

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · Nº 17

Consenso del GEITDAH sobre el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad

3 de enero 2011

El GEITDAH, Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), presenta en este artículo un consenso de expertos de toda España sobre el manejo del TDAH. Se han consensado aspectos básicos que deberían ser el punto de partida para futuros consensos locales o regionales. Es también un objetivo de este consenso disminuir la variabilidad en la asistencia que se da en nuestro país al TDAH y servir de estímulo para fines docentes. Su reducida extensión permitirá una mayor difusión a fin de lograr todos estos fines de forma más efectiva. Las conclusiones del consenso se han articulado en torno a una introducción sobre aspectos básicos y recomendaciones para: diagnóstico, tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico), flujo de pacientes y aspectos organizativos.

Francisco Montañés-Rada, Xavier Gastaminza-Pérez, Miguel A. Catalá, Francisco Ruiz-Sanz, Pedro M. Ruiz-Lázaro, Óscar Herreros-Rodríguez, Marta García-Giral, Juan Ortiz-Guerra, José A. Alda-Díez, Dolores Mojarro-Práxedes, Tomás Cantó-Díez, María J. Mardomingo-Sanz, Jordi Sasot-Llevadot, Montserrat Pàmias, Francisco Rey-Sánchez; Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH).

Índice

1. Introducción.....	3
2. Consenso del GEITDAH sobre el TDAH.....	5
2.1. Introducción.....	5
2.2. Diagnóstico.....	5
2.3. Diagnóstico y flujo de pacientes.....	6
2.4. Tratamiento.....	6
2.5. Aspectos organizativos.....	7
2.6. Discusión.....	7
3. Bibliografía.....	8

1. Introducción

El GEITDAH, Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), está formado por expertos en psiquiatría infantil de toda España. Se divide en subgrupos de trabajo: revisión y elaboración de guías, revisión de revistas, elaboración de protocolos de tratamiento, etc. En esta publicación aparecen como autores todos aquellos miembros que participaron activamente en el desarrollo de este consenso.

Uno de los objetivos del grupo es elaborar recomendaciones sobre el manejo del TDAH de aplicación en el ámbito nacional, y en este artículo se presenta el consenso alcanzado al respecto.

Guía, consenso de expertos, protocolo de actuación, algoritmo, etc., son instrumentos de ayuda cuyas diferencias no son baladíes. Sin embargo, el uso indiscriminado ha desvirtuado algunos de estos conceptos. En nuestro caso, este artículo es un 'consenso entre expertos'. Aun así, para no hacer tediosa la lectura usaremos la palabra 'guía', entrecomillada, para englobar a todos los tipos de instrumentos mencionados. No vamos a diferenciar grados de evidencia al ser un consenso. En todo caso, hemos usado para dirimir diferencias el nivel que consideramos de mayor evidencia científica.

Muchas son las 'guías' elaboradas para orientar el manejo del TDAH. En la tabla elaborada a partir de los trabajos de uno de los autores (M.A.C.) como ponente del grupo 2 de GEITADH, se hace referencia a las principales 'guías' internacionales disponibles en la actualidad. Fue a partir del contenido de estas 'guías' que se hizo una propuesta, modificada a lo largo de tres reuniones con intervalos de aproximadamente tres meses entre ellas, que generó el consenso que presentamos en esta publicación. Algunas de las 'guías' de la tabla no se han revisado con la periodicidad prevista y sus referencias bibliográficas no son recientes, pero las hemos mantenido por seguir siendo un referente en la forma de aproximarse al manejo del TDAH.

La complejidad de las diferentes guías, protocolos o consensos disponibles es variable, pero claramente todas ellas van dirigidas a solucionar problemas locales del sistema sanitario que promocionó su creación, por lo que difícilmente son de aplicación de unos países a otros en todos sus extremos. La falta de guías propias o el interés de terceros en exponer determinados puntos de vista generan o promueven intentos de adopción en unos países de guías de otros; sin embargo, esto sólo sería posible si sus sistemas sanitarios fueran similares.

Las 'guías' más complejas van dirigidas a varios niveles de atención y habitualmente añaden un soporte bibliográfico extenso que las fundamenta. Existen grupos de trabajo en nuestro país elaborando guías para el Ministerio de Sanidad de este nivel. Otras guías se diseñan desde el punto de vista de una especialidad. En nuestro caso, si bien este consenso se ha hecho por psiquiatras (algunos con doble titulación para pediatría o psicología), el objetivo es el de elaborar un texto sencillo y válido también para otros profesionales o niveles de atención implicados en el manejo del TDAH: psicólogos, psicopedagogos, etc.

