

Estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en neuropsiquiatría

Esther Cardo, Gonzalo Ros-Cervera, Jesús Eirís-Puñal, Conxita Escofet-Soteras, Alberto Fernández-Jaén, Fernando Mulas, Rocío Sánchez-Carpintero, Anna Sans, en representación del Grupo de Trabajo de TDAH de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica

Objetivo. Conocer el estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) entre los neuropsiquiatras.

Sujetos y métodos. Se realizó una encuesta telemática que recogía información preliminar sobre el interés, las dificultades en el manejo y el tratamiento del TDAH a los 437 socios de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.

Resultados. Respondió un 32,49% de los cuestionarios enviados, con una importante variabilidad geográfica. El 97,89% afirmó que el 50% de sus consultas eran niños con trastornos de aprendizaje y TDAH. Respecto a quién iniciaba el tratamiento para el TDAH en su área, la mayoría contestó que el neuropsiquiatra (57,97%), seguido del psiquiatra infantil (34,78%) y del pediatra de atención primaria (5,31%). Respecto a las mayores dificultades para la valoración inicial de los niños con sospecha de TDAH, se citaron la falta de un estudio psicopedagógico por parte de la escuela (49,79%), seguido de la falta de tiempo en la consulta (29,11%). Sobre las dificultades en el seguimiento, la mayor queja se produjo por la falta de coordinación entre los profesionales, la escuela y los padres. Respecto a la medicación, la mayoría de los pacientes se encontraba en tratamiento con algún tipo de metilfenidato de liberación prolongada, un porcentaje estable utilizaba metilfenidato de liberación inmediata como tratamiento único o combinado, y se observó en un rango inferior el uso de clonidina y atomoxetina, y un incipiente uso de lisdexanfetamina. La adhesión al tratamiento farmacológico al año fue alrededor del 80%.

Conclusiones. Es necesario avanzar en la capacitación y educación continua de nuestros especialistas neuropsiquiátricos en el manejo del TDAH, y en homogeneizar la práctica clínica y la coordinación con educación en el territorio español.

Palabras clave. Déficit de atención/hiperactividad. Diagnóstico. Encuesta. Neuropsiquiatra. Tratamiento.

Introducción

Aquéllos de nosotros que practicamos en primera línea la neurología pediátrica, la pediatría del desarrollo o la pediatría general somos muy conscientes de que el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es el trastorno pediátrico del neurodesarrollo más común de la infancia que tiene un origen poligénico y multifactorial.

En la bibliografía, la prevalencia se estima en el 5-12% de la población infantil en el mundo [1] y del 4,7% en el territorio español [2], dependiendo de los enfoques metodológicos y del tipo de muestra utilizado.

La implicación de los profesionales de la salud, y en concreto de los neuropsiquiatras, en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TDAH varía en las diferentes áreas de la geografía española. Este trabajo pretende estudiar el estado actual del enfoque de los neuropsiquiatras en el manejo del TDAH en el territorio español.

Sujetos y métodos

El cuestionario consistió en 17 preguntas, de las cuales dos eran sobre datos personales de los encuestados; seis, sobre información de quién realiza la evaluación y los diagnósticos en su área; dos, sobre información y dificultades en el seguimiento del paciente con TDAH; cinco, sobre tratamiento; y uno, sobre adhesión al tratamiento. El cuestionario fue enviado a un grupo de 418 socios de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. El cuestionario se remitió por correo electrónico en dos envíos el 16 de junio y el 19 de septiembre 2016.

Resultados

Se recibieron 142 respuestas de un total de 437 socios de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (el 32,49% de respuesta). En cuanto al lugar de trabajo de los profesionales que contestaron la en-

Hospital Son Llàtzer; Palma de Mallorca, Baleares (E. Cardo). Hospital Francesc de Borja; Gandía, Valencia (G. Ros-Cervera). Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; Santiago de Compostela, A Coruña (J. Eirís-Puñal). Hospital Parc Taulí; Sabadell, Barcelona (C. Escofet-Soteras). Hospital Quirón; Madrid (A. Fernández-Jaén). Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica, INVANEP; Valencia (F. Mulas). Clínica Universitaria de Navarra; Pamplona, Navarra (R. Sánchez-Carpintero). Hospital Universitari Sant Joan de Déu; Esplugues de Llobregat, Barcelona, España (A. Sans).

