre como «trastorno por déficit de atención/hiperactividad», «hiperactividad», o «tdah», y sus correspondientes en inglés, «attention deficit hyperactivity disorder», «hyperactivity» o «adhd».

En el caso de Pubmed, se empleó la siguiente estrategia de búsqueda, con los términos Mesh correspondientes al trastorno por déficit de atención/hiperactividad y las guías de práctica clínica (también como tipo de publicación), y limitando la búsqueda por fecha de publicación (de enero de 2000 a diciembre de 2008), por idioma (inglés, español o francés) y por edad (infancia y adolescencia), para recuperar posibles guías que no aparecieran en las anteriores búsquedas.

#13	Search (#11) OR (#12) Limits: All Infant: birth-23 months, All Child: 0-18 years, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years Sort by: PublicationDate	05:47:32	284
#12	Search «Attention Deficit Disorder with Hyperactivity»[Mesh] AND («Guideline «[Publication Type] OR «Guidelines as Topic»[Mesh] OR «Guideline Adherence»[Mesh] OR «Practice Guideline «[Publication Type] OR «Health Planning Guidelines»[Mesh]) AND ((«2000/01/01»[PDAT] : «2008/12/31»[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang])) Limits: All Infant: birth-23 months, All Child: 0-18 years, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	05:44:12	102
#11	Search (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity[Mesh]) AND systematic[sb] Limits: Entrez Date from 2000/01/01 to 2008/12/31, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months, All Child: 0-18 years, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	05:43:00	208

Los artículos referentes a la práctica clínica en atención primaria y salud mental en nuestro contexto se han buscado tanto en Pubmed como en bases de datos de publicaciones biomédicas editadas en España como el Índice Médico Español (IME) o el Índice Bibliográfico Español (IBECs) y en portales y revistas electrónicas del ámbito de la psiquiatría, psicología o neurología, como psiquiatría.com, y otras específicas publicadas desde salud mental o pediatría de atención primaria, empleando términos del lenguaje libre como «trastorno por déficit de atención/hiperactividad», «hiperactividad», o «tdah».

La estrategia de búsqueda en Pubmed fue la siguiente:

[#5](#) Search «**Attention Deficit Disorder with Hyperactivity**»[Mesh] 03:55:11 [136](#)
Limits: **Entrez Date from 2000/01/01 to 2008/12/31, Spanish, All Infant: birth-23 months, All Child: 0-18 years, Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years**

La búsqueda finalizó en enero de 2009.

Para seleccionar los artículos y documentos para el proyecto, se revisaron los títulos y los resúmenes de las referencias encontradas, y en caso de pertinencia se consultó el propio artículo, excepto en los casos en que no se pudo obtener acceso al texto completo.

Como criterios de inclusión, se consideraron, en cuanto a la revisión de GPC, los documentos considerados conceptualmente como guías de práctica clínica por su metodología de elaboración y aplicación y por tanto susceptibles de ser evaluadas mediante el instrumento AGREE, que abordaran el TDA/H en la población infantil y su manejo terapéutico completo, y hubieran sido publicados dentro de los límites temporales de la búsqueda. En cuanto a la búsqueda de artículos en los ámbitos de SM y AP en nuestro país, incluimos trabajos publicados dentro de las fechas del límite temporal indicado anteriormente que analizaran la incidencia y prevalencia del trastorno y de su demanda en las consultas de estos servicios, criterios de manejo y derivación propuestos o implementados por sus profesionales, aunque ello supusiera la inclusión de artículos de menor calidad metodológica (como comunicaciones a congresos, etc.), pero que aportan una enorme riqueza para el objetivo de este proyecto en lo referente a las realidades asistenciales.

III.2. Descripción de la realidad asistencial en el País Vasco

III.2.1. Información procedente de los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP) de los servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la CAPV en cuanto a incidencia y prevalencia del TDA/H

Se solicitaron los registros de consultas psiquiátricas (RCP) disponibles a los responsables de dichos datos en Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, relativos a la incidencia y prevalencia del diagnóstico de TDA/H en función de los códigos F90-F90.8 de la CIE-10, 314. de la CIE-9 y 6.08 de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente, en las diferentes unidades hospitalarias y extrahospitalarias de la red correspondientes a los años 2001-2007.

III.2.2. Estudio retrospectivo-descriptivo: información recogida en una muestra de servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la red de Osakidetza

Para disponer de datos que nos aportasen una visión más detallada y cercana que los puramente estadísticos recogidos en los registros sanitarios, se realizó una revisión de una muestra de historias de pacientes de seis de los CSMIJ (Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil) de la red, las abiertas durante 2007, seleccionando aquellas que trajeran como motivo de consulta sintomatología relativa al TDA/H, petición de valoración especializada o 2.^a opinión tras la indicación de este diagnóstico por otro profesional, o que, aun no siendo ésta la demanda, fueran diagnosticados de TDA/H. De estas historias se recogerían datos biográficos, vía de entrada al servicio y de quién provenía la demanda, diagnósticos o tratamientos previos recibidos en relación al TDA/H, diagnóstico asignado en el centro, respuesta terapéutica y seguimiento en los casos diagnosticados de TDA/H en los centros, y resultados de estos últimos.

Para ello contamos con la colaboración de los siguientes centros, que, con los debidos permisos, nos facilitaron el acceso a la información solicitada:

- UPI (Unidad de Psiquiatría Infantil) de Vitoria-Gasteiz
- EPI-J (Equipo de Psiquiatría Infanto - Juvenil) de San Sebastián
- CSMIJ Uribe-Costa (Algorta - Bizkaia)
- CSMIJ de Galdakao (Bizkaia)
- CSMIJ Ercilla (Bilbao)
- CSMIJ de Barakaldo (Bizkaia)

De forma complementaria, elaboramos un cuestionario de opinión y práctica clínica (Anexo I) que administramos a los psiquiatras y psicólogos de dichos centros. Posteriormente, y en el marco de una serie de encuentros entre salud mental y pediatría de atención primaria programados en una de las comarcas de Bizkaia (Comarca Uribe), surgió la oportunidad de elaborar un cuestionario equivalente al administrado en Salud Mental (Anexo II) para que pudiera ser contestado por los pediatras de atención primaria que acudieran al encuentro programado sobre precisamente el TDA/H, y a su vez se colgó en la página web de la AVPAP (Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria) para recoger más respuestas, y contrastar así la opinión de unos y otros sobre esta problemática.

Los resultados fueron procesados mediante Excel, utilizando como medida resumen el porcentaje, teniendo como objetivo una aproximación descriptiva a datos que reflejan realidades asistenciales.

III.2.3. Prescripciones de metilfenidato en los últimos años en la CAPV

Se solicitaron a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco, los datos correspondientes al periodo 2001-2007 en cuanto al registro de consumo de metilfenidato (Rubifén® y Concerta®) mediante receta del SNS y desglosado por CCAA o provincias, año, y prescripciones desde pediatría de Atención Primaria y Salud Mental. Al no obtener respuesta en los plazos requeridos, se optó por contactar de nuevo con la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco que nos pudo proporcionar finalmente los datos relativos a la Comunidad Autónoma Vasca.

III.3. Elaborar conclusiones y recomendaciones en base a la evidencia científica y la práctica asistencial

Estudiamos y sintetizamos los aspectos más relevantes obtenidos de lo hasta ahora publicado, recopilado en la revisión bibliográfica, comparándolo y complementándolo con las conclusiones que obtenemos del estudio de la práctica asistencial en la CAPV.

IV. Resultados

IV.1. Revisión bibliográfica

IV.1.1. Guías de Práctica Clínica

De la búsqueda en los organismos compiladores y elaboradores de GPC, obtuvimos nueve guías de práctica clínica (9;10;11;12;13;14;15;16;17), cinco de ellas americanas, una canadiense, una inglesa, una escocesa y una neozelandesa, que cumplieran los criterios de inclusión.

De la búsqueda en Pubmed obtuvimos 284 resultados, de los cuales y tras revisar sus títulos y/o abstracts, nos quedamos con 37 documentos. No obtuvimos ninguna guía de práctica clínica adicional a las encontradas en los compiladores y elaboradores de GPC, al menos ninguna que pudiera ser considerada como tal. Algunas de las entradas recuperadas eran documentos de consenso o algoritmos de práctica clínica elaborados por distintos profesionales pero que no pueden ser considerados guías de práctica clínica por su metodología de elaboración y, por tanto, no han sido incluidos en la revisión. Otros eran artículos relativos a la implementación de algunas de estas guías o consideraciones respecto a las mismas, sobre todo respecto a las elaboradas por NICE y AAP, documentos que se alejaban del alcance de nuestra revisión.

A continuación, describiremos las guías evaluadas mediante el instrumento AGREE. Las nueve GPC seleccionadas se recogen en la tabla 4.1. (fichas-resumen en Anexo III).

Tabla 4.1. GPC evaluadas críticamente mediante el AGREE

Organismo elaborador de la GPC	Título	Año publicación
AAP - American Academy of Pediatrics (EE.UU.)	Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	2001
SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Escocia)	Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline	2001
NEW ZEALAND's Ministry of Health	New Zealand Guidelines for the Assessment and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	2001
CCHMC - Cincinnati Children's Hospital Medical Center (EE.UU.)	Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	2004
UMHS - University of Michigan Health System (EE.UU.)	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - Guidelines for clinical care	2005
ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement (EE.UU.)	Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents	1997 (rev. 2007)
AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (EE.UU.)	Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	1997 (rev. 2007)
CADDRA - Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (Canadá)	Canadian ADHD Practice Guidelines	2006 (rev. 2007)
NICE - National Institute for Clinical Excellence (Reino Unido)	Attention deficit hyperactivity disorder - Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults	2008

Las GPC se definen como documentos que recogen las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y proporcionar a estos y a los pacientes la mejor información posible. Intentan dar respuesta a una serie de problemas concretos de la asistencia sanitaria actual, derivados entre otros de: la llamada «paradoja de la información» donde, a pesar de la abundante literatura médica disponible, la incertidumbre en la toma de decisiones no disminuye, fruto de la imposibilidad por parte del clínico de controlar la avalancha de información existente, a veces contradictoria; la existencia de variabilidad en la práctica clínica no explicable por las preferencias de los pacientes o sus circunstancias clínicas concretas; el rápido desarrollo tecnológico, junto con

las presiones de la industria farmacéutica; la demanda creciente por parte de la población, tanto en la utilización de los servicios sanitarios como en sus necesidades de información y participación en la decisión sobre las posibles opciones de tratamiento (18). Sin embargo, algunas carecen de los atributos que las definen, tales como validez, fiabilidad, claridad, reproducibilidad, aplicabilidad, metodología sistemática en su elaboración o actualizaciones periódicas y, por lo tanto, de la calidad que se les supone (19). La literatura al respecto es abundante, y se va multiplicando la aparición de trabajos críticos sobre todo en cuanto al aspecto de los conflictos de intereses que invaden también la elaboración de estas guías (20).

Por todo ello, un grupo internacional de expertos en evaluación sanitaria, vio la necesidad de desarrollar una metodología para la evaluación de la calidad de las GPC, creando el instrumento AGREE (8), que valora seis áreas:

1. Alcance y objetivo
2. Participación de los implicados
3. Rigor en la elaboración
4. Claridad y presentación
5. Aplicabilidad
6. Independencia editorial

Dos evaluadores de manera independiente han valorado las nueve guías de práctica clínica seleccionadas respecto al TDA/H, utilizando dicho instrumento. Las puntuaciones globales obtenidas por cada guía se ven en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2. Resultados de la evaluación de las guías con el instrumento AGREE

Áreas	1	2	3	4	5	6
Guía	Alcance y objetivo	Participación implicados	Rigor en elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
AAP 2001	61,11	33,33	52,38	70,83	27,78	0
SIGN 2001	72,22	45,83	78,57	87,5	66,67	100
New Zealand 2001	72,22	62,5	47,62	33,33	38,89	0
CCHMC 2004	61,11	75	59,52	62,5	33,33	100
UMHS 2005	66,67	16,67	19,05	33,33	33,33	50
ICSI 2007	55,56	41,67	35,71	87,5	61,11	50
AACAP 2007	38,89	8,33	42,86	45,83	0	50
CADDRA 2007	50	33,33	33,33	45,83	50	50
NICE 2008	100	83,33	95,24	87,50	100	100

El manual del AGREE indica que para considerar una guía como «muy recomendada» debe tener una puntuación por encima del 60% en la mayor parte de los criterios; para considerarla «recomendada, con modificaciones» la puntuación de la mayor parte de las áreas debe estar entre el 30 y 60%; las guías que tengan la puntuación de gran parte de las áreas por debajo del 30% no serían recomendadas para la práctica clínica. De acuerdo a estos criterios, solamente podríamos considerar como muy recomendadas las GPC de SIGN, CCHMC y NICE, puesto que son las únicas que puntúan por encima de 60% en al menos cuatro de las seis áreas, siendo la elaborada por NICE la única que obtiene puntuaciones máximas o muy elevadas en todas ellas. Por ello, y por ser la más actual (es la más recientemente publicada, en septiembre de 2008), además de por su total transparencia en el proceso de elaboración y por su contenido clínico y recomendaciones que consideramos muy adecuado y prudente, es la guía que hemos escogido como referente y que describiremos con más detalle.

- *Alcance y objetivo.* Es el área en la que gran parte de las guías han obtenido puntuaciones por encima de 60%, puesto que trata sólo de describir los objetivos principales de la guía y a qué población se dirige. Aún así, no se han logrado puntuaciones máximas porque uno de los tres ítems valora la inclusión de las preguntas clínicas que cubre la guía y ninguna, excepto NICE de forma íntegra y NZ y SIGN, en cierta manera, las recogen.
- *Participación de los implicados.* La 2º área valora la inclusión en la elaboración de la guía de las personas relacionadas con la misma, es decir, la población afectada y los usuarios diana susceptibles de aplicar las recomendaciones. En cuanto a la implicación de los afectados, en tan sólo tres, NZ y CCHMC, además de NICE, han participado representantes de pacientes o familiares o miembros de asociaciones de afectados en el grupo elaborador. La guía NICE dedica un amplio espacio a la involucración de los afectados en el proceso diagnóstico y terapéutico, instando a informarles en todo momento y haciéndoles partícipes en la toma de decisiones, e incluye en la guía completa relatos de la experiencia de afectados. Por lo general, encontramos en los grupos elaboradores y/o revisores, profesionales de todos los ámbitos implicados en el manejo de este trastorno, en mayor o menor medida, y metodólogos en elaboración de guías, como son: pediatras de distintas especialidades, psiquiatras infantiles, médicos generales o de familia, psicólogos, profesores de psicología o psiquiatría de distintas universidades, personal de educación, personal de servicios de salud, de enfermería y de farmacia, o representantes de sociedades profesionales, aunque repartidos de forma desigual en las distintas

guías y predominando los profesionales de la pediatría y medicina de familia. Los usuarios diana susceptibles de utilizar o aplicar las guías difieren en unas y otras: algunas se dirigen inespecíficamente hacia los profesionales de la salud o clínicos, otras la dirigen a AP (UMHS, ICSI, AAP), y otras de forma más global a médicos de AP, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, personal del cuidado del paciente, profesores e incluso pacientes y familia (CCHMC), mientras que NICE la dirige tanto a clínicos como a responsables de servicios, para asistir a los afectados y sus familiares, especificando además que cubre los cuidados proporcionados a éstos por profesionales de la salud de atención primaria, secundaria y comunitaria. El ítem de este área que más bajo puntúa en prácticamente todas las guías, excepto NICE y SIGN, es el referido a si la guía ha sido pretestada en la práctica para ver su factibilidad y aceptación entre los usuarios diana antes de su publicación. Ninguna de las guías ha realizado una prueba piloto como tal, pero al menos las dos mencionadas han expuesto el borrador de la guía a los profesionales interesados y en sus páginas web para recibir comentarios o aportaciones de éstos; NICE incluso incorpora en los apéndices de su guía completa los comentarios recibidos.

- *Rigor en la elaboración.* La siguiente área es una de las más relevantes, puesto que recoge el rigor en la elaboración de la guía, el proceso de selección y síntesis de la evidencia y la metodología empleada para la formulación de las recomendaciones, revisión y actualización de la guía. Tan sólo dos de las nueve guías han obtenido puntuaciones altas aquí, de nuevo NICE y SIGN. Como criterio de transparencia y replicabilidad, las guías deben contener de forma explícita y detallada la estrategia de búsqueda y selección de la evidencia empleada, debiendo ser ésta exhaustiva y amplia; prácticamente todas estas GPC recogen algo de la búsqueda realizada (excepto ICSI y CADDRA), aunque no con la exhaustividad y sistematicidad requerida. La forma más correcta de hacerlo es la de NICE, que en su guía completa y anexos detalla todo el proceso de búsqueda, selección en base a criterios de calidad y extracción de los datos. En cuanto al método para clasificar los tipos de evidencia y formular las recomendaciones, no hay convergencia entre las distintas guías, a pesar de haber metodologías estandarizadas para ello como las propuestas por GRADE, SIGN o CMBE de Oxford (21). Las guías seleccionadas no se basan en ninguna de estas metodologías sino en clasificaciones propias (AACAP, CCHMC, AAP, ICSI) o en ninguna (NZ, UMHS, CADDRA); NICE sí emplea la metodología GRADE y SIGN, obviamente, la suya propia. Otro ítem dentro de esta área, y quizá el único que refiere un aspecto más clínico, es el

que valora si al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. La diferencia aquí entre las guías radica en si exponen claramente los efectos adversos y los riesgos que entraña el uso de los tratamientos recomendados, especialmente del farmacológico, o si por el contrario tratan de minimizarlos u obviarlos y maximizan los beneficios, aspecto a menudo relacionado con el sesgo de publicación. Algunas de estas guías se inclinan más hacia este segundo polo limitándose a citar de forma breve algunos de los efectos adversos más comunes de algunos de los medicamentos que recomiendan. Otras, en cambio, se detienen más en estos aspectos e incluyen los efectos adversos y su posible manejo de forma más detallada y contundente, así como los riesgos que se han ido indicando para estas sustancias, como los señalados por la FDA (ICSI, AACAP y, sobre todo, NICE). El criterio respecto a la revisión externa previa a la publicación de la guía tampoco es cumplido por todas las guías; no reportan revisión externa NZ, ICSI y UMHS, y la revisión indicada por la AACAP es interna, realizada por los mismos miembros del grupo elaborador, o no explicitan la lista de revisores o su afiliación (AAP, CCHMC, CADDRA), cumpliendo por tanto este criterio únicamente SIGN y NICE.

- *Claridad y presentación.* En cuanto al formato de las guías, ya que el objetivo primordial de éstas es ayudar a los clínicos a tomar mejores decisiones con sus pacientes, se precisan guías simples, que se ajusten a sus pacientes, fáciles de usar y de entender, con información clara sobre las opciones de intervención y las consecuencias que acarrea cada una de ellas (8). Esta área es la segunda que mayores puntuaciones ha obtenido, siendo las peor valoradas en este aspecto NZ, UMHS, AACAP y CADDRA, en ese orden. Un criterio clave para la implementación de las guías en la práctica clínica es el que se sustenten con materiales o herramientas adicionales. Podemos encontrar en algunas de estas guías anexos con materiales que pueden resultar útiles, como escalas de valoración, hojas de registro para facilitar el plan de tratamiento y seguimiento, así como para registrar los efectos secundarios, recursos disponibles para los padres, protocolos de coordinación multidisciplinar, formatos resumidos de la guía para los clínicos y adaptados para afectados y familiares o algoritmos del plan de manejo propuesto.
- *Aplicabilidad.* El quinto área valora la aplicabilidad de la guía. En este punto se debe tener en cuenta que estamos manejando guías de otros países y por tanto enmarcadas en sistemas y organizaciones sanitarias distintas a la nuestra. En EE.UU., país del que proceden propuestas

que a menudo se aceptan o adoptan fácilmente sin apenas contrastes críticos, no existe un sistema nacional de salud como en España o Reino Unido y, a pesar de que cuentan con algunas infraestructuras y recursos inmejorables, el acceso a la asistencia sanitaria depende de los seguros privados y su cobertura (el gobierno americano sólo corre con los gastos de los ciudadanos con ingresos más bajos -Medicaid- y de los mayores de 65 años y discapacitados graves -Medicare- y aún así con prestaciones reducidas).

En cuanto al Reino Unido, con un sistema nacional de salud accesible para todos los ciudadanos, la diferencia en la asistencia infantil radica en que la pediatría es un campo especializado y la mayor parte de la asistencia sanitaria a los niños la ejercen los médicos de familia en AP, quedando la psiquiatría infantil y juvenil relegada a un segundo plano. Por esta razón, además de la tendencia de algunos equipos de salud mental infanto-juvenil a aislarse de la corriente general de la pediatría, la atención a la salud mental de los niños y adolescentes es muy variable de unas zonas a otras del país. En muchos lugares, los pediatras atienden muchos problemas de salud mental, sobre todo el TDA/H, trastornos del espectro autista y en algunos casos otras alteraciones como el trastorno obsesivo-compulsivo y el síndrome de la Tourette (22).