Un problema que han de afrontar las guías es si publicar solamente las conclusiones del trabajo o bien intentar exponer, como anexo, textos desechados o los diferentes puntos de vista generados en la discusión, proceso muy relevante para el lector experto y que contextualiza la validez del resultado final. El mismo proceso se sigue al exponer diferentes puntos de vista de

la evidencia disponible, comparando diferentes guías de un mismo país o contexto asistencial; ello permite enriquecer el debate sin que ninguna de las guías invalide o supla a las otras. El conocimiento y la sensibilidad referidos al TDAH son muy variables de un país a otro. Consideramos que en el nuestro, aunque ha mejorado en los últimos años, el conocimiento es bajo o basado en tópicos, incluso en la clase médica; esto es especialmente cierto para el TDAH del adulto. Ha contribuido a ello el que hasta hace pocos años el TDAH no se enseñara en las facultades. Problemas en el diagnóstico, por exceso o por defecto, se han derivado de esta situación, con consecuencias negativas en las pautas terapéuticas tanto en eficacia como en efectos secundarios.

Tabla. Guías internacionales para el manejo del trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

	Año	Ámbito
SIGN [1]	2009	Reino Unido (Escocia)
NICE [2]	2008	Reino Unido (Inglaterra/Gales)
NICE TA 98 [3]	2006	Reino Unido
BPS [4,5]	2000	Reino Unido
RACP [6]	2009	Australia
CADDRA [7]	2007-08	Canadá
BAP [8]	2007	Reino Unido
UMHS [9]	2005	Estados Unidos
CCHMC [10]	2004	Estados Unidos
EUNETHYDIS [11]	2004	Europa
AAP [12,13]	2000-01	Estados Unidos
AACAP [14-16]	2007	Estados Unidos
Texas [17]	2006	Estados Unidos
ICSI [18]	2010	Estados Unidos
Sentara B. Health [19]	2006	Estados Unidos
SHP Wisconsin [20]	2007	Estados Unidos
PHP Albuquerque [21]	2007	Estados Unidos
NASP (DuPaul) [22]	2004	Estados Unidos

Teniendo en cuenta todas las consideraciones previas, al pensar en un consenso nos hemos propuesto elaborar uno sencillo, accesible para todo tipo de especialistas, especialmente mé-

dicos de atención primaria, pero también asequible para cualquier otro lector, como personal no médico involucrado en la asistencia de los pacientes con TDAH infantil.

En este consenso no queremos repasar datos que deberían ser conocidos por todos, como los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición*, sino más bien aclarar puntos clave.

A continuación se expone, en primer lugar, el resultado del consenso y, en segundo lugar, partiendo del texto original propuesto (que era provocador en sí mismo), se discuten algunos de los aspectos que generaron polémica o diferencias de opinión.

2. Consenso del GEITDAH sobre el TDAH

2.1. Introducción

El TDAH requiere para su diagnóstico la presencia de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, que afecta al funcionamiento de la persona que lo sufre en varios ámbitos de su vida.

Algunas personas son predominantemente hiperactivas e impulsivas, mientras que otras son predominantemente inatentas.

Algunas de las manifestaciones del TDAH están presentes también en la población normal, el nivel de afectación en la vida diaria es una de las fronteras para el diagnóstico.

Los síntomas del TDAH pueden solaparse con síntomas de otros trastornos psiquiátricos, es necesario un diagnóstico diferencial cuidadoso.

2.2. Diagnóstico

El cribado del TDAH debe formar parte de la evaluación psicopatológica de todo paciente.

La evaluación del TDAH requiere una entrevista clínica con el paciente y, en su caso, padres/familiares/cónyuge e informes de otros observadores, como profesores, etc.

La información que se debe obtener incluye la posible existencia de problemas en el ambiente familiar, escolar, laboral y social, así como también la evaluación de antecedentes médicos personales y familiares.

Los tests, escalas y cuestionarios son una ayuda que no sustituye a la entrevista clínica.

No se precisan pruebas complementarias (de laboratorio, neurológicas, radiológicas, etc.) cuando la historia médica personal o familiar es normal.