Correspondencia:

Dra. Esther Cardo Jalón. Laboratorio de Neurociencias IUNICS. Hospital Son Llàtzer. Ctra. Manacor, km 4. E-07171 Palma de Mallorca (Baleares).

E-mail:

ecardojalon@gmail.com

Nota:

Grupo de Trabajo de TDAH de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica: <http://www.senep.es/index.php/grupos-de-trabajo/tdah>. Coordinadora: E. Cardo. El cuestionario completo está a disposición de los interesados solicitándolo a los autores.

Agradecimientos:

A la secretaria de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica, por realizar la encuesta a los socios.

Declaración de intereses:

Los autores declaran la inexistencia de conflictos de interés en relación con este artículo.

Aceptado tras revisión externa:

27.01.17.

Cómo citar este artículo:

Cardo E, Ros-Cervera G, Eirís-Puñal J, Escofet-Soteras C, Fernández-Jaén A, Mulas F, et al. Estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en neuropsiquiatría. Rev Neurol 2017; 64 (Supl 1): S105-9.

© 2017 Revista de Neurología

Figura. Distribución de las respuestas por provincias.**Tabla I.** Lugar de trabajo de los profesionales ($n = 171$).

	<i>n</i>
Hospital público universitario	87
Hospital público no universitario	25
Hospital privado	21
Consulta privada grupal	9
Consulta privada individual	20
Centro de diagnóstico y atención precoz (CDYAP)	3
Otros	
Centro de salud	5
Empresa privada de diagnóstico genético	1

Tabla II. Porcentaje de trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastornos del aprendizaje sobre el total de visitas.

	Respuestas
	0-20%
	27 (20%)
	20-40%
	66 (48%)
Visitas	40-60%
	34 (25%)
	60-80%
	9 (6%)
	80-100%
	2 (1%)

cuesta, la mayoría trabajaba en un hospital público (78,87%), mientras que el 35,21% refería trabajar en el ámbito privado (la suma fue mayor de 142, dado que algunos profesionales compaginan ambas actividades). Por último, un 6,33% refirió trabajar en otros centros (Tabla I).

El origen de las respuestas fue bastante irregular, con muchas provincias donde no se recibió ningún cuestionario, y Madrid y las Islas Baleares fueron las provincias con mayor número de respuestas (Figura).

La mayoría de los que respondieron (97,89%) afirmó visitar a niños con trastornos de aprendizaje y TDAH en la consulta. Aproximadamente, en la mitad de los casos suponían más del 50% de las visitas (Tabla II).

Respecto a quién iniciaba el tratamiento para el TDAH en su área, la mayoría contestó que el neuropediatra (57,97%), seguido del psiquiatra infantil (34,78%) y del pediatra de atención primaria (5,31%). En un porcentaje menor (1,93%) contestaron que otros. Aun así, la mayoría (77,46%) contestó que el TDAH debería atenderlo el neuropediatra, aunque el 47,18% pensaba que estaba dejando de ser visto por los neuropediatras en favor de los psiquiatras infantiles. Cuando se les preguntaba sobre quiénes deberían controlar a los niños con TDAH, la mayoría respondió que todos los profesionales médicos, aunque ninguno consideró a los psicólogos en su seguimiento.

Respecto a las mayores dificultades para la valoración inicial de los niños con sospecha de TDAH se citaron la falta de un estudio psicopedagógico por parte de la escuela (49,79%), seguido de la falta de tiempo en la consulta (29,11%).

Sobre las dificultades en el seguimiento, la mayor queja se produjo por la falta de coordinación entre los profesionales, la escuela y los padres, aunque se citaron otras también como importantes (Tabla III).

Por último, respecto a la medicación utilizada, la mayoría de los pacientes se hallaba en tratamiento con algún tipo de metilfenidato de liberación prolongada o sostenida (Equasym[®], Medikinet[®] o Concerta[®]), un porcentaje estable utilizaba metilfenidato de liberación inmediata (Rubifen[®]) como tratamiento único o combinado, y se observó en un rango inferior el uso de clonidina (Catapresan[®]) y atomoxetina (Stratera[®]). También hay que resaltar el aumento del número de pacientes en tratamiento con lisdexanfetamina (Elvanse[®]), más novedoso y de mayor vida media (Tabla IV).