Teniendo en cuenta estos aspectos, la aplicabilidad que valora el AGREE es la de las guías en su contexto de elaboración y aplicación, valorando asuntos tales como si se han contemplado las implicaciones económicas y organizativas de aplicar las recomendaciones, su viabilidad en el contexto de las organizaciones en las que aplicarlas y su ajuste a la práctica, incluyendo criterios para su monitorización y auditoría. En esta área casi todas las guías puntúan bajo o muy bajo, carecen de estas características, excepto ICSI, SIGN, y NICE que, una vez más, cumplen con estos criterios de calidad, dedicando apartados específicos para ello, con posibles medidas para la realización de auditorías de la práctica actual o monitorización del cumplimiento de las recomendaciones en la práctica clínica o identificación de responsabilidades y cambios organizativos necesarios para su incorporación. NICE incluye en sus anexos, disponibles en internet, materiales para facilitar estas tareas.

- *Independencia editorial.* Por último, está el área referente a la independencia editorial de la guía. Tiene que ver con la objetividad de las recomendaciones y la declaración de posibles conflictos de intereses del grupo de elaboración de la guía. Un número creciente de guías está

siendo financiado externamente de forma directa o indirecta. Ya que quienes financian las guías pueden tener intereses creados, debería haber una declaración explícita de que los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en las recomendaciones finales (8). Entre estas nueve guías no hay claridad al respecto, y puntúan bajo fundamentalmente por falta de información. Las guías de SIGN, NICE y Cincinnati indican que se recogieron declaraciones formales de posibles conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador (aunque no se explicitan, al menos en las dos primeras se puede asumir que no los hay, confiando en su transparencia y rigurosidad metodológica, aunque no queda claro; la tercera, indica además que fue elaborada sin financiación externa). ICSI, CADDRA y AACAP señalan que alguno o varios de los miembros tienen conflictos de intereses, explicitando sus relaciones con distintas compañías farmacéuticas; AACAP lo hace remitiendo a su página web, en la que listan las amplias relaciones de prácticamente todos los implicados en la elaboración de la guía con diferentes compañías farmacéuticas. No recogen declaración alguna de posibles conflictos ni de las fuentes de financiación AAP y NZ; y UMHS indica que sus miembros no tienen conflictos de intereses. Como se ve, en tres y posiblemente en al menos cinco de las nueve guías, existen conflictos de intereses o relaciones de los miembros del grupo elaborador con la industria farmacéutica. Esto no resulta sorprendente, puesto que los trabajos que muestran la extensión de la influencia de la industria farmacéutica más allá de los ensayos clínicos, las publicaciones médicas y las prácticas profesionales, hasta alcanzar también las guías de práctica clínica, admitidas como estándares de evidencia y práctica, es abundante y creciente a nivel internacional y también en nuestro país. Los resultados de nuestra valoración concuerdan con otros trabajos publicados en nuestro país en los que se han analizado GPC (23), que detectan un elevado porcentaje de carencias importantes y sesgos metodológicos en las guías españolas. La producción de GPC de calidad en nuestro país es escasa, de hecho en el catálogo de Guisalud (el directorio de GPC del SNS), a fecha de nuestra revisión, de 406 guías revisadas para su posible inclusión en el catálogo, 335 han sido excluidas por no superar los criterios mínimos de calidad y transparencia requeridos. En un trabajo en el que se analizaron 61 guías españolas mediante el instrumento AGREE, la gran mayoría de estas GPC (71,6%) obtuvo una puntuación en independencia editorial por debajo del 50%, debido principalmente a la falta de información sobre dicho aspecto (24). Los resultados de nuestro estudio apuntan en el mismo sentido, seis de las nueve guías (66,6%) puntúan por debajo de 50% en ese área. Estos datos son similares a los obtenidos en otro estudio internacional en el

que de 200 GPC revisadas, la mitad (49%) no incluía ningún detalle sobre los conflictos de interés de los autores y sólo en un tercio de éstas los autores estaban libres de influencia de la industria (25). Otro estudio similar (20), anterior a éste, ya lo mostraba: de 100 autores participantes en 37 diferentes GPC, el 87% tenía alguna forma de interacción con la industria farmacéutica (ya sea por haber recibido financiación para investigaciones, o por haber servido como empleado o consultor para alguna compañía farmacéutica) y el 59% la tenían con alguna compañía cuyo medicamento era considerado en la guía.

Como ya comentamos al inicio de este apartado, el Instrumento AGREE no contiene criterios específicos para evaluar la calidad de los contenidos clínicos de la guía ni de la evidencia que la sustenta, por lo que nos parece conveniente recoger aquí al menos algunos aspectos de las convergencias y divergencias entre las diferentes guías sobre TDA/H en cuanto a su contenido clínico y recomendaciones que emiten.

- Aparecen divergencias ya a partir de la **concepción** misma de la naturaleza del trastorno: unas guías lo consideran como «trastorno del comportamiento», otras como «trastorno del desarrollo neuropsiquiátrico»; NZ lo define como «trastorno psiquiátrico infantil», y siguiendo a Barkley, como una «discapacidad educacional basada biológicamente» (11); la AACAP como «condición psiquiátrica neurobiológica»; NICE como «síndrome comportamental heterogéneo», y la AAP como una «condición médica crónica», aspecto éste de la cronicidad que también comparten el resto de las guías, así como el de la gravedad del trastorno.
- Todas ellas recogen diferentes cifras de **prevalencia**, variabilidad repetidamente citada en la literatura al respecto, que oscilan desde un 1% hasta un 17,8%, dependiendo de la población estudiada (clínica o escolar), lugar de procedencia de la muestra, criterios diagnósticos empleados, formas de evaluación, o diferentes definiciones culturales de lo que es un comportamiento aceptable o patológico en el niño, aunque siempre son mayores en estudios sobre poblaciones americanas y basados en criterios DSM-IV.
- En torno a la **etiología**, unas se posicionan más hacia la determinación fundamentalmente genética y neurobiológica (NZ, AACAP), otras resaltan la incertidumbre existente y aunque señalan la emergencia de evidencias sobre bases biológicas y contribución genética, no dejan de mencionar la importancia de otros factores (CCHMC, UMHS, SIGN), naturaleza multidimensional por la que se decanta ICSI. NICE también sigue esa línea, indicando que el diagnóstico de

TDA/H no implica una causa médica o neurológica, que la etiología incluye la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales (factores que afectan negativamente al desarrollo del cerebro durante la vida perinatal y la infancia temprana que incrementan el riesgo, por ejemplo, que la madre fume, consuma alcohol o drogas durante el embarazo, exposición a sustancias tóxicas, muy bajo peso al nacer, hipoxia fetal, etc.), factores psicosociales (adversidad psicosocial severa temprana, deprivación afectiva, etc.), relaciones familiares discordantes y disruptivas, e incluso mencionan ciertos elementos de la dieta (aditivos, colorantes) que han sido estudiados y relacionados con mayores niveles de hiperactividad, factor éste que aunque ha sido criticado y rechazado como hipótesis diagnóstica, ha recibido atención reciente por las agencias de seguridad alimentaria, como la FSA británica (26). En esta concepción, todos estos factores se consideran tanto factor de riesgo, como factor causal o consecuencia del trastorno, y no actúan aisladamente sino que interactúan (17).

- En cuanto a la cuestión de **a quién corresponde** hacer el diagnóstico y tratamiento, hay divergencias. Por lo general, hay acuerdo en aceptar que dado que es AP quien recibe la demanda más a menudo, es aquí donde se debe hacer la primera valoración, pero una vez establecida la sospecha de TDA/H, se proponen diferentes caminos. La mayoría de guías consideran que el clínico de AP es el indicado para hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento, al menos de los casos «no complicados» o «sin comorbilidad», considerando la derivación o consulta hacia Atención Especializada si no responde al tratamiento pautado, si los síntomas son complejos, si se detectan comorbilidades, o si se precisa intervención conductual, a no ser que el médico de AP esté capacitado para ello, siendo la primera tarea del especialista la de revisar el diagnóstico. Sin embargo, las guías de NZ, SIGN y NICE (las no americanas) indican que ante la sospecha en AP, se debe derivar a Atención Especializada para confirmar o descartar el diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado, ya que la completa valoración que se requiere no es posible hacerla en una consulta breve (10). Es necesario señalar, que cuando hablamos de Atención Primaria en los sistemas sanitarios americanos o ingleses, en los que se enmarcan la mayoría de estas guías, se trata de médicos generales o de familia (mientras que en nuestra sanidad la atención primaria infantil corre a cargo de pediatría) y la Atención Especializada o Secundaria se refiere, en lo que respecta a estos países, a psiquiatría infantil, pediatría especializada en el desarrollo o el comportamiento, o neurología pediátrica.

- La mayoría de estas guías sólo consideran como criterios diagnósticos para el TDAH los **criterios** DSM-IV, tan sólo SIGN y NICE consideran tanto DSM como CIE, con sus diferencias.
- En cuanto al procedimiento de **evaluación** previo al diagnóstico, sobre el cual hay acuerdo en que es eminentemente clínico, las diferentes guías son bastante coincidentes, aunque de manera más o menos desarrollada. Como regla general, indican que se debe obtener información de varias fuentes, al menos padres, niño y colegio, y se deben cumplir los criterios DSM-IV (o CIE-10), tanto en cuanto a presencia de los síntomas como a los otros criterios de inicio, duración, repercusión en distintos ambientes, deterioro clínicamente significativo y que los síntomas no aparezcan en el transcurso de, o se expliquen mejor por, otro trastorno. Entre unas y otras guías, aparecen como elementos esenciales la entrevista detallada con los padres, historia familiar de enfermedades y trastornos psiquiátricos, valoración del funcionamiento familiar (modelos de comunicación, estilo de crianza, conflictos conyugales o estrés...), examen clínico/físico de posibles problemas médicos subyacentes (sobre todo visión y audición); algunas incluyen la historia del embarazo y nacimiento (complicaciones obstétricas-perinatales), la historia del desarrollo del niño (adquisición de hitos, dificultades...), entrevista con el niño (para ver su propia percepción del problema, su estilo atribucional, actitud hacia el tratamiento y también detectar otros síntomas o problemas internalizados) y valoración del rendimiento escolar y de áreas específicas del aprendizaje. No se indica de forma rutinaria ninguna prueba neurológica, cromosómica o de laboratorio, puesto que no hay un solo test o prueba que inequívocamente diagnostique el TDA/H, a no ser que la historia médica dé indicios de posibles problemas en ese sentido. Algunas indican valoración neuro-psicológica (pruebas-tests) para la exclusión de condiciones comórbidas o para el diagnóstico diferencial según cada caso, pero no de forma rutinaria. Difieren en el papel que le dan a las escalas y cuestionarios específicos tipo Conners u otros elaborados a partir del DSM-IV: algunas recomiendan su uso como prueba válida y fiable, y otras aceptan su uso aunque no como instrumento diagnóstico sino como un elemento informativo más. Algunas guías incluso proponen un screening sistemático para detectar posibles TDA/H en todo caso que acuda a consulta y presente los síntomas característicos del TDA/H, bajo rendimiento escolar o problemas de comportamiento, sea cual sea el motivo de consulta. En general, todas aconsejan una valoración psiquiátrica rutinaria, pero específica, de las posibles comorbilidades comúnmente asociadas al TDA/H o de los trastornos que pueden ser confundidos

con él y que son importantes para el diagnóstico diferencial. La lista al respecto entre unas y otras es extensísima, cubriendo todo el espectro de posibles dificultades infantiles (Tabla 4.3), y se solapan así síntomas y condiciones que pueden considerarse tanto comorbilidades asociadas como expresión de diferentes formas clínicas a diferenciar del TDA/H (17). Algunas guías (SIGN, ICSI) muestran su cautela, al resaltar la necesidad de tener en cuenta, antes de emitir un diagnóstico, el impacto del ambiente o de la situación vital del niño en la presentación de los síntomas, de los cambios en el desarrollo y de las demandas externas, de la posibilidad de que esos síntomas los pueden mostrar muchos niños en algún punto de su desarrollo pero que pueden estar causados por muchas otras dificultades. Precisan, por tanto, que hay que ser cuidadosos y diferenciar entre TDA/H primario con comorbilidades, u otro diagnóstico primario con características o síntomas que imitan a las del TDA/H. NICE recuerda que los síntomas característicos del TDA/H están presentes y distribuidos entre la población general variando en severidad y que, por tanto, no puede considerarse un diagnóstico categorial. De hecho, el grupo elaborador de la guía NICE reconoce que los comportamientos que describe el TDA/H no son estrictamente «síntomas», puesto que ese término se emplea para referir los cambios en el estado físico o mental asociados con una morbilidad significativa que supone un cambio respecto a un estado premórbido, mientras que los fenómenos comportamentales y mentales que caracterizan al TDA/H son más de tipo «rasgo», en el sentido de que generalmente no son episódicos y han podido estar presentes desde la primera infancia (17). Y más allá añaden que, en los niños, los criterios se aplican habitualmente basándose en la información de los padres y profesores sobre su comportamiento, más que en información subjetiva del niño sobre fenómenos de su propio estado mental.

Tabla 4.3. Trastornos comórbidos / a considerar para el diagnóstico diferencial por las diferentes guías

	AAP	SIGN	NZ	CCHMC	UMHS	ICSI	AACAP	CADDRA	NICE
T. Oposic.-Desaf.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
T.Conducta	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ansiedad	x	x	x	x	x	x	x	x	x
T. Depresivo	x		x	x	x	x	x	x	

	AAP	SIGN	NZ	CCHMC	UMHS	ICSI	AACAP	CADDRA	NICE
T./Dific. de aprendizaje	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fracaso escolar		x							
T. del humor		x	x	x			x		
Dific. en el lenguaje		x	x		x	x	x	x	
Gilles Tourette		x	x					x	x
T. bipolar			x	x	x	x	x	x	x
Dific. coord./control motriz		x							x
Quejas somáticas			x						
T. del pensamiento				x					
Abuso / negligencia				x					
Otro t. crónico				x		x		x	
Ataque de pánico					x				
T. obsesivo-compulsivo			x		x				
T. ansiedad de separación					x				
Síndrome alcohólico-fetal					x		x		
Síndrome X frágil					x				
T. estrés postraumático					x				x
T. reactivo de la infancia					x				
Psicosis			x			x			x
TGD			x			x		x	x
Variación normal del desarr.						x			
Problemas biomédicos			x			x	x	x	
Abuso de sustancias			x			x	x	x	
Retraso mental/func.int. límite			x						
Esquizofrenia			x						x
Problemas secund. a medic.			x						
T. personalidad emergentes			x						x
Problemas psicococ./famil.						x			
T. neurológicos									x
T. del apego									x

Con respecto al **tratamiento**, y considerando las recomendaciones que emite NICE en general como de las más apropiadas o prudentes a nuestro juicio, y por ser además las más actuales, partiremos de ellas para compararlas con las de las otras guías y ver qué dicen unas y otras en cuanto al tratamiento del TDAH.

- NICE distingue según edad y severidad del trastorno:
 - en niños preescolares (considerados hasta los 5 años de edad), la 1.^a línea de tratamiento propuesta es la derivación de los padres a programas de entrenamiento/educación parental y no se recomienda el tratamiento farmacológico. Esta indicación se basa en la falta de calidad suficiente de la evidencia extraída de los ECA (ensayos clínicos aleatorizados) en este grupo de edad y en que los resultados de estos presentan mayores efectos adversos. Documentos recientes como el de la AEMPS (5), recuerdan que, a pesar de su uso «off-label», sigue sin estar autorizado oficialmente su uso en menores de 6 años. Sin embargo, guías como SIGN o AACAP, sí apoyan la evidencia existente respecto a la eficacia de los psicoestimulantes en este grupo de edad. Otras lo excluyen de su población diana (Cincinnati, AAP, UMHS) basándose en el peligro de «etiquetar» de forma temprana síntomas que a estas edades pueden ser transitorios y apropiados a su nivel de desarrollo, en la inconsistencia de los resultados de los estudios, en el dilema entre seguridad y conveniencia, o en la especial hipersensibilidad en estas edades a los efectos adversos de la medicación. Otras indican que el uso de estimulantes en preescolares sólo debe iniciarse por, o bajo la indicación de, un especialista (CADDRA, NZ).
 - en niños en edad escolar y adolescentes en los que el trastorno esté produciendo un deterioro moderado, NICE tampoco sitúa el tratamiento farmacológico como primera línea de tratamiento, sino que continúa recomendando los grupos de educación parental, pudiendo incluir tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales) para el niño, de forma grupal o individual según la edad. El tratamiento medicamentoso se reserva en estos casos a aquellos que hayan rechazado intervenciones no farmacológicas o cuyos síntomas no hayan respondido suficientemente al tratamiento psicológico o a los programas para padres.
 - en niños en edad escolar y adolescentes con TDAH severo, equivalente al trastorno hiperquinético de la CIE, y con un deterioro significativamente grave, el tratamiento de primera línea

recomendado por NICE es el farmacológico, el cual señalan sólo debería ser iniciado por un profesional sanitario con experiencia en TDAH, basándose en una valoración y diagnóstico exhaustivos, y siempre como parte de un plan de tratamiento completo que incluya intervenciones psicológicas, comportamentales y educativas (17). La prescripción medicamentosa puede ser continuada y monitorizada posteriormente por el médico general bajo protocolos de atención compartidos (17). Además, en caso de poder escoger entre varias opciones farmacológicas apropiadas, indican prescribir la de menor coste.

- El resto de guías son bastantes coincidentes entre sí y no diferencian la forma de intervención según la gravedad de los síntomas y del deterioro causado por ellos, sino que proponen siempre un abordaje multimodal, multidisciplinar, tratando farmacológicamente los síntomas -como única medida que ha demostrado efectividad para reducirlos- y dirigiendo las intervenciones psicológicas, psicosociales y educativas hacia lo que se consideran problemas secundarios asociados al TDA/H o comorbilidades, pudiendo también tratar éstas farmacológicamente. En cuanto a las intervenciones psicológicas, la evidencia científica extraída de los ECAs favorece a la terapia conductual, que se dirige a la modificación y estructuración del entorno para lograr un cambio en el comportamiento del sujeto (9), tanto en el marco escolar como en el familiar, pero no se han considerado eficaces y, por tanto, no se recomiendan generalmente, intervenciones psicológicas individuales con el niño (10). Sí se admite, fundamentalmente a raíz de los resultados del ECA más conocido (aunque también muy cuestionado), el MTA (27), que el tratamiento combinado farmacológico más conductual resulta más efectivo que el farmacológico sólo. Otras técnicas psicoterapéuticas basadas en la relación no han difundido apenas trabajos desarrollados con metodología propia de la medicina basada en la evidencia destinada a probar su eficacia, por lo que este tipo de intervenciones no son consideradas en las guías, aunque sí reconocen la dificultad de evaluar la eficacia de este tipo de técnicas con diseños de investigación (10).

Aunque no entraremos aquí a describir los diferentes matices existentes dentro de esta línea general, sí cabe señalar la extensa variedad de productos farmacológicos considerados como indicación terapéutica en el TDA/H en estas GPC (Tabla 4.4), que no parece corresponder a la práctica de prescripciones habituales, más restringidas y uniformes, de nuestro país. Los productos señalados como de primera línea son los aprobados como indicación para el tratamiento del TDA/H,

mientras que los de segunda línea no cuentan con la aprobación de la FDA para su uso en estos casos y, sin embargo, han sido estudiados y por tanto contemplados e indicados por las guías. Así se emplean en la práctica clínica en muchos países, en los casos en que los de primera línea no resulten efectivos y para tratar los síntomas de los trastornos asociados o comórbidos con el TDA/H. Muchos de estos últimos se recomiendan con cautela, admitiendo que la evidencia que sustenta su eficacia es mucho menor (por escasez de estudios y variabilidad de los resultados) y por presentar además mayores efectos adversos e importantes riesgos (hepatotoxicidad, problemas cardiovasculares, ideaciones de suicidio).

Tabla 4.4. Productos farmacológicos empleados para el tratamiento del TDAH recogidos en las GPC

1.ª línea:	
Estimulantes	Metilfenidato Liberación inmediata Liberación prolongada
	Dexmetilfenidato
	Dextroanfetamina (Dexanfetamina)
No estimulantes	Sales mixtas de anfetamina
	Atomoxetina
2.ª línea / off-label	
	Antidepresivos tricíclicos (TCA) Imipramina Desipramina Nortriptilina
	Antidepresivos atípicos Bupropion Venlafaxina
	Antihipertensivos - antiadrenérgicos/ α -agonistas Clonidina Guanfacina
	SSRI - inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
	Neurolépticos - antipsicóticos Risperidona
	IMAO - inhibidores monoamina oxidasa
	Modafinilo
	Bloqueadores beta-adrenérgicos
Retirados	
	Pemolina

IV.1.2. Manejo y demanda en AP y SM en nuestro país

La búsqueda en Pubmed de artículos sobre el TDA/H publicados en español con el límite temporal y de edad indicado, nos devolvió 136 entradas, y dado que la gran mayoría (111 artículos, el 82%), pertenecían a la misma revista, Revista de Neurología, y los restantes a otras 6 revistas (Anales de Pediatría, Psicothema, Atención Primaria, Investigación Clínica, Actas Españolas de Psiquiatría y Medicina Clínica), hicimos una búsqueda más exhaustiva en esas publicaciones, además de en las ya citadas en el apartado de Métodos.