Las pruebas psicológicas son necesarias si se aprecia déficit cognitivo o bajos rendimientos.

Se deben evaluar posibles trastornos comórbidos (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, ansiedad, tics, etc.).

Antes de instaurar un tratamiento farmacológico hay que considerar:

- Valoración cardiológica si hay antecedentes familiares o personales cardiovasculares (especialmente, disnea de esfuerzo moderada/grave, síncope de esfuerzo, muerte súbita, palpitaciones o trastornos del ritmo cardíaco).
- Control de frecuencia cardíaca y presión arterial. Esto ha de realizarse también después de cada cambio de tratamiento y al menos cada seis meses.
- Control de peso y talla (en percentiles ajustados para edad) cada seis meses.
- Riesgo de abuso o de mal uso del fármaco.
- Evaluación de la presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos que puedan ser causados o exacerbados por los fármacos (control periódico).

2.3. Diagnóstico y flujo de pacientes

El diagnóstico y tratamiento del TDAH y sus trastornos comórbidos debe ser supervisado por un médico con experiencia en el TDAH.

Si el nivel de afectación es leve o moderado, se debe iniciar al menos un abordaje psicoeducativo. Si persisten problemas tras 10 semanas, se valorará la derivación a atención especializada. Si el grado de deterioro es grave, se debe derivar a atención especializada.

El tratamiento en atención primaria se debe realizar según los protocolos establecidos con atención especializada local.

La derivación a atención especializada desde el colegio por los equipos de orientación que han evaluado al niño se realizará a través de atención primaria.

El tratamiento de niños menores de seis años y de pacientes que no responden en otros niveles asistenciales es un criterio de derivación a atención especializada.

2.4. Tratamiento

Debe elaborarse un plan terapéutico individualizado e interdisciplinar.

El tratamiento ha de incluir un programa completo para el paciente y su entorno que incluya al menos colegio y padres. Este plan ha de abordar las dificultades psicológicas y educativas/ocupacionales.

El tratamiento farmacológico es la primera opción en casos graves; también se ofrece a no respondedores o a respondedores parciales a otras terapias desde los 6 años. Para tratamiento farmacológico en menores de 6 años se ha de derivar a atención especializada.

La combinación de psicoterapia basada en pruebas y psicofármacos es el tratamiento más eficaz.

La terapia que se aplique ha de estar basada en pruebas. En el momento actual, la terapia conductual o la cognitivo-conductual es la que ha mostrado mayor grado de apoyo.

El tratamiento farmacológico de primera elección es el metilfenidato.

Es de elección la atomoxetina en pacientes que no respondan a metilfenidato en dosis altas o con intolerancia en dosis moderadas, y en pacientes con tics que empeoren con metilfenidato.

Al menos una vez al año debe evaluarse la necesidad de continuar con el tratamiento.

2.5. Aspectos organizativos

El sistema público de salud ha de proveer y garantizar los recursos necesarios para el tratamiento del TDAH tanto para niños y adolescentes como para adultos.

Asimismo, los sistemas públicos han de ofrecer programas de formación para profesores y padres que permitan un nivel básico de detección e intervención conductual en sus ámbitos de influencia.

2.6. Discusión

De la parte de diagnóstico se descartó la recomendación de no hacer cribados en población general, dejando al contexto local la recomendación. La afirmación de que los tests y escalas no sustituyen a la entrevista se completó, al explicar en otra recomendación cuándo las pruebas psicológicas sí son necesarias. También se matizó la parte referente a pruebas de laboratorio o neurológicas.

Se descartó la especificación de que los médicos expertos en TDAH son los neuropediatras y psiquiatras, así como que el tratamiento farmacológico lo deben iniciar ellos, dejando el tipo de tratamiento que se debe instaurar por los expertos abierto y no sólo circunscrito a los fármacos.

Se ha obviado un algoritmo de derivación al especialista (se propuso uno similar al de la guía NICE) y, por tanto, no se especifica en qué momento o en qué gravedad o circunstancias se ha de derivar desde primaria a especializada o cómo derivar desde equipos de orientación psicoeducativa. Esto en parte se debe a los altos estándares de derivación que propone la guía NICE: se deriva desde primaria pasado un tiempo de 10 semanas si no hay respuesta a intervención psicoeducativa en casos leves moderados (en graves y menores de 6 años se deriva a especializada directamente). Un ejemplo de las objeciones planteadas fue que la intervención psicoeducativa no se puede realizar en atención primaria en nuestro país.