En cuanto a la adhesión al tratamiento farmacológico, la mayoría de los profesionales (en torno al 80%) contestó que menos del 20% de sus pacientes abandona el tratamiento al año.

Discusión

Este trabajo pretendió estudiar el estado actual del enfoque de los neuropediatras en el manejo del TDAH. Es una iniciativa impulsada por el Grupo de Trabajo de TDAH de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica, desarrollada de forma independiente. Su importancia radica en el hecho de que, si bien existen en la literatura muchos trabajos que evalúan el manejo y el tratamiento del TDAH en general, no hay trabajos que muestren la visión de este enfoque en relación con el especialista que lo evalúa. Sin embargo, debemos citar varias limitaciones del trabajo. Primero, como suele ocurrir en este tipo de encuesta, obtuvimos un bajo grado de respuestas (32,49%). Esto limita la validez del estudio y permite cuestionar si los datos obtenidos son representativos de la opinión de la totalidad de los especialistas de la sociedad. No obstante, aunque con esta limitación, el poder analizar las respuestas de casi 150 de ellos sobre un total de 432 socios de la sociedad de la especialidad bien caracterizada lo consideramos de importancia. El otro punto cuestionable es la representación de las distintas comunidades autónomas y la generalidad en el planteamiento de las preguntas. En este sentido, se pretendía realizar un muestreo preliminar cuyos resultados nos permitieran estudiar de forma más detallada aspectos más concretos. En cuanto a la escasa o nula participación de algunas comunidades, puede estar relacionada con la no involucración de neuropediatras en el manejo de estos trastornos en las mencionadas regiones. Por limitaciones de espacio, sólo hemos resumido alguno de los resultados que nos han parecido más relevantes.

Según las asociaciones de pacientes, los psiquiatras del niño y del adolescente, los neuropediatras, los psiquiatras del adulto y los neurólogos son los únicos facultativos percibidos como 'capaces de realizar un verdadero diagnóstico clínico del paciente con TDAH y de instaurar el tratamiento adecuado' [3]. Asimismo, se apunta que existe un grupo de psiquiatras que no cree en el trastorno a pesar de la evidencia científica, que duda o no actúa conforme a la medicina basada en la evidencia, y que no hay suficientes neuropediatras para atender al volumen actual de pacientes. En los consensos y las guías de buenas prácticas clínicas, en contestación a la pregunta de qué profesional debe manejar o diagnosticar el TDAH, todas concluyen que el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico y debe realizarlo un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes [3,4]. En las áreas en las

Tabla III. Dificultades en el seguimiento de los pacientes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) ($n = 366$).

	<i>n</i>	%
Falta de educación del paciente y su entorno	58	15,85
Falta de conocimientos propios para poder dar mejores consejos prácticos con el fin de mejorar las habilidades	22	6,01
Falta de tiempo en la consulta	69	18,85
Dificultades en la coordinación entre psicólogos, escuela, padres, etc.	106	28,96
Falta de conocimiento en el manejo del TDAH del preescolar	29	7,92
Dudas en el manejo y seguimiento de los adolescentes	20	5,46
Falta de una adecuada 'consulta de transición' con los pacientes adolescentes	58	15,85
Otro (escasez de neuropediatras, orientaciones distintas de los profesionales, prejuicios, corrientes anti-TDAH)	4	1,09

Tabla IV. Tratamientos farmacológicos utilizados.

	MTF-LI	MTF-LM	MTF-OROS	ATX	LDX	Clonidina
0-20%	96	23	19	125	98	134
20-40%	33	55	50	11	28	2
40-60%	7	39	43	1	9	0
60-80%	1	16	25	0	0	0
80-100%	0	4	0	0	1	0

ATX: atomoxetina; LDX: lisdexanfetamina; MTF-LI: metilfenidato de liberación inmediata; MTF-LM: metilfenidato de liberación modificada; MTF-OROS: metilfenidato de liberación osmótica.

que los neuropediatras evalúan el TDAH, éste, conjuntamente con los trastornos de aprendizaje, supone más del 50% de sus consultas, y son los especialistas que inician el tratamiento farmacológico. El 47,18% de los neuropediatras pensaba que estaba dejando de ser visto por los neuropediatras en favor de los psiquiatras infantiles. Estas modificaciones del enfoque diagnóstico en la encuesta actual a favor del psiquiatra están también muy sesgadas dependiendo de la comunidad autónoma. Por otro lado, llama la atención el poco impacto que presenta el psicólogo en el diagnóstico o el tratamiento del TDAH para el ámbito de la neuropediatría, factor que puede estar relacionado con la falta de disponibilidad de estos profesionales en las unidades de neuropediatría.