Tras la revisión de los títulos y resúmenes de posible interés en todos los resultados obtenidos y la eliminación de duplicados (hay un considerable solapamiento de las revistas indexadas en Pubmed, IME, IBECS, y portales como psiquiatría.com), encontramos abundantes revisiones, resúmenes y actualizaciones de la evidencia científica respecto al TDA/H, predominantemente anglosajona, en las publicaciones de Atención Primaria (pediatría, neuropediatría, neurología) y Salud Mental de nuestro país que giran generalmente alrededor de la misma información, siendo menos numerosos los trabajos centrados en la práctica clínica de estas especialidades.

Muchas de las publicaciones recogen las diferencias en la prevalencia según distintos factores (criterios diagnósticos empleados, métodos de evaluación, población en la que se basa, clínica o general/escolar) que ya recogen las GPC, aunque hay una tendencia más o menos homogénea a establecer la prevalencia en España en torno al 3-6% (28;29;30), pudiéndose llegar a tasas de hasta un 12% en población escolar que cumpliría criterios para el diagnóstico de TDA/H (31;32).

Sin embargo, en los últimos años se ha estudiado la demanda en distintos servicios de atención infanto-juvenil, señalando al igual que nuestro estudio el aumento progresivo de la demanda de consulta motivada por el TDA/H, con cifras que oscilan desde un 10% (33) o un 19% (34) en distintos CSMIJ de Madrid, hasta un 50-60 % en Valencia (35) del total de las consultas; otros realizados en consultas de Neuropediatría muestran tasas menores de demanda (7,2%) (36).

Hay sin duda acuerdo en SM y AP en que actualmente es el trastorno más común en sus consultas. Los pediatras son quienes generalmente reciben la primera sospecha o inquietud por parte de los padres respecto al funcionamiento hiperactivo/inatento de su hijo y lanzan la impresión diagnóstica, a menudo ya indicada por el medio escolar. La experiencia relatada con frecuencia desde los servicios de Salud Mental infantiles es un aumento de las demandas de niños que, o bien llegan diagnosticados y con tratamiento iniciado a menudo por el pediatra, o vienen catalogados por los propios pa-

dres, informados desde el colegio o a través de internet, pidiendo una ayuda profesional ya programada: medicación específica y pautas de conducta para aplicar tanto en la escuela como en casa (37).

Esto vislumbra ya la cuestión más problemática de a quién corresponde emitir el diagnóstico de TDA/H. Un estudio reciente (38) sobre la validez de las derivaciones desde PAP a SM por sospecha de este trastorno, muestra que éstas tienen una sensibilidad alta pero una especificidad baja y por tanto un valor predictivo positivo bajo, confirmándose el diagnóstico de TDA/H en SM en la muestra del estudio tan sólo en un 22% de los casos, en la misma línea que nuestros resultados. Esta tendencia se confirma en otros trabajos, en los que los diagnósticos confirmados en derivaciones a SM por sospecha de TDA/H desde otros servicios (PAP, Educación, Neuropediatria) o en 1.ª consulta en SM ronda entre un 20% y un 60% (34;39;40). También detectan esta alta tasa de falsos positivos en Neuropediatria con cifras de hasta un 33% (36). En cuanto a los diagnósticos emitidos en SM en los casos no considerados TDA/H señalados en estos trabajos, se confirma la tendencia mostrada en nuestro estudio: diagnósticos dentro de la categoría de los trastornos del desarrollo, de la dinámica familiar, trastornos reactivos y de adaptación, trastornos del comportamiento y de las emociones (34;38;40).

Por otro lado, se ha comprobado que la relación fluida entre PAP y psiquiatría infanto-juvenil en términos de interconsultas y encuentros de supervisión mejora la calidad de la asistencia sanitaria y disminuye las derivaciones (41).

De las conclusiones de estos estudios se desprende un sobrediagnóstico generalizado del TDA/H que se descubre habitualmente en SM y la importancia y necesidad de una evaluación exhaustiva, con una historia detallada y un completo diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas que cursen con hiperactividad como síntoma, para evitar falsos positivos y tratamientos farmacológicos innecesarios. Hay datos que muestran cómo la tasa de prevalencia del TDA/H disminuye a medida que se utilizan instrumentos de evaluación estandarizados, como los que evalúan variables cognitivas, en lugar de aceptar el diagnóstico sólo a partir de los criterios DSM-IV (42), y escalas simplificadas basadas en ellos, práctica extendida en distintos ámbitos.

En la literatura se observa una casi exclusividad de la consideración de los criterios americanos en detrimento de los europeos CIE, que siendo más restrictivos, son más empleados y citados en SM. De hecho, se ha evaluado recientemente en centros españoles (hospitales públicos, centros de salud y hospitales y consultas privadas) el grado de cumplimiento de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas norteamericanas de la AAP en el TDAH (43), mediante encuesta a 215 especialistas de 15 comunidades autónomas

españolas (64% psiquiatras infanto-juveniles, 36% neuropediatras), obteniendo como resultados principales una mayor adhesión a las recomendaciones respecto al tratamiento que a las diagnósticas, una mayor disposición de protocolos respecto al TDA/H en neuropediatría, o un mayor empleo de los criterios DSM-IV frente a los de la CIE por parte de ambas especialidades, siendo mayoritario en neuropediatría. El 64% de todos ellos basan la decisión de inicio de terapia farmacológica en la sola presencia de síntomas del trastorno, y se recomienda en un 72% de los casos terapia combinada frente a un 23% que dicen indicar solamente terapia farmacológica. El 95% de los encuestados lo consideran un trastorno crónico.

En otro estudio que evaluó los conocimientos y formas de proceder de los pediatras de AP en la Comunidad de Madrid respecto al TDA/H, se mostraba cómo sólo un 41% de ellos utilizan los criterios diagnósticos para establecer el diagnóstico de TDA/H, siendo mayoritario entre éstos el empleo del DSM, y siendo los que derivan menos casos, inician con mayor frecuencia tratamiento farmacológico sin consulta previa a los especialistas y controlan a los pacientes que medican de forma más reglada que los que no usan criterios (44). El 52% de la muestra dicen derivar todos los casos de sospecha diagnóstica de TDA/H al neurólogo o psiquiatra infantil.

En cuanto a datos respecto a la prescripción de metilfenidato en nuestros servicios comparables con los aquí presentados no hay apenas información, a excepción de dos estudios. En el primero (45) se presentan las cifras de prescripción de metilfenidato a nivel nacional y desglosado por provincias y DHD en el periodo temporal anterior al aquí analizado, de 1992 a 2001, mostrando la tendencia creciente que ya por entonces se vislumbraba, a razón de un 8% anual relativamente uniforme entre las distintas provincias. Los autores lo atribuían no a un incremento en la incidencia de la enfermedad, sino, más bien, a una búsqueda activa de casos, a una mejora diagnóstica y asistencial de los enfermos, a la prescripción de metilfenidato a casos menos graves que antes no recibían el fármaco, a un incremento de los recursos de salud mental o a diferencias en el uso de los servicios médicos (45). En la CAPV se multiplicó por siete en esos nueve años, y las comunidades de mayor consumo fueron Navarra y Cataluña.

El segundo (46), un estudio multicéntrico en la mayoría de unidades de salud mental infantil andaluzas, analiza el hábito prescriptor de los psiquiatras infantiles, resultando ser el metilfenidato el medicamento más prescrito, tanto en los casos que ya acudían a estas unidades con medicación prescrita como en los tratados en ellas, siendo la patología atendida con tratamiento farmacológico más frecuente y con diferencia, el TDA/H (1/3 de la muestra). Sin embargo, en esta muestra no sólo se prescribe metilfenidato en los

casos diagnosticados de TDA/H, sino que casi un tercio de las prescripciones medicamentosas que estos reciben corresponden a grupos terapéuticos diversos como antipsicóticos, reguladores del humor, antidepresivos y otros, presumiblemente justificado por la coexistencia de otros cuadros clínicos. En este estudio, también se muestra el metilfenidato como prescripción en otros cuadros diagnósticos, como trastornos de conducta, disociales, de ansiedad, autismo o retraso mental. Los autores concluyen un amplio consenso en cuanto a la eficacia del metilfenidato entre los profesionales de las unidades de SM y una elevada prescripción de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas, atribuyéndolo a que las prescripciones se realizan dependiendo mayoritariamente de los síntomas diana independientemente del diagnóstico (46). De hecho, se confirma que en nuestro país se emplea el metilfenidato incluso en menores de 6 años a pesar de no estar indicado (47), práctica ampliamente extendida en otros países como EE.UU..

Algunos artículos desde pediatría de AP reflexionan sobre las dificultades que encuentran los pediatras para la detección y manejo de los problemas de salud mental infantiles (48;49;50;51). Destacan la dificultad para diferenciar claramente entre normalidad y patología; la falta de formación en salud mental y el modelo biologicista predominante en su formación que les hace tender a buscar las causas y enfermedades médicas subyacentes a toda condición; la falta de tiempo en sus consultas; la dificultad de acceso a los medios de valoración psicométrica; la poca agilidad que ofrece el sistema para el contacto con otros profesionales y la desconexión entre sanidad y educación. Proponen estrategias generales de ayuda, como conocer y diferenciar los síntomas evolutivos, por tramos de edad, de los psicológicos-patológicos; tener en cuenta la influencia de situaciones vitales estresantes que pueden generar síntomas psicológicos; mantener una actitud general de contención con los padres, de no medicalización de las situaciones evolutivas normales, de coordinación de la atención prestada al niño y de derivación a SM si las características de la conducta del niño lo requieren o si la familia expresa un grado de sufrimiento y malestar importante.

Por otro lado, también encontramos reflexiones desde AP sobre aspectos controvertidos quizás más habitualmente tratados en SM, como es la preocupación y dudas en torno al sobrediagnóstico y la sobremedicación que rodean a esta problemática, que se atribuye en parte al origen del diagnóstico basado en el modelo fisiopatológico americano, y proponiendo una visión desde el modelo psicopatológico, que entendería el funcionamiento psíquico y neurofisiológico como un todo organizado, una estructura, dando importancia a los factores relacionales en la aparición de estos síntomas y pensándolos como un conjunto de manifestaciones sintomáticas de un conflicto interno del niño o de un déficit en la construcción del aparato psíquico (52). Otros lo consideran

un diagnóstico funcional, sujeto a las características madurativas del niño y a la tolerancia del entorno del niño ante determinadas conductas (53).

Al igual que en AP, también en SM se encuentran con la dificultad que supone diferenciar correctamente normalidad de patología, dándole por ello una gran importancia a la evaluación, y a la necesidad de tener en cuenta el sentido evolutivo y cambiante de la personalidad infantil, de insertar la problemática en su biografía, y a que en toda esta dinámica, el desarrollo progresivo y madurativo de las funciones sufre inestabilidades, desequilibrios, desajustes y desorganizaciones (39;54). Hay una mayor tendencia en SM a considerar los problemas de hiperactividad y déficit de atención como problemas psicopatológicos menores y evolutivos, o como sintomática que expresa otros trastornos mentales más complejos y estructurales o caracteriales (55;56). Se critica la imprecisión con que se están extendiendo los términos de 'TDA/H', «hiperactividad» o «déficit de atención», así como el mal uso que se hace de los criterios categoriales del DSM.

En las publicaciones desde SM sí se le da más espacio a los tratamientos psicológicos efectivos en el TDA/H, relatando experiencias de grupos psicoeducativos dirigidos tanto para los padres de los niños diagnosticados de TDA/H como para los propios niños, que se han puesto en marcha en distintos CSMIJ (35;57;58), siendo escasas las experiencias descritas desde otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas (37;59).

Otros autores como Cardó y Servera, han realizado una importante labor de reflexión respecto a este trastorno en diferentes trabajos desde una perspectiva científica, crítica y sensata a la vez. Partiendo de estudios sobre la prevalencia (30), y ante las grandes diferencias ya mencionadas, plantean que, considerando el TDA/H como un trastorno de origen biológico con gran consenso en la comunidad científica, debería poseer una banda de prevalencia relativamente estable y no tan dependiente de tantos factores (distintos criterios diagnósticos, métodos de evaluación, distintos informantes, muestra de estudio, ámbito geográfico, etc.). Señalan las limitaciones del DSM-IV como método diagnóstico apropiado para estos casos, puesto que no plantea que puede haber diferencias en la capacidad diagnóstica de los 18 criterios propuestos, no proporciona mecanismos para determinar la gravedad de un síntoma o conjunto de síntomas según la edad de desarrollo, el sexo o la fuente de información, y conceden el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, a pesar de que los múltiples estudios en los que se basó el DSM-IV indicaron claramente que no todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir un TDAH (60). También analizan la práctica clínica respecto al uso del metilfenidato, advirtiendo la necesidad y deber de los profesionales

médicos de diferenciar claramente la evidencia derivada de la industria farmacéutica de la evidencia derivada de una revisión estructurada de las fuentes de información bibliográfica (61), así como de hacer un uso racional de los medicamentos. En la revisión sistemática realizada por estos autores respecto a la eficacia y seguridad del metilfenidato, revisión fundamentada en el paradigma de la medicina basada en la evidencia (MBE), destacan una serie de limitaciones de los ensayos clínicos publicados al respecto, como lo son el pequeño tamaño muestral de la mayoría de estudios, la gran heterogeneidad metodológica entre ellos, con distintas pautas de tratamiento, comparaciones, medidas de resultado etc., la falta de descripción más detallada de los tratamientos conductuales estudiados y, en general, la baja puntuación obtenida de esos ensayos en la escala de valoración de Jadad así como posibles sesgos de publicación, lo que les lleva a recomendar prudencia a la hora de aceptar evidencias de según qué procedencia. Varios de estos problemas han sido también descritos en otros trabajos y en algunas de las GPC (10;17;62). Recientemente estos autores han publicado un extenso repaso de las controversias, dudas y sesgos que rodean a este trastorno, ya mencionadas en distintos momentos en este documento (63).

Una comparación interesante entre la diferente concepción entre SM y PAP es la que se puede extraer de los dos monográficos sobre este trastorno publicados por dos de las revistas características de uno y otro tipo de servicios: *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, que publicó un monográfico en 2006, y *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, que lo hizo en 2007.

- En el primero predominan las revisiones y resúmenes de recomendaciones y evidencias extraídas de la literatura anglosajona, girando alrededor de la misma información y basándose sobre todo en las recomendaciones de la AAP (64;65). Citan de forma unánime los criterios DSM como patrón de referencia para el diagnóstico del TDA/H, y su cronicidad y origen neurobiológico como características principales. Los pediatras de AP se posicionan (49;64;66;67) como los profesionales más adecuados para, y los responsables fundamentales de la detección, diagnóstico (incluido el diagnóstico diferencial de las comorbilidades) y tratamiento de esta problemática. Consideran, en cambio, la interconsulta o derivación a servicios especializados en casos complicados, dudas diagnósticas, casos con comorbilidad o con falta de respuesta al tratamiento (68), aunque vuelven a posicionarse como el coordinador ideal para el seguimiento de todos los casos (64;65). La idoneidad del pediatra para la atención a este trastorno recae a su vez en la escasez de especialistas de paidoneurología y paidopsiquiatría si

todos los afectados acudieran a sus consultas, aludiendo al criterio de que la alta prevalencia de un trastorno lo hace susceptible de ser atendido por AP (69).

Afirman la conveniencia de un tratamiento multimodal, basado en los cuatro parámetros indicados en la literatura (medicación, educación a padres, terapia conductual y apoyo escolar) (66), tareas las tres primeras que se consideran capaces de llevar a cabo en sus consultas. Consideran condiciones mínimas para este tratamiento integral del TDAH en la consulta del pediatra las recogidas en la Tabla 4.5.

Los PAP abogan más por la validez del trastorno, y señalan la falta de consenso que existe entre los psiquiatras infantiles en cuanto a este aspecto (49).

Tabla 4.5. Condiciones mínimas para el tratamiento integral del TDAH en la consulta pediátrica

- Formación en TDAH, trastornos del aprendizaje y trastornos psiquiátricos comórbidos
- Tiempo no inferior a una hora para primeras visitas y entregas de resultados
- Acceso a estudio psicológico si se debe descartar comorbilidad (mayoría de los casos)
- Conocimiento e interpretación de las pruebas psicométricas más comunes
- Disponibilidad para elaborar informes
- Disponibilidad para contactos personales o telefónicos con otros profesionales

* extraído de Artigas Pallarés J. (49)

En este monográfico se recogía la petición de los pediatras de AP, a propuesta del Grupo de Trabajo para TDAH de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (único grupo de trabajo específico de esta asociación dirigido a una problemática de SM), de incluir el TDAH en la cartera de servicios del PAP (44). Actualmente ya aparece el TDAH en el contenido de la cartera de servicios de AP como parte de los servicios específicos relativos a la infancia, bajo el epígrafe de «detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada», único trastorno de SM específicamente recogido además del autismo, y junto a la detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal u obesidad (70).

- En el número monográfico elaborado por y para profesionales de la salud mental, se observa una línea más crítica, desarrollando en

una serie de artículos puntos de vista distintos sobre el TDA/H, reseñando y actualizando las controversias, divergencias y puntos de convergencia presentes en la literatura respecto a criterios diagnósticos, etiopatogenia e incluso denominación del mismo, generados sobre todo a partir del informe del NIH de 1998 (4), que se recoge traducido íntegro en este número. Resaltan la confusión diagnóstica y terapéutica existente, relacionándolo con la oposición de dos modelos de comprensión, el fisiopatológico y el psicopatológico, que resultan en lecturas y modelos de intervención diferentes (71), haciendo hincapié en el predominio en la literatura del primero de ellos, favorecido por la hegemonía americana en la investigación y en la extensión de los criterios DSM. Desarrollan varias argumentaciones críticas con estos por su condición de categoriales y descriptivos, defendiendo la necesidad de criterios dimensionales y comprensivos. Encontramos reflexiones más centradas en los hechos clínicos y asistenciales que se presentan en las consultas de psiquiatría, desde la perspectiva del modelo psicopatológico, denunciando en cierta manera la forma en que se está fragmentando una realidad clínica compleja centrándose en el tratamiento de los síntomas desconsiderando la globalidad y la estructura de personalidad que subyace en el niño que los expresa (2;72;73). Se otorga un gran peso a las primeras relaciones del niño con su entorno en la posterior expresión de patologías como el TDA/H (74). Recogen además, cómo las intervenciones psicosociales, admitidas teóricamente como tratamiento eficaz, están siendo eclipsadas por la popularidad de la eficacia sintomática de la medicación, tratamiento mayoritariamente indicado por las guías, también analizadas y comentadas (72;73). Se añade una propuesta de cómo se conformaría una guía desde el modelo psicopatológico (73). Se insiste en los aspectos éticos, morales y sociales en torno a la problemática del sobrediagnóstico de TDA/H y de la posible medicalización y uso excesivo de psicoestimulantes en la infancia y en el papel influyente que los intereses de la industria farmacéutica están ejerciendo en todo ello. Se perfila, por tanto, como una reflexión general sobre la concepción del TDA/H como una entidad sintomática más que como un trastorno o enfermedad específica, proponiendo su abordaje desde aproximaciones psicoterapéuticas dinámicas y familiares como complemento necesario (75;76).

En la bibliografía consultada encontramos diferentes propuestas de protocolos de intervención, sin un carácter oficial o de reconocimiento general. Los criterios de intervención y derivación difieren según procedan de AP o SM y reproducen las diferencias descritas repetidamente en este y otros apartados (77;78;79;80).

Como conclusión general podemos extraer que, tanto en AP como en SM, hay dos tendencias en la concepción del TDA/H: una visión del trastorno determinado biológica-genética-neurológicamente, crónico, con un diagnóstico y una respuesta terapéutica centrada en los síntomas y fundamental y/o exclusivamente farmacológica en la práctica; y otra visión más compleja, que cuestiona la anterior por simplificadora, al considerar la expresión y la relación de esos síntomas con otros factores psicopatológicos y con la influencia del entorno y dinámica familiar, que deben ser considerados en un tratamiento necesariamente multimodal. La primera visión predomina más en AP mientras que la segunda se encuentra más a menudo en SM, aunque no son en absoluto exclusivas de uno u otro ámbito.

IV.2. Estudio retrospectivo-descriptivo

IV.2.1. Incidencia y prevalencia en los RCP en la CAPV

A continuación se recogen los datos proporcionados por los responsables de los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP) de Gipuzkoa, Bizkaia y Álava respecto a la incidencia y prevalencia del diagnóstico de TDA/H en los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil de Osakidetza. Éste se codifica en la CIE-9 como 314, en la CIE-10 como F90- y en la CFTMEA como 6.08. Obtuvimos los datos desglosados por año, de 2001 a 2007, por sexo y en tres grupos de edad: menores de 5 años, de 6 a 12 y mayores de 13. La incidencia se entiende como los casos nuevos cada año, y la prevalencia como los casos acumulados atendidos cada año.