También se descartó por no realizable e inconveniente ofrecer, como propone la guía NICE, tratamientos grupales como forma por defecto de atención, reservando la terapia individual para casos concretos y la cognitivo-conductual para casos graves exclusivamente. Se descartó que los fármacos que se pueden usar son sólo los aprobados por las agencias del medicamento estadounidense (FDA) o europea (EMA), por obvio, y datos del tamaño de efecto de diversos fármacos. Se descartó la creación de la figura del tutor de caso, pero se añadió la necesidad de tratar al ambiente del niño.

En general, la discusión descartó aquello en lo que el grupo de trabajo consideró que faltaba suficiente evidencia científica y se eligió de las diferentes opciones aquéllas con mayor evidencia científica.

Esperamos que esta guía sencilla pueda homogeneizar en unos estándares mínimos la atención a los pacientes con TDAH, y puede ser modificada localmente según las necesidades. Se prevé revisarla cada dos años o ante la aparición de nuevas evidencias que justifiquen su modificación.

3. Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people*. A national clinical guideline 112. Edinburgh; Oct 2009. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>. [10.06.2010].
2. National Collaborating Centre for Mental Health. *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Clinical guideline; no. 72. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008. URL: <http://guidance.nice.org.uk/CG72>. [10.06.2010].
3. National Collaborating Centre for Mental Health. *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Clinical guideline; no. 72. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008. URL: <http://guidance.nice.org.uk/CG72>. [10.06.2010].
4. Reason R; Working Party of the British Psychological Society. *ADHD: a psychological response to an evolving concept. Report of a Working Party of the British Psychological Society*. J Learn Disabil 1999; 32: 85-91.
5. *Report of a Working Party of the British Psychological Society. Attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD): guidelines and principles for successful multi-agency working*. Leicester: The British Psychological Society; 2000.
6. *Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* Royal Australasian College of Physicians. June 2009. URL: http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/adhd_draft.htm. [10.06.2010].

7. *Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA)*. Canadian ADHD practice guidelines. 1 ed. Toronto: CADDRA, 2006. URL: http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=353&lang=en. [10.06.2010].
8. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. *Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. London: Sage Publications. URL: <http://www.bap.org.uk/docsbycategory.php?docCatID=2>. [10.06.2010].
9. O'Brian JM, Felt BT, Van Harrison R, Paramjeet KA, Riolo SA, Shehab N. UMHS. University of Michigan Health System. *Guidelines for clinical care: attention-deficit hyperactivity disorder*; 2005. URL: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/ADHD05.pdf>. [10.06.2010].
10. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. *Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder*. Guideline 27. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2007. URL: www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/adhd.htm. [10.06.2010].
11. Taylor E, Döpfner M, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, et al. *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (Suppl 1): S1/7-30.
12. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Committee on Quality Improvement. *Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics 2000; 105: 1158-70.
13. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity, Disorder Committee on Quality, Improvement. *Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics 2001; 108: 1033-44.
14. Pliszka S, in name of 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; 46: 894-921.
15. Winters NC, Pumariga A, Work Group on Community Child and Adolescent Psychiatry, Work Group on Quality Issues. *Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 284-99.
16. Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality Issues. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 126-41.
17. Pliszka S, Crismon ML, Hughes CW, Conners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al, and the Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for*

pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45: 642-57.

18. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *ADHD, attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents, diagnosis and management (guideline)*. URL: http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html. [10.06.2010].

19. Sentara Behavioral Health Services. *Guideline for the recognition of ADHD in adults*. Virginia, VA: Sentara Healthcare; 2006.

20. Quality Improvement Committee. *Guideline for the management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents: detection, diagnosis and treatment*. Adopted by the Security Health Plan Quality Improvement Committee. September 2004.

21. Quick reference guide. *Recommended screening and medication treatment guidelines for child and adolescent patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Albuquerque, NM: Lovelace Health Plan and Presbyterian Health Plan; 2007. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/4/1033>. [10.06.2010].

22. Du Paul GJ. *ADHD identification and assessment: basic guidelines for educators. Helping children at home and school II: handouts for families and educators*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists; 2004. URL: <http://www.nasponline.org>. [10.06.2010].