La implicación de los profesionales de la salud en el tratamiento de los pacientes con TDAH varía en los diferentes países europeos. Así, los pacientes pueden ser evaluados tanto por pediatras especializados, neuropediatras y psiquiatras, como por profesionales de otras disciplinas que forman parte integral del servicio de salud mental del niño, como los psicólogos clínicos [5,6].

En las guías del Sistema Nacional de Salud, cuya actualización está a punto de ser publicada, se pone énfasis en el enfoque multidisciplinar del diagnóstico y el manejo del trastorno [4]. En esta misma dirección, Coghill et al recomiendan que las evaluaciones para diagnosticar el TDAH debe realizarlas un equipo multidisciplinar [6] formado por el psiquiatra del niño y del adolescente, un pediatra, un neuropediatra, un psicólogo clínico y, en el caso de los adolescentes y los adultos, un neurólogo y el médico de familia. Asimismo, el equipo debería poder tener acceso a otros profesionales de apoyo, para permitirle hacer evaluaciones pediátricas y neurológicas especializadas, evaluaciones del habla y el lenguaje, terapias cognitivo-conductuales y familiares, fisioterapia y evaluaciones psicopedagógicas [6].

La variabilidad de la práctica clínica en las distintas áreas geográficas del territorio español también se constata tanto en las guías de trabajo como en las distintas publicaciones, que ponen énfasis y subrayan la necesidad de establecer una correcta coordinación que reduzca la variabilidad existente. Proponen instaurar un circuito que debe establecer los pasos que se deben seguir desde que se produce la primera sospecha de un posible TDAH hasta que el especialista confirma el diagnóstico o desestima la sospecha. El circuito más sencillo que se propone sería: una vez detectado el posible TDAH en el colegio, éste deriva el niño al pediatra de atención primaria (habiendo realizado algunos test previos, como pruebas de inteligencia y de atención). El pediatra tiene entonces que decidir si se trata de un TDAH 'simple' e iniciar el correspondiente tratamiento, o si se trata de un TDAH con comorbilidades o dificultades diagnósticas. En el caso de la presencia de posibles trastornos del aprendizaje (trastorno del desarrollo de la lectoescritura o discalculia), del lenguaje o problemas médicos, como epilepsia o historia de dificultades en el neurodesarrollo (microcefalia, bajo peso al nacer, dificultades psicomotrices, de la coordinación...), deriva el niño al neuropediatra. Otra opción para el pediatra sería derivar al niño al psiquiatría del niño y del adolescente si no hay ninguna de las características clínicas mencionadas anteriormente, o si hay problemas, como conducta negativista desafiante, síntomas de

ansiedad, síntomas depresivos, etc., o dificultades especiales en sus relaciones familiares [7,8].

Según las principales guías [9-11], cuando el clínico realiza el diagnóstico debe tener en cuenta la presencia de los síntomas característicos del TDAH, comprobar que éstos repercuten negativamente sobre la vida del afectado en diferentes ámbitos (familiar, escolar, social, laboral) y que no pueden ser explicados por otros trastornos. El diagnóstico requiere que un niño cumpla los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición* (DSM-5). Los síntomas de TDAH deben estar presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, familia y colegio), aunque con frecuencia existen discrepancias significativas entre la familia y el profesor. La historia clínica permitirá discernir las fuentes de las discrepancias basándose los criterios del DSM-5 y, a su vez, obtener información adicional de otros informadores [7]. En este sentido, cuando se preguntaba al neuropediatra cuál era la mayor dificultad para un correcto diagnóstico, seguía siendo la falta de información en el ámbito escolar y la falta de tiempo en la consulta.