Tabla 4.6. Prevalencia de TDA/H en nº de casos en Gipuzkoa

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	0	1	44	9	8	1	52	11	63
2002	3	1	47	9	15	5	65	15	80
2003	4	1	61	7	21	5	86	13	99
2004	7	0	80	11	36	7	123	18	141
2005	6	0	93	14	43	6	142	20	162
2006	5	0	90	11	35	6	130	17	147
2007	2	0	85	8	43	9	130	17	147

Tabla 4.7. Incidencia de TDA/H en nº de casos en Gipuzkoa

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	0	0	14	2	1	0	15	2	17
2002	2	0	15	5	5	1	22	6	28
2003	4	0	25	3	6	1	35	4	39
2004	5	0	26	4	9	1	40	5	45
2005	5	0	26	3	8	1	39	4	43
2006	1	0	15	2	1	0	17	2	19
2007	1	0	18	2	6	1	25	3	28

Tabla 4.8. Prevalencia de TDA/H en nº de casos en Bizkaia

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	9	0	90	15	62	10	161	25	186
2002	6	1	85	17	62	10	153	28	181
2003	3	3	71	17	63	11	137	31	168
2004	7	0	82	19	72	15	161	34	195
2005	7	0	110	23	77	12	194	35	229
2006	8	0	145	35	91	17	244	52	296
2007	8	2	177	43	99	15	284	60	344

Tabla 4.9. Incidencia de TDA/H en nº de casos en Bizkaia

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	4	0	10	1	2	0	16	1	17
2002	2	1	19	3	8	2	29	6	35
2003	1	2	15	2	3	2	19	6	25
2004	6	0	22	5	11	1	39	6	45
2005	3	0	25	8	6	0	34	8	42
2006	6	0	37	16	12	2	55	18	73
2007	4	2	54	13	12	3	70	18	88

Tabla 4.10. Prevalencia de TDA/H en nº de casos en Álava

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	4	1	27	1	9	1	40	3	43
2002	5	0	19	2	9	0	33	2	35
2003	1	0	20	2	8	0	29	2	31
2004	3	2	24	2	9	0	36	4	40
2005	3	1	23	4	16	1	42	6	48
2006	4	0	45	4	29	2	78	6	84
2007	3	0	67	6	40	2	110	8	118

Tabla 4.11. Incidencia de TDA/H en nº de casos en Álava

AÑO	< 5		6 a 12		13 >		subtotal		TOTAL
	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	varón	mujer	
2001	4	1	11	1	2	0	17	2	19
2002	4	0	9	1	1	0	14	1	15
2003	0	0	12	0	5	0	17	0	17
2004	3	1	19	2	1	0	23	3	26
2005	3		14	2	3	0	20	2	22
2006	4	0	17	4	5	0	26	4	30
2007	2	0	18	1	5	1	25	2	27

Tabla 4.12. Incidencia y prevalencia conjunta en nº de casos de la CAPV

AÑO	I N C I D E N C I A	< 5	6 - 12	> 13	niños	niñas	TOTAL	P R E V A L E N C I A	< 5	6 - 12	> 13	niños	niñas	TOTAL
2001		9	39	5	48	5	53		15	186	91	253	39	292
2002		9	52	17	65	13	78		16	179	101	251	45	296
2003		7	57	17	71	10	81		12	178	108	252	46	298
2004		15	78	23	102	14	116		19	218	139	320	56	376
2005		11	78	18	93	14	107		17	267	155	378	61	439
2006		11	91	20	98	24	122		17	330	180	452	75	527
2007		9	106	28	120	23	143		15	386	208	524	85	609

En el momento de la recepción de estos datos, al menos en los correspondientes a Gipuzkoa y Bizkaia había alrededor de un 30% del número total de historias de los centros en proceso de diagnóstico clínico y, por tanto, pendientes de un diagnóstico codificado en los RCPs. Aunque esto podría implicar pequeñas variaciones en los datos finales, podemos presuponer que su distribución es homogénea y no modificaría significativamente los porcentajes obtenidos.

Los datos procedentes de Gipuzkoa engloban a las unidades de Salud Mental infanto-juvenil de los centros de salud de Arrasate, Eibar, Zumárraga, Azpeitia, Beasain, Andoain y el EPI-J de San Sebastián. Los de Bizkaia corresponden a los centros de Uribe, Ercilla, Galdakao, Herribitarte, Ajuria, Barakaldo, Haurrentzat, Apnabi, Basauri, Módulos de Atención Psicosocial y el Hospital de Cruces. Los de Álava pertenecen a la UPI de Vitoria y al CSM de Araia.

Según los datos poblacionales de la CAPV actualizados a 2007 (fuente: Eustat), la población menor de 18 años en nuestra comunidad era de 338.968, desglosado así entre las tres provincias: Álava con 49.589 menores, Bizkaia con 174.153 y Gipuzkoa con 115.226. Si hiciéramos un cálculo de la prevalencia hallada en SM a 2007 extrapolado a la población general menor de 18 años, obtendríamos unas cifras de prevalencia en la CAPV del 0.24% en Álava, 0.20% en Bizkaia y 0.13% en Gipuzkoa, cifras inferiores y muy alejadas de las que se encuentran en la literatura al respecto.

IV.2.2. Recogida de datos en los CSM y cuestionarios

La recogida de datos para el estudio de la realidad asistencial e incidencia respecto al TDA/H en los centros de Salud Mental infanto-juvenil de la CAPV se finalizó en septiembre de 2008.

El estudio supuso, por un lado, la revisión de un total de 1.935 historias, las abiertas durante 2007 en seis de los servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la red de Osakidetza: los Centros de Salud Mental (CSM) de Uribe, Galdakao, Ercilla y Barakaldo, y las Unidades o Equipos de Psiquiatría Infantil (UPI, EPI-J) de Vitoria y San Sebastián, para conocer la incidencia del TDA/H como motivo de consulta y como diagnóstico y recoger en esos casos los datos mencionados en el apartado de métodos.

Del total de 1.935 historias, 400 (el 21%) tenían como motivo de consulta aspectos relacionados con el TDA/H (Gráfico 4.1): derivación por sospecha diagnóstica, petición de segunda opinión por parte de los padres o de otro

profesional, petición de seguimiento, o consulta por sintomatología propia del cuadro.

Gráfico 4.1. Número de casos con motivo de consulta por TDA/H en 2007 por centro (y porcentaje del total de sus nuevas entradas)

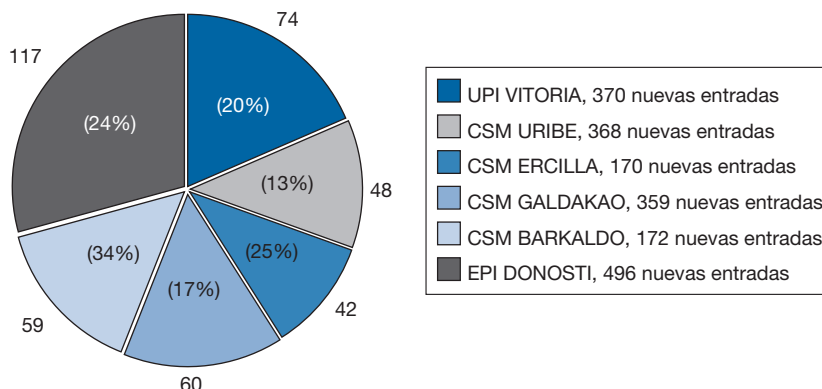
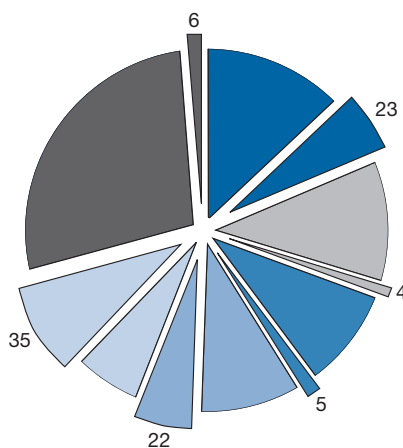


Gráfico 4.2. Número de casos diagnosticados de TDA/H en los centros (área extraída)



De esos 400 casos, en tan sólo un 24% (95 casos) se confirmó el diagnóstico de TDA/H por los profesionales de estos servicios, o se mantuvo el diagnóstico ya realizado por otro profesional, como diagnóstico principal

(n=88) o como complementario (n=7). La distribución de estos diagnósticos es muy desigual entre los centros, estando el 84% de ellos (80 de los 95 casos diagnosticados) en tres de los seis centros (Gráfico 4.2).

De los casos que consultaron por posible TDA/H, un 78% son niños frente a un 22% de niñas, aumentando la proporción niño/niña de los diagnosticados de TDA/H en los servicios a un 86% frente a un 14%. Las edades están comprendidas entre los 2 y los 18 años en el momento de consulta, estando el 55% entre los 7 y 10 años, el 21% son menores de 7 años, y el 24% restante está por encima de los 10 años (Gráficos 4.3 y 4.5). En el caso de los que reciben el diagnóstico en los centros, el 60% está entre los 7 y 10 años, el porcentaje de los menores de 7 años disminuye a un 14% y el de los mayores de 10 aumenta a un 26% (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.3. Año de nacimiento de los niños que consultan por TDA/H (n = 400)

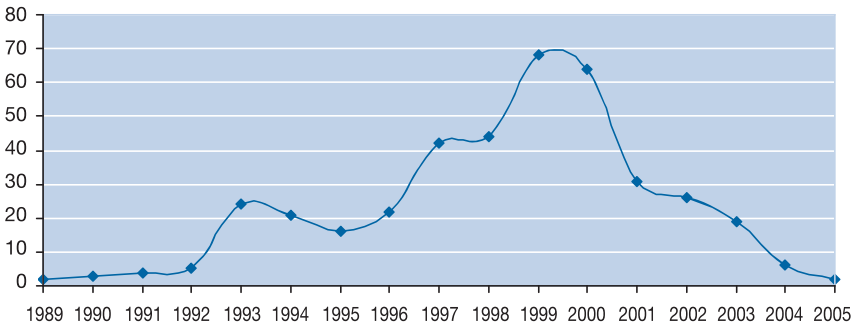


Gráfico 4.4. Año de nacimiento de los niños diagnosticados de TDA/H en los centros (n=95)

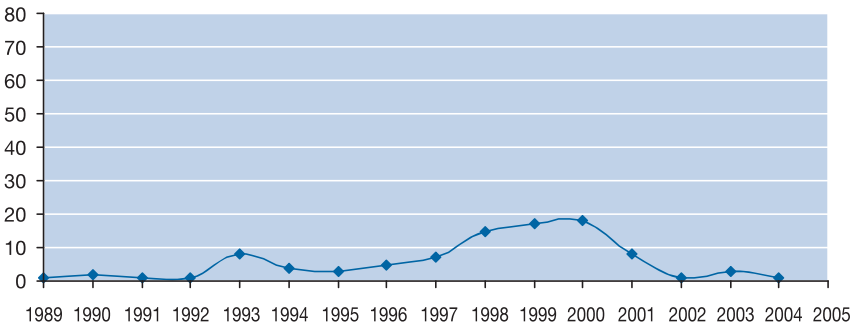
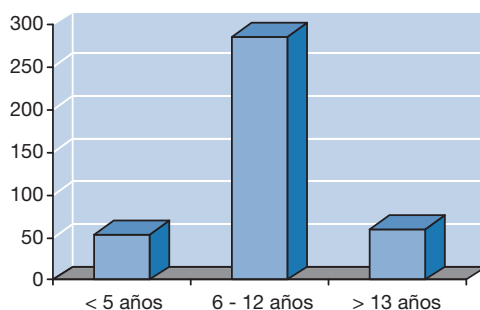


Gráfico 4.5. Número de casos que consultan por TDA/H, por grupos de edad



Resulta difícil distinguir claramente en las historias de quién proviene la iniciativa y la decisión final de consultar en SM por este motivo, puesto que, por regla general, para acceder a la atención especializada se requiere volante de atención primaria, y en él muchas veces no queda claro si la petición de consulta es iniciativa del propio pediatra o si se limita a cursar una demanda procedente de los padres, a su vez influida por la frecuente insistencia del colegio en la necesidad de consultar, referida explícitamente en muchas de las historias clínicas.

Lo mismo ocurre con la formulación del motivo de consulta, no es posible hacer una separación clara del motivo principal de la consulta, en el que se mencionan habitualmente entremezclados aspectos sintomáticos, impresiones parentales o familiares, informes escolares y en ocasiones requerimientos de otros profesionales.

La cuestión del diagnóstico plantea varios problemas, principalmente el descontento general entre los profesionales con las clasificaciones diagnósticas utilizadas. Por un lado, se parte de la falta de precisión con la que se otorga el diagnóstico de TDA/H, por el empleo habitual en la práctica de los criterios propuestos por el DSM-IV, mediante tests elaborados a partir de los ítems de dicha clasificación, más laxos y con subtipos según predomine la inatención o la hiperactividad, para la posterior asignación del código diagnóstico correspondiente de la CIE-10, cuyos criterios difieren de los anteriores y que no posee una diferenciación en subtipos, asignando por tanto indiferenciadamente el mismo código para ambos subtipos o el inespecífico (F90.8 – F90.9) para el subtipo de predominio inatento. De hecho, la CIE-10 sí posee un código para el trastorno de atención sin hiperactividad, recogido dentro del F98.8, *Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia*, en el que junto con onicofagia, rinodactilomanía, succión del pulgar y masturbación excesiva se encuentra el

epígrafe de *trastorno de déficit de atención sin hiperactividad*, aunque creemos poder afirmar que este código no se emplea para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención como tal en la práctica diagnóstica.

Además, se percibe una presión, tanto administrativa como por parte de los padres y colegio por un diagnóstico y tratamiento rápido, lo que posiblemente conlleva a un empleo precipitado de las clasificaciones diagnósticas.

Encontramos diferencias importantes en el diagnóstico según la práctica clínica de cada profesional. Como se muestra en el gráfico 2, en tres de los seis centros de nuestra muestra apenas se asignan diagnósticos de TDA/H, mientras que en los otros tres sí son más abundantes, aun no confirmando estos tampoco la mayoría de casos de los que acuden con ese motivo de consulta.

Podemos inferir así dos «corrientes» diagnósticas: en los psiquiatras o psicólogos que realizan un diagnóstico sintomático, se dan más diagnósticos de TDA/H, mientras que en los facultativos que realizan un diagnóstico estructural de cada sujeto encontramos muchos menos casos diagnosticados de hiperactividad.

En nuestra muestra, en los casos que consultan por ello pero no reciben diagnóstico de TDA/H, predominan, como diagnóstico principal (Gráfico 4.6), diagnósticos dentro de las categorías CIE-10 de trastornos de las emociones y del comportamiento (F93-98, n=89), neurosis y trastornos reactivos (F40-49, n=80), trastornos del desarrollo psicológico, psicomotor, del aprendizaje y trastornos generalizados del desarrollo (F80-89, n=45), o trastornos disociales (F91-92, n=18). Son numerosos también los diagnósticos correspondientes al capítulo Z de la CIE-10 (problemas relacionados con circunstancias familiares, psico-sociales, económicas, etc.), en 12 casos como diagnóstico principal, y en otros 34 casos como complementario. Otro porcentaje considerable corresponde a los casos que no recibieron un diagnóstico (por acudir solamente a la 1.^a consulta o abandonar antes de ser emitido un diagnóstico por el facultativo) o que no presentaban a juicio del facultativo patología ninguna. En los diagnósticos confirmados de TDA/H se mantiene la misma proporción de asignación del F90 como único diagnóstico (67%) o como parte de un diagnóstico múltiple (33%) que en el resto de diagnósticos de nuestra muestra (70% frente a 30%) (Gráfico 4.7). Aunque el porcentaje de comorbilidades asociadas al TDAH parece menor que en los datos de la literatura, entendemos que ello es debido a que en salud mental se separan los casos con diagnósticos TDAH confirmados, de otros que podrían ser considerados como «con comorbilidad» con otros criterios, pero que en salud mental reciben otro diagnóstico principal.

Gráfico 4.6. Diagnóstico principal asignado a los casos que consultan por TDA/H

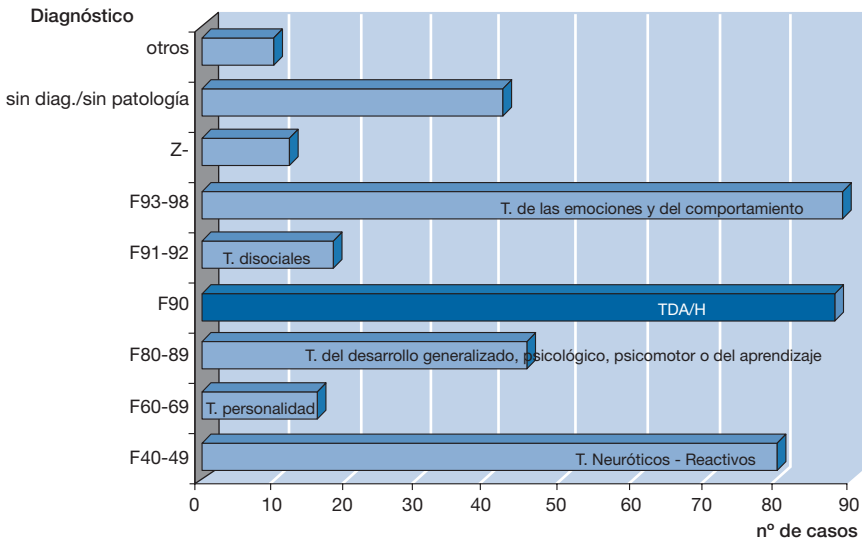
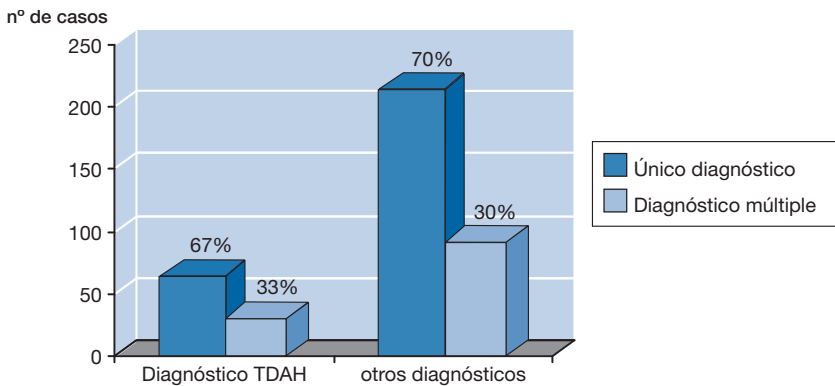


Gráfico 4.7. Porcentaje de diagnósticos únicos y múltiples



En cuanto a la respuesta terapéutica, que ineludiblemente se ve influida por los asuntos ya expuestos relativos al diagnóstico, encontramos variabilidad, tanto entre centros como entre profesionales del mismo centro. La realidad encontrada es que en los casos diagnosticados de TDA/H en estos centros, se prescribe medicación en 51 de los 95 casos, aunque perteneciendo más de la mitad de ellos a un mismo centro. Por lo general, la mayoría de psiquiatras y psicólogos de los CSM consultados optan por una respuesta

psicoterapéutica con el niño o niña, acompañada de indicaciones o pautas a la familia, y/o coordinación con el colegio. El seguimiento habitual más frecuente en la red pública, dada la demanda y recursos disponibles, suele ser de una sesión al mes aproximadamente, aunque dependiendo de la gravedad y recursos específicos de las unidades, pueden ser atendidos con mayor frecuencia. En los casos en los que el tratamiento ofrecido es el farmacológico, por lo general se distancian aún más las consultas de seguimiento.

En al menos uno de los seis centros de la muestra (CSM Galdakao) disponen de un tratamiento grupal establecido para casos de TDA/H, en el que mediante la palabra y actividades manuales trabajan la mentalización, la contención, la elaboración y la representación mental para evitar la actuación impulsiva, con una periodicidad de las sesiones en un inicio semanal para pasar posteriormente a ser quincenal y finalmente mensual, y paralelamente se realiza trabajo de grupo con los padres, ayudándoles en la función parental, sumando así ambos grupos sus sinergias terapéuticas. En otros centros también son incluidos en tratamientos grupales que aunque no específicos de este diagnóstico, se considera deben responder a una sintomatología que es común a estructuras psicológicas y situaciones clínicas diversas.

Los resultados de los tratamientos no se recogen de forma sistematizada en las historias clínicas, por lo que no se han podido extraer conclusiones basadas en datos precisos. Hay que decir que se da la situación, no poco habitual, de casos en los que se está viendo, tratando o evaluando al niño en diferentes servicios a la vez sin coordinación alguna entre ellos. De hecho, un 17% de los consultantes en SM por este motivo ya habían iniciado tratamiento farmacológico anteriormente. Además los abandonos y discontinuidades en los tratamientos dificultan aún más la sistematización de datos relativos a seguimiento y resultados terapéuticos.

Del cuestionario de opinión y práctica clínica elaborado ad hoc (Tabla 4.13), obtuvimos la respuesta de los 17 psicólogos y 18 psiquiatras de los seis centros de nuestra muestra, y del paralelo administrado posteriormente a pediatras de AP, recibimos 44 respuestas (14 físicamente en el encuentro citado en el apartado Métodos, 30 vía página web). A pesar de ser una muestra reducida de profesionales, tanto de un ámbito como del otro, podemos considerar que las respuestas obtenidas reflejan importantes diferencias de opinión y práctica clínica inter e intra-especialidades. El 42% de los pediatras dan un peso fundamental a la bioquímica cerebral en la etiología del TDA/H, frente a un 9% en los psicólogos/psiquiatras, quienes en un 80% opinan que la etiología se debe a factores múltiples. En el caso de las derivaciones, el 66% de los psicólogos/psiquiatras y el 45% de los pediatras

creen que los casos con sospecha diagnóstica de TDA/H deberían ser vistos y diagnosticados en Salud Mental en vez de quedarse en Pediatría. En cuanto al empleo de metilfenidato como tratamiento de primera elección, el 30% de los pediatras respondió «estoy de acuerdo», mientras que ninguno de los psicólogos o psiquiatras escogió esa respuesta; el 49% de éstos creen que su indicación es secundaria a otros tratamientos frente a un 11% de los pediatras; el 39% de los pediatras creen que debe utilizarse sistemáticamente pero asociado a otros tratamientos, lo que comparten tan sólo un 9% de los psicólogos/psiquiatras, quienes en un 26% opinan que debe emplearse el metilfenidato como tratamiento de primera elección únicamente en ciertos casos. En su elección de respuesta terapéutica, el factor determinante para el 77% de los psicólogos/psiquiatras es su experiencia clínica, mientras que para el 57% de los pediatras son los criterios propuestos por las guías de práctica clínica y otras publicaciones de evidencia científica y sólo un 7% dicen basarse en su experiencia clínica. En cuanto a la idea de establecer un protocolo de intervención homogéneo entre los profesionales de su propia especialidad, el 40% de los psicólogos/psiquiatras y el 61% de los pediatras comparten que es algo imprescindible, el 49% de los primeros y el 37% de los segundos opinan que es útil, mientras que sólo un 11% de los psicólogos/psiquiatras y un 2% de los pediatras piensan que es algo inviable. Los porcentajes son muy similares en cuanto a la idea de establecer un protocolo compartido entre las distintas especialidades. Los pediatras encuestados sobre los motivos de derivación de estos casos a SM dicen en un 40% tratarse en muchos casos de una intervención administrativa, de emitir un volante de derivación aceptando esta demanda por parte de la familia o el colegio, aunque un 56% de ellos afirma que en la mayoría de casos realizan la interconsulta o derivación a SM por una detección real del trastorno en sus consultas.

Tabla 4.13. Ítems del cuestionario de opinión y práctica clínica y respuestas emitidas por los psicólogos y psiquiatras de Salud Mental (n=35) y por los pediatras de Atención Primaria (n=44)

	SM	PAP
1. En tu opinión, la etiología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) tiene que ver, fundamentalmente, con:		
a) bioquímica cerebral	9%	42%
b) psicopatología subyacente	11%	2%
c) problemática biográfica y familiar	0	5%
d) dificultades y desadaptación escolar	0	0
e) factores múltiples (indicar cuáles)	80%	51%

	SM	PAP
2. Parece ser cada vez más frecuente en nuestro sistema asistencial considerar que el pediatra de atención primaria (PAP) puede y debe diagnosticar el TDAH y remitirlo posteriormente a salud mental si detecta alguna problemática psíquica asociada («comorbilidad»). En tu opinión:		
a) es lógico y coherente asistencialmente	8%	
b) estoy de acuerdo en algunos casos	26%	
c) no estoy de acuerdo en ningún caso o creo que siempre debería ser visto antes en SM	66%	
2bis. Parece ser cada vez más frecuente en nuestro sistema asistencial que el pediatra de atención primaria (PAP) diagnostique y trate el TDAH. En tu opinión:		
a) es lógico y coherente asistencialmente y considero innecesaria la derivación a SM		0
b) creo que siempre deberían ser vistos también en SM para detectar o descartar problemática psíquica asociada		45%
c) considero que el pediatra debe decidir si derivarlo o no porque está capacitado para discriminar los casos con problemática psicológica asociada		55%
3. Se está generalizando la opinión, confirmada en diversas guías y protocolos de actuación internacionales, de que el metilfenidato es el tratamiento de 1.ª elección para el TDAH. En tu opinión:		
a) estoy de acuerdo	0	30%
b) considero que únicamente debe ser así en ciertos casos	26%	18%
c) creo que debe usarse sistemáticamente pero asociado a otros tratamientos	9%	39%
d) creo que su indicación es secundaria a otros tratamientos	49%	11%
e) creo que no debería usarse en ningún caso a ciertas edades	0	0
f) creo que no debería usarse en ningún caso	3%	2%
4. En esta opinión que acabas de expresar, y en tu elección de respuesta terapéutica ante estos casos, el factor determinante para tu decisión es:		
a) tu experiencia clínica	77%	7%
b) los criterios descritos en GPC	0	39%
c) las publicaciones de evidencia científica	0	18%
d) que otras opciones no son viables dada la demanda y recursos disponibles	9%	2%
e) el criterio compartido con otros especialistas		25%
5. A la vista del estado actual de las respuestas asistenciales y terapéuticas, qué opinas de la idea de establecer un protocolo de intervención homogéneo:		
▶ Entre los profesionales de tu propia especialidad:		
a) imprescindible	40%	61%
b) útil	49%	37%
c) innecesario		0

	SM	PAP
d) inviable	11%	2%
► Compartido con otras especialidades:		
a) imprescindible	37%	61%
b) útil	54%	37%
c) innecesario		0
d) inviable	9%	2%
6. Los servicios de Salud Mental reciben con frecuencia niños con volantes de derivación desde pediatría en los que se pide confirmar o descartar el diagnóstico de TDAH o tratarlo. En tu experiencia, suele tratarse:		
a) en la mayoría de los casos, de una intervención «administrativa» (emitir volante de derivación) en la que el pediatra acepta una demanda familiar o escolar		40%
b) en la mayoría de los casos, de un problema detectado en la consulta pediátrica que se transforma en una demanda explícita de interconsulta con un nivel más especializado		56%

* No se contabilizan aquí las respuestas múltiples emitidas a ítems de única respuesta

En una parte del cuestionario elaborado originalmente para los psicólogos y psiquiatras de los centros consultados, se les preguntaba por los criterios diagnósticos que emplean: en cinco de los seis centros encuestados deben codificar los diagnósticos según la CIE-10, mientras que en la UPI de Vitoria, emplean la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA), aunque ya se ha mencionado el extendido uso de los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV. También se les preguntaba sobre su procedimiento de evaluación habitual en estos casos, a lo que el 100% de ellos marcó entre sus respuestas la realización de entrevistas con el niño o niña y también con los padres, el 94% indicaron que además pedían información del entorno escolar; tan sólo un 34% manifiesta emplear escalas tipo Conners o Vanderbilt, las más extendidas para estos casos; un 17% dicen realizar examen físico del paciente y sólo un 1% pide pruebas neurológicas complementarias (scanner, neuroimagen, etc.) si lo ven necesario; el 83% de ellos afirman emplear otras pruebas de exploración neuro-psicológica, citando entre ellas pruebas atencionales, proyectivas, cognitivas, o de personalidad. A la pregunta de si emplean instrumentos de evaluación clínica de resultados, el 80% respondieron que no lo hacen, y el 20% respondieron afirmativamente que realizan test-retest de algunas pruebas. Solamente el 14% dicen seguir algún protocolo o guía de práctica clínica, aunque el 54% manifiestan conocer alguna.

IV.2.3. Datos de consumo de metilfenidato en la CAPV

Se presentan aquí datos del consumo de metilfenidato proporcionados por la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco, que recibimos en forma de número de envases de Rubifén® y Concerta® en sus distintas presentaciones (Rubifén 5, 10 y 20 mg y Concerta 18, 36 y 54 mg) y sus correspondientes números de Dosis Diarias Definidas (DDD), y desglosado por provincias (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa), año (2001-2007), y por las especialidades desde las que se prescriben. Corresponden a las dispensaciones que se han realizado con recetas con cargo al SNS en las oficinas de farmacia, no se recoge ni recetas privadas, ni las recetas de entidades aseguradoras. Se han elaborado tales datos en las siguientes tablas:

Gráfico 4.8. Consumo total de Rubifén y Concerta en número de DDD en la CAPV de 2001-2007

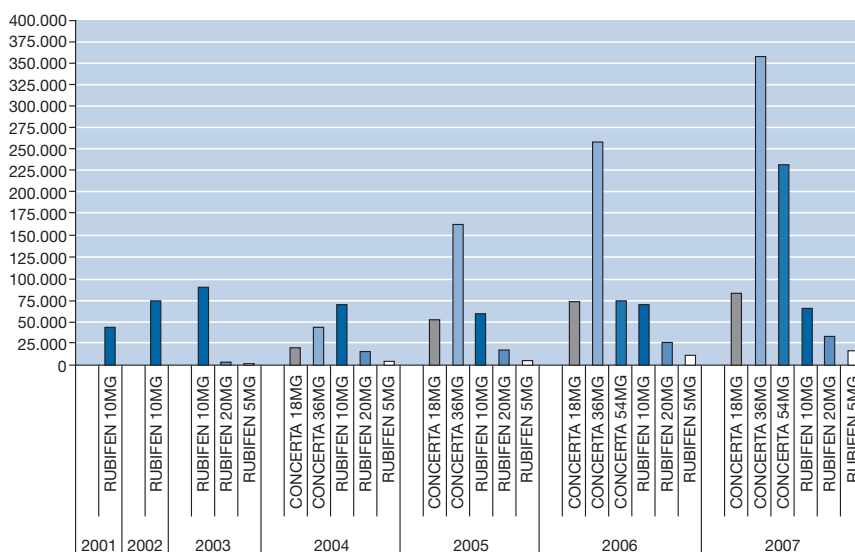


Gráfico 4.9. Consumo total de metilfenidato (Rubifén más Concerta) en número de DDD en la CAPV de 2001-2007

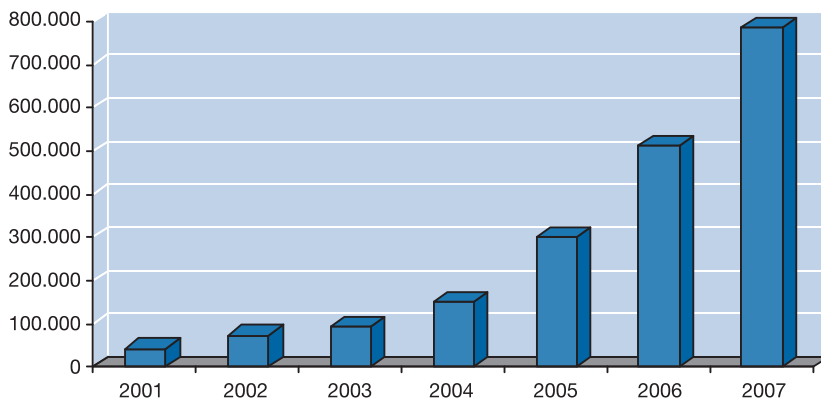
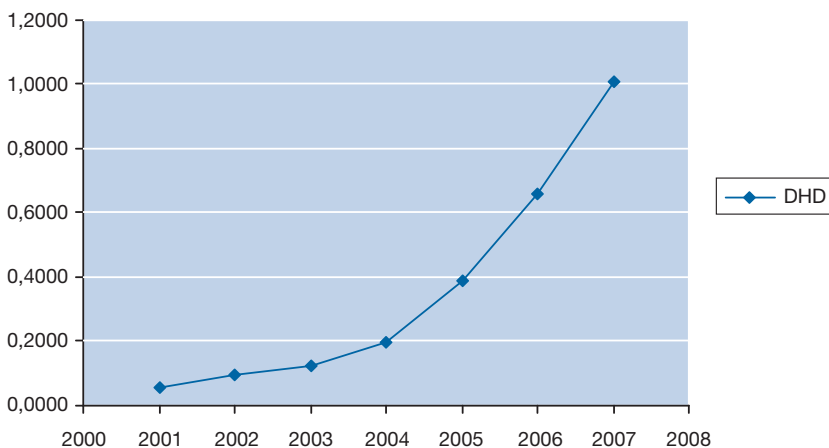


Gráfico 4.10. Progresión del consumo total de metilfenidato en DHD (dosis por habitante y día) en la CAPV de 2001-2007



* los datos poblacionales para el cálculo de la DHD han sido tomados de lo publicado en la página web del EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística)

Gráfico 4.11. Consumo de metilfenidato en nº DDD en la CAPV por prescripción desde Pediatría de Atención Primaria y Psiquiatría (Salud Mental) y forma de presentación

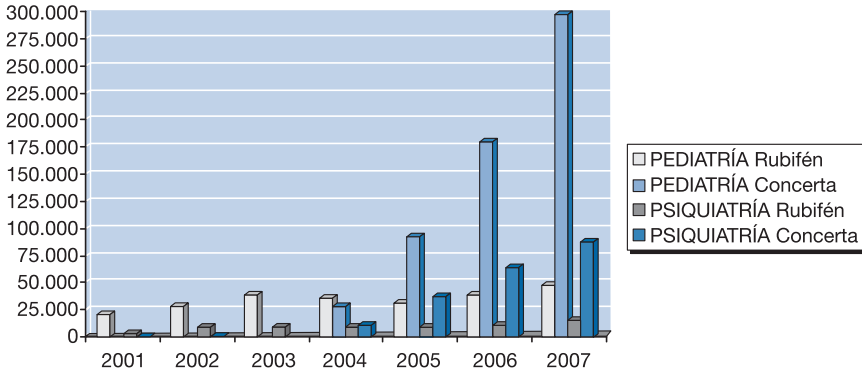


Gráfico 4.12. Consumo de metilfenidato (Rubifén más Concerta) en nº DDD en la CAPV por prescripción desde Pediatría de Atención Primaria y Psiquiatría (Salud Mental)

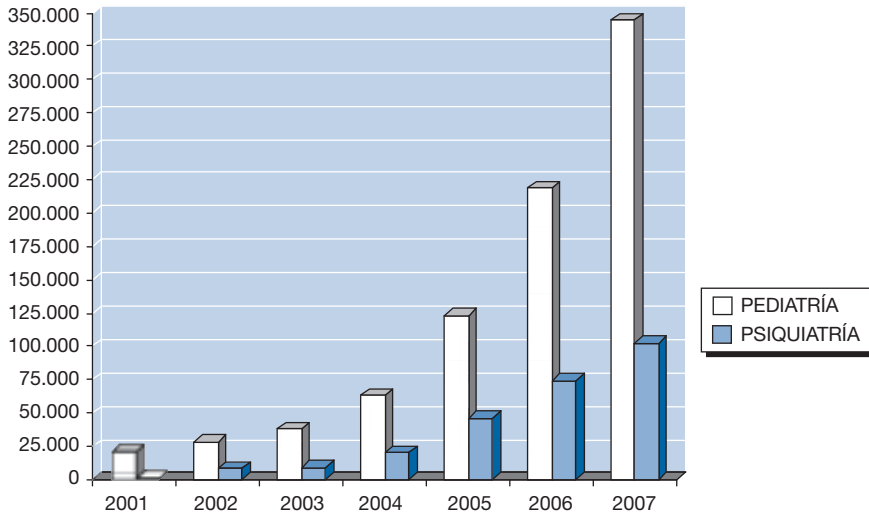


Gráfico 4.13. Consumo de metilfenidato en DHD por provincias y por prescripción desde Pediatría de Atención Primaria y Psiquiatría (Salud Mental)

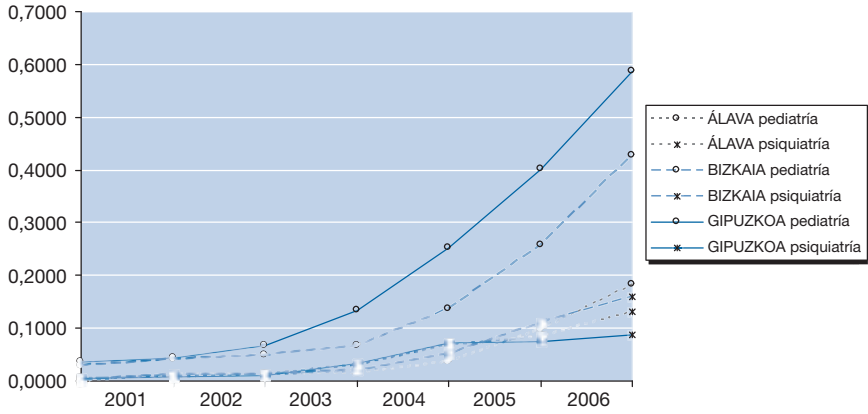


Gráfico 4.14. Consumo total metilfenidato en nºDDD en la CAPV por especialidades

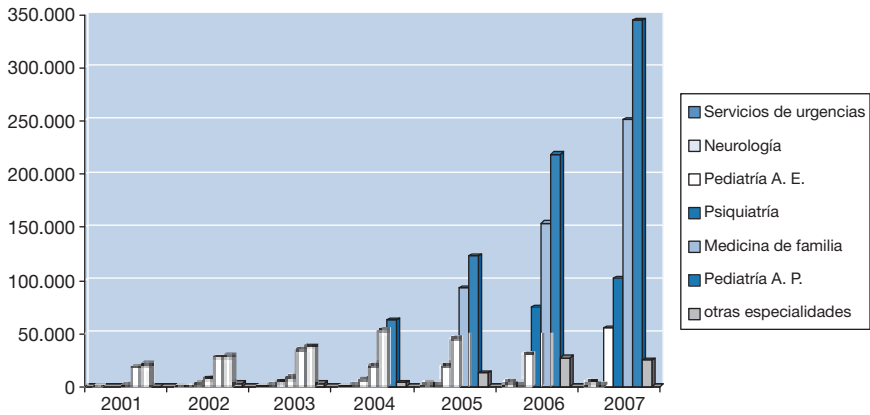
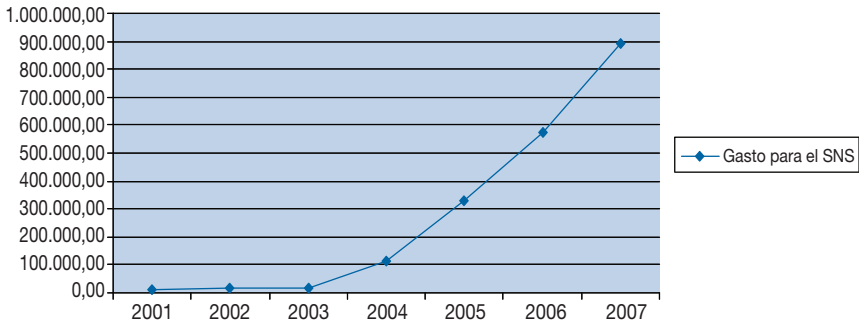


Gráfico 4.15. Gasto en euros para el SVS de las prescripciones de metilfenidato en la CAPV



* coste calculado a partir del precio de cada envase y la parte proporcional de cada uno de la que el SNS se hace cargo a través de las recetas

Todos estos datos y gráficos plasman el espectacular aumento en la prescripción de tratamiento farmacológico para el TDA/H, puesto que es prácticamente la única indicación terapéutica del metilfenidato (se encuentra indicado también para la narcolepsia, pero el uso y baja prevalencia de ésta hacen que el metilfenidato se asocie casi exclusivamente al TDA/H). El rápido crecimiento en el consumo se da sobre todo a partir de 2004, con la entrada en el mercado español de Concerta®, metilfenidato de liberación prolongada, que explica a su vez el aumento tan grande en número de DDD, puesto que sus presentaciones (18, 36 y 54mg) son en dosis mucho mayores que las de Rubifén® (5, 10 y 20mg), habiendo mantenido éste una progresión más lineal. De 2001 a 2004 se multiplicó la prescripción de metilfenidato en la CAPV por tres, mientras que de 2001 a 2007 se multiplicó por dieciocho, lo que ha supuesto un aumento del gasto público de 8.648€ a 890.848€ (gráf. 4.15.).

Es muy significativo el hecho de que sea en pediatría donde, con gran diferencia, más se prescribe metilfenidato, lo que hace pensar en distintas lecturas: que se ha convertido en un trastorno asumido por la pediatría, que lo considera como un problema clínico propio de su especialidad; que se está desplazando la problemática desde la psiquiatría o psicología hacia la pediatría, o que recae en estos últimos el asumir la responsabilidad de la prescripción y seguimiento farmacológico tanto de los casos iniciados en atención primaria como de los procedentes de salud mental y otras especialidades.