En cuanto a la coordinación entre la esfera educativa y la sanitaria, el problema es la ausencia de un sistema de colaboración establecido. En algunas comunidades autónomas no está regulada su colaboración, por lo que finalmente depende de la voluntad de cada colegio, orientador o profesor (algunas asociaciones de familiares suelen desempeñar el papel de puente). Asimismo, existen diferencias entre colegios públicos, concertados y privados en cuanto a la presencia y competencia de profesionales que pueden detectar el trastorno [3].

Respecto a algunas preguntas sobre información y manejo de los fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH, coinciden con lo descrito en la bibliografía [12]. El metilfenidato (en cualquier formulación) parece mejorar la sintomatología y el comportamiento general del niño con TDAH, pero la calidad de la evidencia dificulta estimar la magnitud del efecto [13]. La puntuación de la mayoría de las respuestas fue a favor del metilfenidato de liberación prolongada. También se emplea, aunque en menor porcentaje, el metilfenidato de liberación inmediata como único fármaco o en combinación con otros. Los fármacos que se usaron en menor porcentaje fueron la atomoxetina, seguida de la clonidina. También se constató un uso creciente de la lisdexanfetamina. Es posible que en algunas de estas preguntas los especialistas estén contestando lo que deberían hacer, pero no necesariamente lo que hacen.

Cuando se preguntaba con qué frecuencia se producía un abandono del tratamiento farmacológico

gico, llama la atención que un 80% de los encuestados considera que sus pacientes persisten tomando el tratamiento al año.

En conclusión, es necesario avanzar en la capacitación y educación continua de los especialistas en neuropediatría y ayudar a adquirir una mejor comprensión de la enfermedad médica y neurológica que puede imitar o se ha asociado con la sintomatología del TDAH, y apreciar la importancia de una evaluación física rigurosa e integrarla en la práctica clínica del manejo del TDAH [7].

Bibliografía

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-8.
- Cardo 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: 10-4.
- Soutullo C. Informe PANDAH. El TDAH en España (2013). URL: <http://www.pandah.es/publicaciones/informe-pandah.html>.
- Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de práctica clínica en el SNS. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
- Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder –first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (Suppl 1): S17-30.
- Coghill D, Sergeant JA. Assessment. In Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, et al, eds. *ADHD and hyperkinetic disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 43.
- Soutullo C. El TDAH en España. Propuestas estratégicas (2016). URL: <http://www.pandah.es/publicaciones/propuestas-estrategicas.html>.
- Cardo E. Role of neuropsychiatric in the management of ADHD. In Maria BC, ed. *Current management in child neurology*. Shelton, CT: People's Medical Publish Group; 2009. p. 245-9.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2009.
- American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
- Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 894-921.
- Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Mayhew AD, Page MJ, Ridao M, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Syst Rev* 2015; 4: 19.
- Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira CR, Holmskov M, Skoog M, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ* 2015; 351: h5203.

Current state of the attention deficit hyperactivity disorder approach in neuropsychiatry

Aim. To know the current state of the approach of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in neuropsychiatrists.

Subjects and methods. A telematic survey was carried out to collect preliminary information on the interest, difficulties in the management and treatment of ADHD to the 437 fellowship of the Neuropsychiatric Spanish Society (SENEP).

Results. Only 32.49% of the sent questionnaires were answered, with important geographic variability. 97.89% stated that 50% of their consultations were children with learning disabilities and ADHD. Regarding who started treatment for ADHD in their area, the majority answered that the neuropsychiatrist (57.97%), followed by the child psychiatrist (34.78%) and the primary care pediatrician (5.31%). The lack of a psycho-pedagogical study by the school (49.79%), followed by the lack of time in the consultation (29.11%), was cited as the greatest difficulty in the initial assessment of children with suspected ADHD. Concerning the difficulties in the follow-up, the biggest complaint was the lack of coordination between professionals, the school and parents. And, lastly, regarding the type of treatment use, most patients were on prolonged-release methylphenidate, a stable percentage using immediate release methylphenidate as a single or combined treatment, and in a lower range was the use of clonidine and atomoxetine, and an incipient use of lisdexamphetamine were observed. 80% of the patient showed adherence to pharmacological treatment after one year.

Conclusions. It is necessary to advance in the training and continuous education of our neuropsychiatric specialists in ADHD and to homogenize the clinical practice and coordination with education system in the Spanish territory.

Key words. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis. Neuropsychiatric. Survey. Treatment.