El hecho es que los datos muestran que Pediatría receta hasta cuatro veces más que Psiquiatría, teniendo en cuenta además que Psiquiatría engloba las edades infantiles y adultos, ya que no hay especialidad propia de psiquiatría infantil, por lo que si se suma la prescripción desde medicina de

familia, vemos cómo por ejemplo en 2007 desde Atención Primaria se recetó hasta seis veces más que desde Psiquiatría.

En el desglose por provincias, y ajustando los datos a la población total, las DHD muestran las mayores tasas de prescripción de metilfenidato a lo largo de los años en los servicios de PAP de Gipuzkoa y Bizkaia, multiplicándose de 2001 a 2007 ambas por 15. En los servicios de SM de estas dos provincias, partiendo de cifras 10 veces más bajas que en PAP, no se ha llegado a cotas tan altas de prescripción, aunque el incremento relativo ha sido aún mayor, estando en este caso la psiquiatría de Bizkaia por encima de la de Gipuzkoa en los últimos años. En el caso de Álava, con cifras siempre inferiores en PAP respecto a las otras dos provincias, las DHD han resultado mayores en SM, e incluso por encima de Gipuzkoa y Bizkaia, hasta 2006, año en que PAP incrementó sus prescripciones de metilfenidato por encima de las de psiquiatría en esta provincia.

V. Discusión

Los resultados de nuestro estudio apuntan hacia las siguientes consideraciones, necesariamente prudentes porque, aunque reúnen datos objetivos y precisos, también tienen las limitaciones y características propias de un estudio descriptivo (recogida de datos a partir de lo descrito por cada profesional en historias clínicas, sin una uniformidad de formato, datos parcialmente incompletos, etc.) y un análisis cualitativo y narrativo.

V.1. Respecto a los criterios diagnósticos

El dato más revelante es que sólo un 24% de los niños que consultan en centros de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud con un posible TDA/H como motivo o como diagnóstico previo ve confirmado el diagnóstico en SM, lo que muestra que los criterios diagnósticos varían entre distintos sistemas asistenciales, apuntando a que o bien son más amplios o laxos en PAP, como filtro de derivaciones a SM, o más estrictos en este último. Además, también puede decirse que en algunos CSMIJ los criterios parecen tender a una mayor «facilidad» para el diagnóstico positivo (dado que la naturaleza del trastorno hace inviable pensar que haya diferente incidencia/prevalencia en comarcas determinadas). Los datos hacen pensar que las divergencias entre quienes piensan que es un trastorno infra o sobrediagnosticado no son sólo teóricas sino que responden también a realidades y respuestas asistenciales diferentes.

Los posibles motivos de tal divergencia en los criterios diagnósticos nos parecen diversos. El empleo de diferentes sistemas de clasificación es el más evidente, pero también la forma en que son utilizados. En particular, llama la atención que se extienda la aplicación del DSM IV —que exige un tiempo de exploración importante y una amplia experiencia en el diagnóstico positivo y diferencial de numerosos trastornos psíquicos, evaluación ampliamente recomendada en las GPC— en un ámbito de consultas obligatoriamente rápidas como las que son habituales en nuestro sistema de AP. En este sentido, parecen confirmarse dos tendencias diferentes en PAP: la de quienes reclaman su idoneidad para hacer el diagnóstico y el tratamiento y la de quienes prefieren hacerlo de forma coordinada o subordinada a la atención especializada; en ambos casos son muchos los que reclaman la necesidad de una mejor formación en el diagnóstico y abordaje terapéutico de los aspectos específicos de la problemática psíquica (48;49;80).

Otra divergencia hallada entre PAP y SM en el cuestionario, y que explica en parte las diferentes actuaciones entre unos y otros, es la consideración de la etiología del trastorno. Una mayoría de los psiquiatras y psicólogos encuestados (80%) opinan que fundamentalmente tiene que ver con factores múltiples (bioquímica cerebral, psicopatología subyacente, problemática biográfica o familiar, desadaptación o dificultades escolares), mientras que los pediatras se dividen casi a partes iguales entre la bioquímica cerebral como causa fundamental (42%) y dichos factores múltiples (51%).

La tendencia, predominante en SM, a considerar el TDA/H como la manifestación de una agrupación sintomática/sindrómica, con múltiples aspectos psíquicos y relacionales subyacentes o asociados —y su vinculación con el desarrollo y estructura de la personalidad—, puede explicar que en el 76 % de casos con motivo de consulta TDA/H, se formulen otros diagnósticos, más estructurales que sintomáticos, predominando así los diagnósticos dentro de las categorías de los trastornos neuróticos y reactivos, trastornos de las emociones y el comportamiento o problemas en el desarrollo y los aprendizajes.

Estos datos concuerdan con el reconocimiento en trabajos y guías de la dificultad de encontrar una hiperactividad «pura» y del elevado porcentaje de trastornos que se asocian al TDA/H que, como se ha visto en los diagnósticos en SM, puede verse como comorbilidades pero también como diagnósticos principales alternativos al TDA/H.

En la situación asistencial actual no parece estar claro ni resuelto a qué especialidades o «territorio asistencial» concreto compete el diagnóstico y tratamiento del TDA/H. Tradicionalmente considerado como un problema vinculado al desarrollo psicológico normal y/o patológico y a los factores múltiples que en él inciden, era —y por ahora sigue siendo— un trastorno incluido en todas las clasificaciones de trastornos psíquicos y por tanto tributario de su atención por parte de los especialistas en salud mental. Su conceptualización actual como problema de causa neurológica-genética y de tratamiento preferentemente farmacológico parece estar desplazando su atención hacia el terreno de la neurología pediátrica y PAP; y con la más reciente extensión de trabajos que afirman su carácter de enfermedad crónica, hacia la psiquiatría y la neurología del adulto.

V.2. Respecto a las dimensiones epidemiológicas y gravedad del TDA/H

Con los datos recogidos en nuestro estudio, confirmamos que en nuestro medio, como ocurre en otros, los criterios diagnósticos y prácticas asistenciales aplicadas varían y no permiten la precisión necesaria para obtener datos globales fiables sobre la incidencia y prevalencia real del TDA/H. El simple dato de que SM sólo confirma un 24% de los casos que consultan con ese motivo es bastante ilustrativo y mostraría que: o existen muchos falsos positivos en diagnósticos y demandas generadas en AP, el medio escolar y las propias familias, o los criterios diagnósticos empleados en SM son mucho más restrictivos por lo que obtienen cifras inferiores de incidencia y prevalencia, divergencias éstas entre AP y SM corroboradas en distintos trabajos (34;38;39;40). No sorprende, por tanto, que existan opiniones contrapuestas que hablan de infra o sobrediagnóstico del trastorno.

La revisión detallada de las historias clínicas de los servicios de SM muestra la complejidad de factores influyentes en la demanda y en el diagnóstico previo, difíciles de sistematizar: variabilidad o imprecisión de medios diagnósticos utilizados; catalogación diagnóstica del trastorno por diferentes medios profesionales (médicos, psicológicos, pedagógicos) que a veces se descalifican mutuamente en consultas previas; demanda familiar provocada por múltiples vías (internet, noticias médicas de procedencias diversas y alarmas mediáticas o escolares, entre otras). Cabe resaltar esta expansión y, a la vez, alarma social que la extraordinaria atención mediática —con su concepto de «nueva enfermedad»— está contribuyendo a generar, tanto en familias como en los medios escolares, una preocupación creciente que está conllevando una multiplicación de demandas de diagnóstico y de tratamiento, que no dejan de ser una presión, cargada de inquietud y confusión, dirigida preferentemente hacia el primer filtro sanitario, la AP, obligada así a responder —a diferencia de la atención especializada— de inmediato. La SM, más «resguardada», puede hasta cierto punto diferir su diagnóstico y prolongar sus evaluaciones e intervenciones, pero también se ve desbordada cuando sus recursos son más limitados, en particular cuando debe responder a tratamientos que exigen una atención más intensiva. En consecuencia, la AP puede verse solicitada, lo quiera o no, para cubrir las carencias de la atención especializada. De hecho al ser encuestados por los motivos de derivación a SM de estos casos, un 40% de los pediatras dice tratarse muchas veces de una intervención administrativa, de emitir un volante de derivación aceptando una demanda familiar o escolar, aunque un 56% de ellos dicen realizar esta interconsulta con SM como iniciativa propia por una detección real del trastorno en sus consultas.

La aceptación social del diagnóstico de TDA/H, puede también comprenderse porque puede suponer un alivio para los padres y también para el niño, pues permite dar una explicación a problemas de conducta y de relación, de aprendizaje y de la adaptación escolar, favoreciendo una atención terapéutica (médica, psicológica, pedagógica) necesaria, que posibilita que el niño «inconstante, travieso, impulsivo y desobediente» deje de serlo para entrar en una categoría médica y pase de ser incomprendido, o rechazado, a ser ayudado (37). Esta atención es, además, cada vez más reclamada como un derecho legítimo por el entorno del niño, que incluso pueden solicitar peticiones de discapacidad para obtener ayudas y recursos. Queda por ver si esta demanda está siempre justificada por un trastorno real o si responde —y con qué frecuencia— a una medicalización de comportamientos y dificultades propias del desarrollo y vinculadas también a factores sociofamiliares y educativos.

Todo ello no puede dejar de condicionar el aumento progresivo de demandas y de diagnósticos de TDA/H que los datos objetivos confirman —la incidencia del diagnóstico en los CSM de la CAPV se triplicó de 2001 a 2007— y que, en pura lógica, apuntarían a considerar el TDA/H como un fenómeno epidémico de extensión progresiva e imparable a pesar de la multiplicación de prescripciones farmacológicas a las que se suponen efectos curativos o al menos paliativos.

La cuestión de la gravedad del trastorno, que debiera fundamentarse en la evolución y seguimiento a largo plazo de grandes cohortes de casos tratados, tiene escasos o nulos estudios en nuestro país. Sin embargo, son numerosos los trabajos publicados que, sencillamente, dan por buenos los resultados de trabajos extranjeros, fundamentalmente anglosajones, de metodologías y procedencias diversas, que afirman con rotundidad esta gravedad y cronicidad, a pesar de que existe un amplio consenso entre expertos de la escasez y necesidad de estudios a largo plazo que puedan apoyar esas aseveraciones.

En contraposición a esta postura, mayoritaria en la literatura y GPC, encontramos la de las autoridades sanitarias europeas en materia de salud mental (6), que hacen la distinción entre trastornos psiquiátricos graves y trastornos psiquiátricos comunes, definiendo entre los primeros los de la índole de la esquizofrenia y, entre los segundos, los relacionados con la ansiedad y depresión, enmarcando el TDA/H dentro de estos últimos. Distinción que justifica, a nuestro entender razonablemente, una crítica prudente a la recomendación generalizada en las GPC de tratar este trastorno siempre como una enfermedad grave y crónica y por ello necesitada de múltiples y sucesivas prescripciones de distintos productos farmacológicos, más allá del metilfenidato (antidepresivos, antihipertensivos, SSRI, neurolépticos, etc.) cuando éste no funciona o no es suficiente para paliar los síntomas —que pueden ser considerados en

numerosos casos de no suficiente gravedad para tales indicaciones, y obliga a evaluar los riesgos-beneficios desde la sensatez y experiencia clínica, más allá de la evidencia científica de eficacia que las avalen—.

En todo caso, estaríamos más de acuerdo con la matización que NICE realiza, en cuanto a que distintos grados de gravedad de los síntomas requieren distintas aproximaciones terapéuticas, reservando el tratamiento farmacológico como primera opción terapéutica, pero nunca exclusiva, solamente a los casos más severos.

De los datos nacionales e internacionales de prescripción de metilfenidato se puede inferir que en la práctica clínica la respuesta medicamentosa se ha extendido quizá indiscriminadamente en una mayoría de los casos en que se diagnostica TDA/H, con independencia de la gravedad de cada caso.

V.3. Respecto a respuestas terapéuticas

Los datos de la evolución del empleo de psicoestimulantes muestran, sin lugar a dudas, un espectacular aumento de su prescripción, sobre todo a partir de la entrada en el mercado del metilfenidato de acción retardada. Se puede inferir, por tanto, que es la opción terapéutica que de forma mayoritaria se adopta en la sanidad pública, quedando otras respuestas, más costosas en tiempo y disponibilidad profesional, relegadas a un segundo plano. Esto se ve fomentado además por la evidencia científica que preconiza la eficacia de lo farmacológico frente a las intervenciones psicoterapéuticas, puesto que es mucho mayor la investigación destinada a lo primero (por diferentes motivos, tanto metodológicos como de intereses).

Además de dicha progresión geométrica de las prescripciones de metilfenidato (en la CAPV se multiplica por 18 en seis años), se puede observar su prescripción creciente y mayoritaria por especialistas que no pertenecen a la salud mental infanto-juvenil, así como el elevado coste económico que suponen para la sanidad pública (partiendo de cifras mínimas en 2001, 8.648€, se llegó en 2007 a un coste para el SVS de 890.848€). En los datos mostrados, vemos cómo es mucho mayor la prescripción desde AP que desde SM, incluso desde especialidades que nada tienen que ver con la atención infantil. Creemos poder afirmar que, a pesar del creciente interés en la literatura científica por el TDA/H adulto, en nuestro país aún no se puede hablar de altas prescripciones de metilfenidato y diagnósticos de TDA/H en adultos, y es más desconcertante aún el considerable número de prescripciones correspondientes a otras especialidades totalmente alejadas de la atención a este trastorno.

Hemos podido comprobar en la encuesta que es patente la diferencia de opiniones respecto al uso de metilfenidato en uno y otro servicios: una mayoría de pediatras (69%) están de acuerdo con la recomendación generalizada de emplear el metilfenidato como tratamiento de primera elección en el TDA/H (30%) o creen que debe usarse sistemáticamente pero asociado a otros tratamientos (39%), mientras que en el caso de los psiquiatras y psicólogos, en un 49% opinan que su indicación es secundaria a otros tratamientos, o que sólo debe indicarse como tratamiento de primera elección en ciertos casos (26%). Además, los primeros dicen basar su anterior opinión en los criterios de GPC y publicaciones de evidencia científica, además de en el criterio compartido con otros especialistas, mientras que los profesionales de SM dicen determinar su decisión basándose en su experiencia clínica.

Son muchas las cuestiones que este fenómeno progresivamente globalizado del aumento geométrico de prescripción de psicoestimulantes, ha suscitado. Entre otras:

- La evaluación de sus efectos (sean considerados por su incidencia sobre la causa o los síntomas) a corto, medio y largo plazo. Son mayoría los trabajos y guías que mencionan un efecto positivo en un porcentaje elevado de casos (60-80%) y que proponen el metilfenidato como terapia de primera elección. Por otro lado, también existe consenso en considerar que cuando el TDA/H se asocia a «otras comorbilidades», el metilfenidato pierde eficacia como opción única o como primera elección. Teniendo en cuenta que, como también se recoge en la literatura, resulta difícil encontrar TDA/H «puros», pues en más de un 50% de los casos aparecen acompañados por diversas comorbilidades, no se entiende que se haya disparado tanto la prescripción de metilfenidato. Todo esto hace pensar en un elevado porcentaje de casos tratados como puros sin serlo y sin atender a las tan mencionadas comorbilidades como debería hacerse.
- Hasta años recientes se ha señalado la inexistencia (y la necesidad) de estudios de evaluación a medio y largo plazo, superiores al año de tratamiento. Algunos estudios de seguimiento prolongado, actualmente en curso, como el conocido MTA, empiezan a proporcionar datos que no arrojan resultados positivos hacia la hipótesis del mantenimiento de los efectos del tratamiento farmacológico más allá de los tres años (62).
- Sigue existiendo controversia sobre las consecuencias a largo plazo del empleo continuado y habitual de psicoestimulantes. Se había afirmado que favorecía la tendencia a depender del uso de sustancias y, posteriormente, también todo lo contrario: que su uso protege frente a tendencias toxicómanas futuras. Sin embargo, trabajos recientes (62), publicados

por autores antes partidarios de su papel protector, relatan ahora hallazgos que hacen pensar que los sujetos diagnosticados de TDAH y tratados con estimulantes no quedan protegidos respecto al uso ulterior de sustancias tóxicas (81). Señalan también haber detectado «nuevas tendencias» a la extensión de su «uso no médico» entre las prescripciones para adolescentes y adultos por sus características de sustancia utilizada como potenciadora cognitiva para aumentar la concentración y productividad (62) –lo que no sorprenderá a quienes han conocido en nuestro país y en otros, cuando los psicoestimulantes se obtenían sin receta alguna, su uso estacional masivo en medios universitarios o su empleo como «anorexígeno» para adelgazar–. No es inútil recordar, para entender este uso no médico, que los psicoestimulantes además de mejorar la capacidad de concentración mental, pueden proporcionar una sensación satisfactoria de euforia, capacidad y bienestar, suprimiendo la de cansancio, dificultad, sueño y hambre. Resulta cuando menos inquietante que la literatura actual no apoye algunas de las teorías y expectativas que se han utilizado durante años como base y justificación para el tratamiento prolongado con psicoestimulantes.

- Todo lo anterior resulta más preocupante y paradójico aún, cuando se piensa en la consideración más actual de este trastorno como enfermedad crónica, que justifica así el uso de por vida de psicoestimulantes, «como las gafas para el miope» (65).
- Las autoridades sanitarias ministeriales (Agencia Española de Medicamentos-AEMPS) han publicado recientemente, a raíz de una serie de acciones y estudios de la EMEA (Agencia Europea de Medicamentos) sobre el perfil de seguridad del metilfenidato basándose en los potenciales riesgos que se han ido documentando, una serie de recomendaciones para hacer un uso más adecuado y controlado de los psicoestimulantes (5). Como conclusión general indican que el beneficio terapéutico del metilfenidato supera los posibles riesgos asociados al mismo, siempre y cuando se utilice en las condiciones de uso autorizadas, recordando como fundamentales las siguientes:
 - El tratamiento con metilfenidato está indicado como parte de un tratamiento integral del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños mayores de seis años y adolescentes, cuando otras medidas son insuficientes.
 - Debe realizarse bajo la supervisión de un especialista con experiencia en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes.
 - El metilfenidato puede presentar efectos cardiovasculares, por lo que se debe realizar un examen cardiovascular cuidadoso antes del inicio del tratamiento y un seguimiento durante el mismo.

- Se debe hacer una evaluación sobre la continuidad del tratamiento al menos una vez al año.
- Dado que el tratamiento con metilfenidato puede causar o exacerbar algunos trastornos psiquiátricos (como depresión, comportamiento suicida, hostilidad, psicosis y manía), se debe realizar un examen cuidadoso antes del tratamiento y un seguimiento regular a lo largo del mismo de los antecedentes y síntomas psiquiátricos que pudiera presentar el paciente.
- Durante el tratamiento con metilfenidato, se debe monitorizar el peso y altura de los pacientes.

No se menciona en dicho documento qué especialidades médicas deben ocuparse del tratamiento, aunque menciona tareas específicas tanto de la psiquiatría como de la pediatría.

En cualquier caso, creemos poder afirmar que es dudoso que se estén siguiendo todas estas pautas fundamentales en la práctica clínica de todos los profesionales que tratan farmacológicamente a estos niños. En la información recogida en las historias de nuestro estudio, en los CSM cuando se prescribe medicación sí se controla periódicamente peso, altura y tensión arterial en la mayoría de casos, aunque el examen cardiovascular no es pauta habitual en estos servicios.

La necesidad de evaluar la eficacia de tratamientos combinados choca con la escasez, o inexistencia, de trabajos destinados a probar con metodología científica la evidencia de la eficacia de tratamientos basados en la relación psicoterapéutica (con la salvedad de la orientación cognitivo-conductual). Sin embargo, es importante recordar, como NICE lo hace (17), que la ausencia de evidencia empírica de una determinada intervención no es lo mismo que evidencia de inefectividad, y que la importancia de organizar la atención y ayuda en torno a una buena relación terapéutica es fundamental para que el tratamiento funcione y se mantenga. Pero la realidad actual es que sólo las publicaciones que manejan certezas genéticas, biológicas o neurológicas parecen ser tomadas en consideración mientras que cualquier deducción psicopatológica, clínica o asistencial que no se vea respaldada por tales evidencias queda automáticamente desvalorizada, por muy sensata que sea (2). De la revisión de historias en los CSM y de la literatura publicada en nuestro país podemos extraer cómo sí se aplican en la práctica clínica en SM aproximaciones psicoterapéuticas en estos cuadros sintomáticos, sobre el niño o sobre el conjunto familiar, que proporcionan buenos resultados (59) y que, con una concepción sobre los síntomas del TDA/H como expresión de sentimientos, afectos o conflictos consigo mismo o con su entorno, dan la importancia que se merece a la situación emocional del niño dándole la posi-

bilidad de expresarse y ser escuchado terapéuticamente, así como a facilitar a los padres la comprensión del funcionamiento de su hijo enriqueciendo la dimensión relacional e interactiva entre ellos (37), muy a menudo dañada en estos casos. Sin rechazar ni negar en esta aproximación la eficacia de los fármacos, a corto plazo, en la atenuación de los síntomas, se considera que ni son necesarios en todos los casos, ni deberían ser siempre el tratamiento de primera elección ni por supuesto el exclusivo.

Por tanto, frente a la idea propagada de un TDA/H único «puramente neurológico» y con un tratamiento farmacológico unívoco, las realidades y evidencias confirman una variedad de formas clínicas, muy frecuentemente asociadas con factores múltiples (comorbilidades diversas, problemas sociofamiliares y del desarrollo) que inciden en la gravedad y evolución del cuadro y que conllevan distintas medidas terapéuticas. Es, en particular, la necesidad de una alta experiencia para diagnósticos diferenciales sutiles y para discriminar las medidas terapéuticas adecuadas para cada caso lo que conduce a una reflexión sobre la formación y especialización de los profesionales capacitados para hacerlo. Es seguro que este debate no está exento de criterios e intereses diversos que, para beneficio de los afectados, deberían confluir en una atención coordinada y protocolizada entre diferentes niveles de intervención sanitaria, protocolización considerada mayoritariamente imprescindible o útil entre la gran mayoría tanto de pediatras de AP como de psicólogos y psiquiatras de SM encuestados.

V.4. Respeto a la evidencia científica y guías de práctica clínica

De la valoración de las GPC respecto al TDA/H podemos extraer que la mayoría de ellas carecen de la calidad que se les supone a tales documentos. Tan sólo tres de ellas (NICE, SIGN y CCHMC) superarían la puntuación requerida por el AGREE para considerarlas muy recomendables. El resto fallan en aspectos tan importantes como la rigurosidad en la metodología de elaboración (revisión de la evidencia a incluir, forma de establecer las recomendaciones, etc.), la inclusión en el grupo elaborador de todos los profesionales relevantes para la atención a este trastorno y de afectados o representantes de estos, y la independencia editorial y ausencia de conflictos de intereses. Como ya hemos mencionado anteriormente, este último aspecto resulta un problema ya conocido y ampliamente documentado, que empaña la práctica clínica y la credibilidad hacia la evidencia científica. Y resulta sorprendente comprobar que las dos GPC más diseminadas y citadas en la literatura

revisada, tanto a nivel nacional como en el resto de GPC internacionales, sean las de la American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), sociedades ambas con conocidos conflictos de intereses y relaciones de los expertos que elaboran sus guías con la industria farmacéutica, y que obtienen puntuaciones muy bajas al aplicarles el AGREE, por lo que su objetividad, puede ser cuestionada.

Diversas publicaciones señalan el papel de la industria farmacéutica como factor decisivo en la propagación del diagnóstico, conceptualizado como enfermedad grave y crónica, en la promoción de tratamientos farmacológicos y en sesgos parciales de la evidencia científica respecto al TDA/H y otras patologías (82), dentro de un movimiento que se ha venido en llamar «disease mongering», traducido como «tráfico o promoción de enfermedades», y relacionado también con el término de «medicalización», en los que ya se ha incluido este trastorno (83;84). Son múltiples, y están ampliamente descritos y documentados, los métodos empleados para esta explotación de algunos cuadros médicos, cuadros reales pero utilizados en función de intereses comerciales (85;86). Entre los que éstos y otros trabajos citan, considerando que pueden también estar afectando al TDA/H en los últimos años, están los siguientes: redefinición de los factores de riesgo, que pasan a ser considerados como causa (la vulnerabilidad familiar ahora se considera como causa genética) y con ello, ampliación de los límites de lo patológico para incluir a un mayor porcentaje de la población (laxitud en criterios diagnósticos en los que prácticamente cualquier niño puede verse reflejado), con la consiguiente y rentable extensión de remedios terapéuticos para esa enfermedad ahora con prevalencia ascendente; «promoción» de la enfermedad a través de la opinión de expertos y líderes en el campo en cuestión, que ven financiados sus trabajos e intervenciones al respecto por la industria farmacéutica (en conocidos, y denunciados, conflictos de intereses) (87); financiación de campañas destinadas a la «concienciación» de la importancia y gravedad de la enfermedad (88), mediante multiplicación de congresos, seminarios, acompañados de la publicación de noticias alarmantes en los medios de comunicación (en nuestro país han sido numerosas, con titulares como «sólo un 1 por ciento de la población española que padece TDAH está diagnosticado y correctamente tratado», «entre el 50 y el 70% de los adolescentes con TDAH van a seguir padeciendo el trastorno en la edad adulta», etc.) (89;90); marketing directo al clínico y al consumidor (permitido éste en EE.UU. y solicitada internacionalmente por la industria farmacéutica, con importantes repercusiones en la relación médico-paciente ya comprobadas — influencia en el hábito prescriptor de los médicos, presión de los pacientes por recibir prescripciones concretas — (91); creación y/o patrocinio por parte de compañías farmacéuticas de asociaciones de pacientes, sociedades médicas y grupos de investigación específicos en hospitales, universidades, etc., que aboguen por la validez de sus planteamientos respecto a la enfermedad (84;92).

En la misma línea, desde la medicina basada en la evidencia, se ha afirmado que sólo dispondremos de «evidencia» cuando alguien haya querido—y financiado— que algo sea «evidente» (93), y de esta manera los sesgos de patrocinio y de publicación afectan a la información disponible en cuanto a este y otros trastornos (94), con lo que las evidencias, aunque muy abundantes y en expansión, pueden ser de calidad muy variable (17). Es sencillo de comprobar haciendo una simple búsqueda bibliográfica para ver la desmedida atención que se le ha dado a este trastorno en todo tipo de publicaciones, de mayor y menor rigor, incluso con la creación de webs y revistas específicas, muchas patrocinadas y financiadas por intereses concretos.

El grave problema que tales prácticas acarrea es que, con su escasa o sesgada fundamentación, contribuyen a la confusión y descrédito de la comunidad médico-científica y de la validez de las conclusiones obtenidas de la verdadera medicina basada en la evidencia.

No se pretende con esto demonizar a la industria farmacéutica ni negar la eficacia de los tratamientos farmacológicos, en concreto en el caso que nos ocupa de los destinados al TDA/H, sino dar a conocer y tener en cuenta los decisivos factores que están influyendo en la propagación de la demanda de diagnóstico y tratamiento para este cuadro.

Los intentos de consensuar una práctica clínica común basada en la evidencia para guiar a los profesionales que atienden a estos casos parecen no estar teniendo la misma influencia en unos y otros. Al ser encuestados sobre ello, solamente el 14% de los psiquiatras y psicólogos de SM de nuestra muestra dicen seguir algún protocolo o guía de práctica clínica, aunque el 54% manifiestan conocer alguna. Sin embargo, un 57% de los pediatras sí dicen basar su decisión de respuesta terapéutica en lo que dicen las GPC o publicaciones científicas. Queda por ver cuáles son las razones de ambos para seguir o no estas guías y de su credibilidad o escepticismo. En cualquier caso, tampoco se está haciendo un correcto uso de las GPC, puesto que en los casos en que sí se percibe su empleo, se están siguiendo las recomendaciones de las guías de menor calidad y rigor metodológico, habiendo sin embargo GPC muy recomendables que son apenas conocidas, aunque tampoco estén contextualizadas a nuestro sistema sanitario y nuestra población.

Parece una tarea pendiente y urgente la aplicación sensata de protocolos y recomendaciones consensuadas, basadas en evidencia fiable y en la experiencia clínica y aceptadas por todo nuestro sistema sanitario, así como la delimitación de qué instancias sanitarias serían las responsables de su elaboración e implementación.

VI. Conclusiones

- El denominado trastorno o síndrome de hiperactividad con déficit de atención es indudablemente una agrupación de síntomas muy prevalente en la infancia, frecuentemente asociados con otras alteraciones psicológicas o psicopatológicas comórbidas, pero sin una etiología unívoca demostrada. Existen evidencias suficientes para relacionarlo con múltiples factores causales biológicos, genético-temperamentales, psicológicos y socio-educativos. El carácter interactivo de los factores influyentes tanto en el desarrollo del niño como en la etiopatogenia y formas de expresión del trastorno configura una variedad de formas clínicas con características evolutivas y necesidades terapéuticas, asistenciales y educativas múltiples y diversas.
- La preocupación social y sospecha diagnóstica por el TDA/H se ha extendido desproporcionadamente más allá de su incidencia real, lo que ha generado un problema asistencial por el colapso de consultas en diferentes servicios de atención infanto-juvenil.
- A pesar de la abundancia de trabajos de investigación y publicaciones que se han venido desarrollando, sigue sin existir consenso en muchos de los aspectos que conforman este trastorno. Las diferentes opiniones e intereses (sociales, económicos, profesionales) de los que está siendo objeto no contribuyen a la objetividad necesaria para esclarecer las causas reales, factores determinantes y formas correctas y efectivas de abordarlo, lo que ha generado cierta confusión y descrédito entre la comunidad médico-científica y la población general en cuanto a la credibilidad de lo relativo al TDA/H.
- La práctica clínica en la CAPV confirma esta falta de acuerdo, reflejada en diferentes criterios diagnósticos y de elección de respuesta terapéutica entre los distintos servicios asistenciales, sobre todo entre pediatría de atención primaria y salud mental infanto-juvenil. La inexistencia de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil en nuestro país y la indefinición de programas y centros de formación específica puede estar contribuyendo a esta confusión en torno a los criterios asistenciales más adecuados.
- La controversia existente en cuanto a quién es el o los profesionales adecuados para la detección, evaluación completa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos casos debería ser resuelta en nuestro sistema sanitario según las capacidades, formación y recursos de

los distintos niveles asistenciales que atienden la demanda por esta problemática, protocolizando una coordinación lo más beneficiosa y efectiva posible para el paciente. Esta medida se considera necesaria y urgente para frenar la confusión asistencial presente hasta ahora en lo referente al TDA/H.

- La tendencia asistencial actual apunta a una extensión creciente del tratamiento medicamentoso con psicoestimulantes que, dadas las elevadas y crecientes cifras de prescripción de metilfenidato, hace pensar en su utilización mayoritaria como respuesta terapéutica preferente o exclusiva. Esta generalización indiscriminada, que puede desatender las peculiaridades clínicas de muchos casos diagnosticados de TDA/H, se ve apoyada y favorecida por la difusión de la hipótesis, cuestionable, de que su causa es exclusivamente neurológica y determinada genéticamente y va en detrimento del criterio que acepta la multifactorialidad etiológica y la recomendación de considerar el abordaje farmacológico como parte, no siempre prioritaria ni imprescindible, de un tratamiento integral que debe incluir siempre otras medidas terapéuticas.
- Los datos apuntan a que en nuestro país no se están siguiendo las recomendaciones sanitarias más básicas y prudentes en cuanto a la prescripción de metilfenidato, como son las de la AEMPS, y a que se realizan prescripciones fuera de las indicaciones autorizadas (off-label), extendidas ya en otros contextos como el americano.
- Los profesionales de los servicios de Salud Mental incluidos en el estudio muestran una mayor inclinación a priorizar tratamientos psicoterapéuticos y de asesoramiento y apoyo familiar, basándose en su experiencia clínica, lo que hace imprescindible fomentar estudios tanto cuantitativos como cualitativos destinados a demostrar la eficacia de sus intervenciones con metodología propia de la MBE (medicina basada en la evidencia), asumiendo la complejidad y coste que ello supone, pero siendo conscientes a su vez de la necesidad de su existencia para una mejor fundamentación y replicabilidad de los tratamientos.
- Se observa en nuestro país un escaso e inapropiado uso de las GPC existentes en cuanto al TDA/H. Estas son más aceptadas en pediatría de atención primaria que en salud mental. La calidad, objetividad y transparencia de la mayoría de ellas es muy inferior a la deseable para ser recomendables. Sin embargo, y a pesar de existir GPC de buena calidad y actualizadas, éstas son las menos conocidas, mientras que

las más difundidas son aquellas que peor puntúan al analizarlas con instrumentos de medición de calidad como el AGREE.

- Se requiere una lectura necesariamente crítica y contextualizada de la evidencia existente, puesto que su calidad y objetividad es muy variable y está mediatizada por diferentes sesgos. Existen recomendaciones difundidas y aceptadas por parte de la comunidad médico-científica difíciles de suscribir por su falta de fundamentación en evidencias fiables y por su alejamiento de la experiencia clínica del profesional que conoce el desarrollo y funcionamiento psíquico del niño y del adolescente. En ocasiones, el juicio clínico y la sensatez de la experiencia profesional deben prevalecer frente a evidencias científicas cuestionables.
- Sería deseable la implicación de los gestores y responsable sanitarios, en colaboración con los profesionales formados en la atención específica de los distintos aspectos del desarrollo físico, emocional y psíquico del niño, en la elaboración e implementación de criterios asistenciales basados en la mejor evidencia posible y cuando ésta no este disponible o no sea generalizable a nuestro medio, fomentar estudios, tanto cuantitativos como cualitativos contextualizados en nuestros servicios, para una toma de decisiones lo más acertada posible.
- Ante todo, debe prevalecer la premisa de atender a niños que presentan una sintomatología común pero insertada en muy diversas estructuras psíquicas, dinámicas familiares e interrelaciones con el entorno. Esta variabilidad clínica, con necesidades asistenciales, educativas y terapéuticas diferentes, precisa una evaluación exhaustiva y una atención personalizada. Sólo así podrá garantizarse la precaución de no cronificar ni medicalizar innecesariamente expresiones de la infancia que en muchos casos pueden abordarse con éxito con intervenciones terapéuticas de medios, intensidad y duraciones diversas.

VII. Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision (DSM-IV-TR). 4th ed.. Washington, DC, 2000.
2. Lasa Zulueta A. El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatol salud ment* 2007; M2:9-16.
3. Barkley R.A. Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Rev neurol* 2009; 48 (Supl 2): S101-S106.
4. NIH. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). NIH Consensus Statement, 1998;16(2):1-37.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Metilfenidato: actualización de las condiciones de uso. Ref: 2009/01. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/NI_2009-01_metilfenidato.htm
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
7. Eisenberg L, Belfer M. Prerequisites for global child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2009 Jan;50(1-2):26-35.
8. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2004. Disponible en www.agreecollaboration.org
9. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108:1033-44. Disponible en <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;108/4/1033>
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. SIGN publication no. 52. Edinburgh: SIGN, 2001 (actualizada en 2005). Disponible en: www.sign.ac.uk/pdf/sign52.pdf
11. Ministry of Health. New Zealand guidelines for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2001. Disponible en <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/463?Open>

12. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder. Cincinnati, 2004. Disponible en: www.cincinnatichildrens.org/health/info/mental/diagnose/adhd.htm
13. University of Michigan Health System. Attention-deficit hyperactivity disorder. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System, 2005. Disponible en: <http://cme.med.umich.edu/iCME/adhd05/>
14. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in Primary Care for school age children and adolescents, 7ª ed. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2007. Disponible en: http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/behavioral_health/adhd/adhd_in_primary_care_for_children__adolescents__diagnosis_and_management_of_.html
15. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Jul;46(7):894-921. Disponible en: http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/practice_parameters
16. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, edn 2. Toronto: CADDRA, 2008. Disponible en: <http://www.caddra.ca/cms/index.php?Itemid=70>
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). NICE guideline No. CG72. London: NICE, 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG072>
18. Martín Muñoz P, Ruíz-Canela Cáceres J, Guerra de Hoyos J, Rivas Aguayo L. Guías de práctica clínica en Internet: cómo separar el grano de la paja. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5(18):257-272.
19. Steinbrook R. Guidance for guidelines. *N engl j med* 2007;356(4):331-333.
20. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002;287(5):612-617.
21. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/0I.

22. Hall D. Paediatrics and primary care: a view from the UK. *Pediatría y Atención Primaria: una visión desde el Reino Unido. Rev Pediatr Aten Primaria* 2005;7:659-693.
23. Briones E, Vidal S, Navarro MA, Marín I. Conflicto de intereses y guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2006;127(16):634-6.
24. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp* 2005;205:533-40.
25. Taylor R, Giles J. Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005;437:1070-1.
26. FSA (Food Standards Agency). Chronic and acute effects of artificial colourings and preservatives on children's behaviour. Food Standards Agency 2007. Disponible en: <http://www.food.gov.uk/>
27. MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.
28. Benjumea Pino P, Mojarro Práxedes MD. Trastornos hiperactivos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatr* 2001;17(6):265-270.
29. Cardó E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol* 2007;44:10-14.
30. Cardó E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2005;40(Supl 1):S11-5.
31. Blázquez Almería G, Joseph Munné D, Burón Masó E, Carrillo González C, Joseph Munné M, Cuyàs Reguera M, Freile Sánchez R. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Rev Neurol* 2005;41(10):586-590.
32. Ochando G, Millán M, Peris S, Loño J. Detección temprana del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infanto Juv* 2006;23(2):76.
33. Izquierdo Elizo A, Valdivia Martín MF, Pelaz Antolín A. Estudio de la demanda de atención infanto-juvenil en un centro de salud mental del area 3 de Madrid. En: X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2006;23(2):32.
34. Orgaz Barnier P, Soto López M, Fernández Sánchez A. Hiperactividad: la necesidad de un diagnóstico ¿para quién? ¿para qué?.

- En: X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2006;23(2):29.
35. Martínez Sáez ML, Martínez Díaz I, Simo Guerrero M. Experiencia de grupo psicoeducativo para padres de niños con tdah. En: X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2006; 23(2):57.
 36. García Pérez A, Expósito Torrejón J, Martínez Granero MA, Quintanar Rioja A, Bonet Serra B. Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *Rev neurol* 2005;41(9):517-524.
 37. Jimenez Pascual AM. Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Psicopatol salud ment* 2003;2:21-32.
 38. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, De Concepción Salesa A. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria* 2008;40(1):29-33.
 39. Trujillo A, Díaz-Sibaja MA. Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. En: *Interpsiquis* 2007. *Psiquiatría.com* [revista electrónica]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/28472/
 40. Morán Sánchez I, De Concepción Salesa A, De la Cruz Rocio M, Moreno Gil P, Robles Sánchez F. TDAH: Un trastorno de moda. En: *Interpsiquis* 2006. *Psiquiatría.com* [revista electrónica]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/24356/?++interactivo>
 41. Pedreira Massa JL, Miquel A. Psiquiatría infantil como interconsultor con Pediatría de Atención Primaria: Mejora de la calidad en la continuidad asistencial. En: *Interpsiquis* 2008. *Psiquiatría.com* [revista electrónica]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/34805/
 42. Díaz-Sibaja MA, Trujillo Borrego MA. Eficacia de un Protocolo de Evaluación Multi-metodológico para el Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Rev psiquiatr psicol niño adolesc* 2008;8(1):1-11.
 43. Martínez-Bermejo A, Moreno-Pardillo DM, Soler-López B. Evaluación del diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad en España mediante la técnica Achievable Benchmarks of Care (ABC). *Rev neurol* 2008;47(9):451-456.

44. Herranz Jordán B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: conocimientos y forma de proceder de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S217-39.
45. Criado-Álvarez JJ, Romo-Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev neurol* 2003;37:806-10.
46. Ramírez Reyes MJ, De la Rosa Fox C, Galiana Martínez J (Grupo de Trabajo de Salud Mental Infantil de Andalucía). Hábito prescriptor en psiquiatría infantil. Cádiz: Universidad, 2007.
47. Valdizán JR, Mercado E, Mercado-Undanivia A. Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Rev neurol* 2007;44(Supl 2):S27-30.
48. Martínez González C. Los problemas de salud mental: un reto para el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002;4(13):139-144.
49. Artigas Pallarés J. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S115-33.
50. Gutiérrez Díez MC, Santamaría Pablos A, Manuel Gutiérrez A, Bernabé Sánchez E, Arranz Carrillo de Albomoz P, García Benaite D, Redondo Figuero C. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un reto compartido. *Semergen* 2008;34(5):230-4.
51. Fernández Pérez M, López Benito MM. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S11-24.
52. León-Sanromà M. Controversias en torno al diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Aten Primaria* 2008;40:426-7.
53. García Jiménez MC, López Pisón J, Blasco Arellano MM. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev neurol* 2005;41:75-80.
54. Martín Recuero L, Rodríguez Palmero A, Pino Calderón FJ, Oviedo de Lucas O, Gutiérrez Casares JR. Peculiaridades de la evaluación en Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2005;22(4):149-154.
55. Pedreira JL. Diagnosticando el niño con hiperactividad. En: *Interpsiquis* 2004. *Psiquiatría.com* [revista electrónica]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/13485/
56. Sempere Pérez J, Rodado Martínez J, Laiz Reverte C. Hiperactividad, trastorno de conducta y otros eufemismos en psiquiatría. En:

- XLII Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2007;24(1):18.
57. Rapado Castro M, Díez Martínez de Morentín A, Machinena Gracia C, Incera Torre S, Soutullo Esperón C. Psicoeducación en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: programa para el manejo de conducta en padres de niños con TDAH. En: X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2006;23(2):56.
 58. Gómez Corral MT, Alonso Romero MV, Ballester Pérez C, Espinosa Mate M, Agüero Ramonlil C, Villena Vergara MC. Programa psicoeducativo para mejorar las habilidades sociales en niños con déficit de atención e hiperactividad. En: XLII Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 2007;24(1):17.
 59. Icart Pujol A, Ribalta Torrades T. Intervención precoz en la prevención del trastorno hiperactivo. Una modalidad de psicoterapia familiar breve. *Psicopatol salud ment* 2005;6:85-96.
 60. Cardó E, Bustillo M, Servera M. Valor predictivo de los criterios del DSM-IV en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus diferencias culturales. *Rev neurol* 2007;44(Supl 2):S19-22.
 61. González de Dios J, Cardó E, Servera M. Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada?. *Rev neurol* 2006;43:705-14.
 62. Swanson JM, Volkow ND. Psychofarmacology: concepts and opinions about the use of stimulant medications. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(1-2):180-193.
 63. Cardó E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev neurol* 2008;46:365-72.
 64. Lora Espinosa A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8 (Supl 4):S69-114.
 65. Rubió Badía I, Mena Pujol B, Murillo Abril B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S199-216.
 66. Eddy Ives L. Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S57-67.
 67. Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad

- psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S135-55.
68. López Villalobos JA, Rodríguez Molinero L, Sacristán Martín AM, Garrido Redondo M, Martínez Rivera T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8(Supl 4):S157-73.
 69. Rodríguez Molinero L, Txakartegi Etxebarria X. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Atención Primaria: pasado y perspectivas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007;9(Supl 2):S101-12.
 70. Ministerio de Sanidad y Política Social. Prestaciones sanitarias. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>
 71. Manzano J. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad. Editorial. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:7-8.
 72. Diller L, Goldstein S. Ciencia, ética y el tratamiento psicosocial del TDAH. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:17-22.
 73. Tizón JL. El «niño hiperactivo» como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:23-30.
 74. Icart A. Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:31-42.
 75. De Bagattini CM. Síndrome por déficit de atención. Entre la psiquiatría y el psicoanálisis. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:43-47.
 76. Mena B. Propuestas de mejora en el ámbito educativo para niños con TDAH. *Psicopatol salud ment* 2007;M2:61-65.
 77. Navas Collado E et al. Protocolo de intervención en el trastorno de hiperactividad en una unidad de salud mental infanto-juvenil. *Anales de Psiquiatría* 2008;24(2):71-82.
 78. Asociación TDAH-Almería [sede web]. Díaz Atienza J. Protocolo de actuación en hiperactividad infantil [acceso 25 mayo 2008]. Disponible en: www.paidopsiquiatria.com/TDAH/manual/hiper10.PDF
 79. Pascual-Castroviejo I. Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría 2008. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
 80. Compains B, Álvarez MJ, Royo J. El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDA-H). Abordaje terapéutico multidisciplinar. *Anales Sis San Navarra* 2002;25(Supl. 2):93-108.

81. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003;111(1):179-85.
82. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
83. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: how drug companies are turning us all into patients.* 2005; New York: Nation Books.
84. Phillips CB. Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Med* 2006;3(4):e182.
85. Gervas J et al. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* 2006;20(Supl 3):66-71.
86. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria* 2003;5(2):47-53.
87. Angell M. *The truth about drug companies.* New York: Random House, 2004.
88. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
89. (sin autor). Sólo un 1 por ciento de la población española que padece TDAH está diagnosticado y correctamente tratado. El médico interactivo. *Diario electrónico de la sanidad.* 17 de octubre de 2008. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com
90. (sin autor). Entre el 50 y el 70% de los adolescentes con TDAH van a seguir padeciendo el trastorno en la edad adulta. *AZ prensa.* *Diario digital de información sanitaria.* 17 de diciembre de 2008. Disponible en: www.azprensa.com
91. Grupo redactor de Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Publicidad de medicamentos directa al consumidor: ¿un lobo con piel de cordero?. *INFAC* 2007;15(6)
92. Lenzer J. Truly independent research?. *BMJ* 2008;337:a1332.
93. Peiró S. La construcción de la evidence b(i)ased medicine. *Gestión clínica y sanitaria* 2005;7(4):131-138
94. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005;2(5):e138.

VIII. Anexos

Anexo VIII.1. Cuestionario de opinión y práctica clínica administrado a los psicólogos y psiquiatras de los Centros de Salud Mental colaboradores del estudio

► **En tu opinión, la etiología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) tiene que ver, fundamentalmente, con:**

- a) *bioquímica cerebral*
- b) *psicopatología subyacente*
- c) *problemática biográfica y familiar*
- d) *dificultades y desadaptación escolar*
- e) *factores múltiples (indicar cuáles)*

► **Parece ser cada vez más frecuente en nuestro sistema asistencial considerar que el pediatra de atención primaria (PAP) puede y debe diagnosticar el TDAH y remitirlo posteriormente a salud mental si detecta alguna problemática psíquica asociada («comorbilidad»). En tu opinión:**

- a) *es lógico y coherente asistencialmente*
- b) *estoy de acuerdo en algunos casos*
- c) *no estoy de acuerdo en ningún caso o creo que siempre debería ser visto antes en Salud Mental*

► **Se está generalizando la opinión, confirmada en diversas guías y protocolos de actuación internacionales, de que el metilfenidato es el tratamiento de 1.ª elección para el TDAH. En tu opinión:**

- a) *estoy de acuerdo*
- b) *considero que únicamente debe ser así en ciertos casos*
- c) *creo que debe usarse sistemáticamente pero asociado a otros tratamientos*
- d) *creo que su indicación es secundaria a otras opciones terapéuticas*
- e) *creo que no debería usarse en ningún caso a ciertas edades*
- f) *creo que no debería usarse en ningún caso*

► **En esta opinión que acabas de expresar, y en tu elección de respuesta terapéutica ante estos casos, el factor determinante para tu decisión es:**

- a) *tu propia experiencia clínica, que te ha demostrado que es la opción más efectiva/correcta*
- b) *los criterios descritos en guías de práctica clínica*
- c) *las publicaciones denominadas de evidencia científica que lo avalan*
- d) *que otras opciones no son viables dada la demanda actual y recursos disponibles*

► **A la vista del estado actual de las respuestas asistenciales y terapéuticas, qué opinas de la idea de establecer un protocolo de intervención homogéneo:**

- 1) *entre los profesionales de Salud Mental:*
 - a) *imprescindible*
 - b) *útil*
 - c) *inviable*
- 2) *compartido con otras especialidades (pediatría, neuropsiquiatría...)*
 - a) *imprescindible*
 - b) *útil*
 - c) *inviable*

Criterios diagnósticos

- DSM-IV* *CIE-10* *Otros*

Procedimiento de evaluación habitual

- Entrevista con el niño*
- Entrevista con los padres*
- Información del entorno escolar*
- Escalas (Conners, Vanderbilt, etc.)*
- Examen físico*
- Pruebas neurobiológicas*
- Otras pruebas – tests*

¿Utilizas instrumentos de evaluación clínica de resultados?

- Sí* *No*

¿Sigues o aplicas algún protocolo, algoritmo o guía de práctica clínica?

- Sí* *No*

¿Conoces alguna, aunque no la apliques?

- Sí* *No*

Anexo VIII.2. Cuestionario de opinión y práctica clínica administrado a pediatras de Atención Primaria

► **En tu opinión, la etiología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) tiene que ver, fundamentalmente, con:**

- bioquímica cerebral
- psicopatología subyacente
- problemática biográfica y familiar
- dificultades y desadaptación escolar
- factores múltiples (indicar cuáles)

► **Parece ser cada vez más frecuente en nuestro sistema asistencial que el pediatra de atención primaria (PAP) diagnostique y trate el TDAH. En tu opinión:**

- es lógico y coherente asistencialmente y considero innecesaria la derivación a Salud Mental
- creo que siempre deberían ser vistos también en Salud Mental para detectar o descartar problemática psíquica asociada
- considero que el pediatra debe decidir si debe derivarlo o no porque está capacitado para discriminar los casos con una problemática psicológica asociada

► **Se está generalizando la opinión, confirmada en diversas guías y protocolos de actuación internacionales, de que el metilfenidato es el tratamiento de 1.ª elección para el TDAH. En tu opinión:**

- estoy de acuerdo
- considero que únicamente debe ser así en ciertos casos
- creo que debe usarse sistemáticamente pero asociado a otros tratamientos
- creo que su indicación es secundaria a otras opciones terapéuticas
- creo que no debería usarse en ningún caso a ciertas edades
- creo que no debería usarse en ningún caso

► **En esta opinión que acabas de expresar, y en tu elección de respuesta terapéutica ante estos casos, el factor determinante para tu decisión es:**

- tu propia experiencia clínica, que te ha demostrado que es la opción más efectiva/correcta*
- los criterios descritos en guías de práctica clínica*
- las publicaciones denominadas de evidencia científica que lo avalan*
- que otras opciones no son viables dada la demanda actual y recursos disponibles*
- el criterio compartido con otros especialistas*

► **A la vista del estado actual de las respuestas asistenciales y terapéuticas, qué opinas de la idea de establecer un protocolo de intervención homogéneo:**

1) *entre los profesionales de Atención Primaria:*

- imprescindible*
- útil*
- innecesario*
- inviable*

2) *compartido con otras especialidades (psiquiatría, neurología...)*

- imprescindible*
- útil*
- innecesario*
- inviable*

► **Los servicios de Salud Mental reciben con frecuencia niños con volantes de derivación desde pediatría en los que se pide confirmar o descartar el diagnóstico de TDAH o tratarlo. En tu experiencia, suele tratarse:**

- en la mayoría de los casos, de una intervención «administrativa» (emitir volante de derivación) en la que el pediatra acepta una demanda familiar o escolar*
- en la mayoría de los casos, de un problema detectado en la consulta pediátrica que se transforma en una demanda explícita de interconsulta con un nivel más especializado*

Anexo VIII.3. Fichas-resumen de las guías de práctica clínica evaluadas

Título: Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Organización: Cincinnati Children's Hospital Medical Center

Fecha publicación: April 30, 2004 **Actualización:** en 3 años el equipo reconvoca el explorar la continuación de la validez de la guía, y se realizará si hay evidencia que indica que es necesario un cambio importante. No consta que haya sido actualizada.

Población diana: niños de 5 a 18 años que presenten inatención, hiperactividad, impulsividad, resultados académicos por debajo de lo exigido o problemas de comportamiento. No incluye niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA) o Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), retraso mental, o que son mejor atribuidos a otro trastorno mental (como esquizofrenia u otro trastorno psicótico) o a una disfunción del sistema nervioso central (como tumor, lesión, trastorno epiléptico complejo).

Contexto de aplicación: Cincinnati (EE.UU.)

Dirigida a: médicos y profesionales de atención primaria comunitaria, pacientes y familia, personal del cuidado del paciente, psiquiatras, psicólogos, residentes, trabajadores sociales, profesores/personal del colegio.

Financiación: sin financiación externa

Aspectos metodológicos: remiten a un Manual del proceso de desarrollo de la guía.

Búsqueda: Medline, EmBase, Cochrane; generaron una búsqueda no-refinada de «evidencia combinada», con una estrategia centrada en responder preguntas clínicas relevantes al TDAH, empleando una combinación de búsqueda booleana de Mesh y lenguaje natural.

Niveles de evidencia: escala que aplican a los estudios o documentos en que se basan y citan: A: ECA muestra grande, B: ECA muestra pequeña, C: estudio prospectivo o serie de casos amplia, D: análisis retrospectivo, E: opinión de expertos o consenso, F: investigación básica de laboratorio, S: artículo de revisión, M: metaanálisis, Q: análisis de decisión, L: requisito legal, O: otras evidencias, X: no evidencia.

Grados de recomendación: coincidentes con los niveles de evidencia

Método para formular recomendaciones: en base a los niveles de evidencia, y cuando ésta no es suficiente, mediante consenso del grupo de trabajo.

Título: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Organización: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

Fecha publicación: julio 2007 *Actualización:* No consta

Población diana: preescolares (3-5 años), niños (6-12 años) y adolescentes (13-17 años) con TDAH

Contexto de aplicación: EE.UU.

Dirigida a: clínicos

Financiación: no consta

Aspectos metodológicos

Búsqueda: PsycINFO, Medline, Psychological Abstracts, revisión de la bibliografía de capítulos de libros y artículos de revisión; de septiembre de 2004 hasta abril de 2006; artículos en inglés; palabra clave «attention déficit/hyperactivity disorder»; cubrieron el periodo 1996-2006; aprox. 5.000 referencias. Prioridad de inclusión a recientes revisiones de la literatura autorizadas y a estudios recientes de tratamiento en prensa o presentadas en reuniones científicas en los últimos 2-3 años; incluyeron los títulos o abstracts que parecían referirse al diagnóstico y/o tratamiento del TDAH.

Niveles de evidencia: fuerza de la evidencia empírica estimada en orden descendiente: [rct] randomized controlled trial, [ct] controlled trial, [ut] uncontrolled trial, [cs] case series/report.

Grados de recomendación: [MS] minimal Standard, [CG] clinical guideline, [OP] option, [NE] not endorsed.

Método para formular recomendaciones: basadas tanto en evidencia empírica como en consenso clínico, y clasificadas según la fuerza del soporte empírico y clínico. Los principios orientados a los clínicos están principalmente basados en opinión de expertos y experiencia clínica.

Título: *Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A national clinical guideline.*

Organización: **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**

Fecha publicación: Junio 2001 **Actualización:** para consideración en 2003, fue publicada en Agosto 2005.

Población diana: niños y jóvenes con TDAH/ Trastorno hiperkinético

Contexto de aplicación: NHS (servicio nacional de salud) de Escocia

Dirigida a: todo profesional de la salud con implicación directa o indirecta en el cuidado de la salud infantil

Financiación: Clinical Resource and Audit Group (CRAG) del Departamento Ejecutivo de Salud de Escocia

Aspectos metodológicos: metodología propia para la elaboración de guías, contenida en *SIGN 50: A guideline developer's handbook*, disponible en su página web.

Búsqueda: Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, PSYCHLIT, y búsquedas manuales de revistas recientes, referencias de otras guías y documentos y bibliografías personales. No explicitan cómo se realizó la búsqueda, ni los criterios de inclusión/exclusión. Sí indican los problemas metodológicos que se encuentran en la literatura sobre este tema.

Niveles de evidencia: los del US Agency for Health Care Policy and Research [Ia) meta-análisis de ECAs; Ib) al menos un ECA; IIa) al menos un estudio controlado sin aleatorización bien diseñado; IIb) al menos uno de otro tipo de estudio cuasi-experimental bien diseñado; III) estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos; IV) informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas]

Grados de recomendación: A) equivale a los niveles de evidencia Ia y Ib; B) equivale a los niveles de evidencia IIa, IIb y III; C) equivale al nivel de evidencia IV;

También incluyen «puntos de buena práctica», que son mejores prácticas recomendadas en base a la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

Método para formular recomendaciones: no consta en la guía, consultar Manual.

Título: Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder

Organización: American Academy of Pediatrics - Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement (AAP)

Fecha publicación: Octubre 2001 *Actualización:* no consta

Población diana: población de edad escolar entre 6 y 12 años

Contexto de aplicación: EE.UU.

Dirigida a: médicos clínicos de Atención Primaria

Financiación: no consta

Aspectos metodológicos: desarrollaron un subcomité de trabajo, colaborando con distintas organizaciones representando a un amplio rango de grupos de atención primaria y subespecialidades. Hicieron una revisión de la literatura para elaborar una serie de preguntas de investigación para dirigir la revisión en colaboración con la AHRQ. El informe de la revisión de la literatura sobre el tratamiento se lo encargaron al McMaster University Evidence-based Practice Center.

Búsqueda: detallan la búsqueda, fechas, criterios de inclusión y exclusión de estudios, y resultados.

Niveles de evidencia: buena – aceptable – pobre

Grados de recomendación: firme – aceptable – débil – opciones clínicas

Método para formular recomendaciones: clasificación basada en una mayor o menor calidad de la evidencia científica, y en ausencia de evidencia de calidad o evidencia limitada, consenso de expertos. Las opciones clínicas son intervenciones para las cuales no han podido encontrar evidencia convincente a favor ni en contra.

Título: *Attention deficit hyperactivity disorder; diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*

Organización: National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Fecha publicación: Septiembre 2008 **Actualización:** se revisa la evidencia a los 2 y 4 años de la publicación, y si es necesario se actualiza.

Población diana: niños a partir de 3 años, jóvenes de 12 a 18 y adultos

Contexto de aplicación: NHS (servicio nacional de salud) de Inglaterra y Gales.

Dirigida a: profesionales de la salud (salud mental, pediatría, atención social, educación, medicina forense), tanto a clínicos como a responsables de servicios, de atención primaria, secundaria y comunitaria.

Financiación: comisionada por NICE y desarrollada por National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH – dirigido en colaboración entre el Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit y la unidad equivalente del British Psychological Society)

Aspectos metodológicos: remiten a otro documento: *Full guidance* de esta guía, y al manual de elaboración de GPC de NICE.

Búsqueda: detallada completamente en *Full guidance*

Niveles de evidencia: basados en la metodología GRADE

Grados de recomendación: basados en la metodología GRADE

Método para formular recomendaciones: detallado en el documento *Full guidance*

Título: *Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents*

Organización: **Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)**

Fecha publicación: 1.^a edición: octubre 1997; 7^a y actual edición: marzo 2007

Actualización: revisión en 24 meses tras la última edición

Población diana: niños y adolescentes (5-18) con sospecha o diagnóstico de TDAH en atención primaria

Contexto de aplicación: Minnesota (EE.UU.)

Dirigida a: profesionales de atención primaria

Financiación: distintos planes de salud de Minnesota

Aspectos metodológicos:

Búsqueda: no consta

Niveles de evidencia:

A. Información primaria:

Clase A: ensayo controlado aleatorizado

Clase B: estudio de cohortes

Clase C: ensayo no aleatorizado con controles concurrentes o históricos; estudios caso-control; estudios de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica; estudio descriptivo basado en población

—Clase D: estudio transversal; series de casos; historia de caso

B. Información secundaria: Clase M: meta-análisis; revisión sistemática; análisis de decisión; análisis de coste-efectividad

Clase R: documento de consenso; revisión narrativa

Clase X: opinión médica

La calidad del estudio la expresan mediante los signos +/ -/ Ø.

Grados de recomendación: grado I (evidencia proveniente de estudios de buen diseño, de resultados generalizables, sin sesgos ni errores) , grado II (evidencia proveniente de estudios de buen diseño, pero con cierta incertidumbre por fallos metodológicos o sesgos, o de estudios más débiles pero replicados), grado III (evidencia proveniente de estudios de buen diseño, pero con considerable incertidumbre por fallos metodológicos y sesgos, o de un número limitado de estudios de diseño débil), y grado no asignable.

Método para formular recomendaciones: no consta

Título: *New Zealand Guidelines for the Assessment and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*

Organización: **New Zealand's Ministry of Health**

Fecha publicación: julio 2001 **Actualización:** cada 2 años tras su publicación. No consta que haya sido actualizada.

Población diana: niños con TDAH de 5 a 13 años

Contexto de aplicación: Nueva Zelanda, específicamente dirigida a población maori

Dirigida a: profesionales de la salud

Financiación: no consta

Aspectos metodológicos

Búsqueda: centrada en revisiones sistemáticas y conferencias de consenso publicadas en los 5 años anteriores a la elaboración de la guía.

Niveles de evidencia: no consta

Grados de recomendación: no consta

Método para formular recomendaciones: no consta

Título: *Canadian ADHD Practice Guidelines*

Organización: **Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (Caddra)**

Fecha publicación: 2007 **Actualización:** versión actualizada de la edición publicada en 2006

Población diana: individuos con TDAH y sus familias

Contexto de aplicación: Canadá

Dirigida a: clínicos

Financiación: no consta

Aspectos metodológicos: diferencian el contenido en aspectos «basados en evidencia» y en aspectos «basados en consenso»; predominan estos últimos.

Búsqueda: no consta

Niveles de evidencia: no consta

Grados de recomendación: no consta

Método para formular recomendaciones: no consta

Título: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - Guidelines for clinical care*

Organización: **University of Michigan Health System (UMHS)**

Fecha publicación: 2005 **Actualización:** no consta

Población diana: niños de 6 a 18 años

Contexto de aplicación: Michigan (EE.UU.)

Dirigida a: atención primaria

Financiación: no consta

Aspectos metodológicos:

Búsqueda: en Medline, en lo publicado entre 1999 y 2002; especifican las palabras clave empleadas.

Niveles de evidencia:

- A ensayos controlados aleatorizados
- B ensayos controlados, no aleatorizados
- C estudios observacionales
- D opinión experta

Grados de recomendación: no consta

Método para formular recomendaciones: en función de la evidencia disponible según la escala señalada

Anexo VIII.4. Ficha-ítems del instrumento AGREE de evaluación crítica de guías de práctica clínica

ALCANCE Y OBJETIVO

1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

2. Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

APLICABILIDAD

19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.

Muy de acuerdo 4 3 2 1 Muy en desacuerdo

EVALUACIÓN GLOBAL

¿Recomendaría esta Guía para su uso en la práctica?

Muy recomendada

Recomendada
(con condiciones o modificaciones)

No recomendada

No se sabe

Comentarios:



P.V.P.: 10 €