

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en España: crónica de los últimos 15 años

M. Fernández Pérez¹, L. Cortiñas Villazón², A.I. Iglesias Carbajo³, C. Gonzalvo Rodríguez⁴, M.M. López Benito⁵

¹Pediatra especializado en Psiquiatría Infantil y psicólogo. Centro de Salud de La Felguera. Langreo (Asturias).

²Farmacéutica del área VIII de Asturias. ³Coordinación de Farmacia SESPA. ⁴Enfermera y psicóloga del Centro de Salud de La Felguera. Langreo (Asturias). ⁵Pediatra del Centro de Salud de Contrueces. Gijón (Asturias)

Resumen

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad tiene una gran relevancia en la infancia y puede perdurar en la adolescencia y en la edad adulta. Cada vez se conoce más y mejor en España esta afección, y desde hace más de una década su diagnóstico ha aumentado, así como los medios para su asistencia, tanto sanitaria como educativa. Tras hacer una breve historia de esta enfermedad, en esta revisión se actualizan los datos de prevalencia y del diagnóstico precoz, así como de los tratamientos disponibles actualmente. Asimismo, se comentan algunos aspectos de la realidad asistencial y cómo se está planificando el futuro.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, prevalencia, diagnóstico, tratamiento, planes asistenciales, revisión

Abstract

Title: Attention deficit hyperactivity disorder in Spain: chronicle of the last 15 years

Attention deficit hyperactivity disorder is getting increasingly better known in Spain. It is of great relevance in children and may remain in adolescence and in adulthood. For over a decade its diagnosis has been going up, as well as the means for its assistance, both health-related and educational. After obtaining a short medical history we updated the statistics of prevalence and early diagnosis, as well as the drugs available to date. Finally there is a short remark on some aspects of today's assistance and how the future is being planned out.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, diagnosis, treatment, assistential plans, review

Introducción: un poco de historia

En el año 2000, la Academia Americana de Pediatría editó la Guía de práctica clínica para el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA/H)¹, lo que supuso el primer marco de referencia clínico y asistencial en nuestro país. Tres años después, una revisión² planteaba las controversias sobre el diagnóstico, la prevalencia y los tratamientos farmacológicos disponibles por entonces. En 2006 se editó la primera monografía sobre el TDA/H para la atención primaria³, ámbito en el que se apreciaba una creciente demanda asistencial, y en 2009 se publicó el Consenso multidisciplinar para el TDA/H⁴. Ambos documentos tienen en común la iniciativa de crear la primera asociación para el TDA/H por parte de pediatras españoles, y van dirigidos principalmente al pediatra de atención primaria. La primera guía clínica para el TDA/H española⁵, elaborada casi en su totalidad por especialistas hospitalarios, salió a la

luz en 2010 y se encuentra actualmente en revisión para su actualización. En 2013 se publicó el libro *El TDAH en pediatría*⁶, con la participación de especialistas en el ámbito de la psiquiatría infantil y de la pediatría.

Prevalencia: muchos o pocos, ¿en qué quedamos?

Los datos de prevalencia de una determinada patología/enfermedad/problema de salud se pueden obtener por varios medios; habitualmente mediante encuestas poblacionales, o por encuestas clínicas, pero también se puede calcular mediante el consumo de las medicinas empleadas en el tratamiento.

Aunque suele existir un cierto grado de disparidad según la metodología y las fuentes empleadas, la prevalencia en nuestro país por encuestas poblacionales es de entre un 4,57%⁷ y

Fecha de recepción: 27/11/15. Fecha de aceptación: 15/02/16.

Correspondencia: M. Fernández Pérez. Centro de Salud de La Felguera. Manuel Suárez, s/n. 33930 Langreo (Asturias).
Correo electrónico: maximinofernandez.pediatra@gmail.com

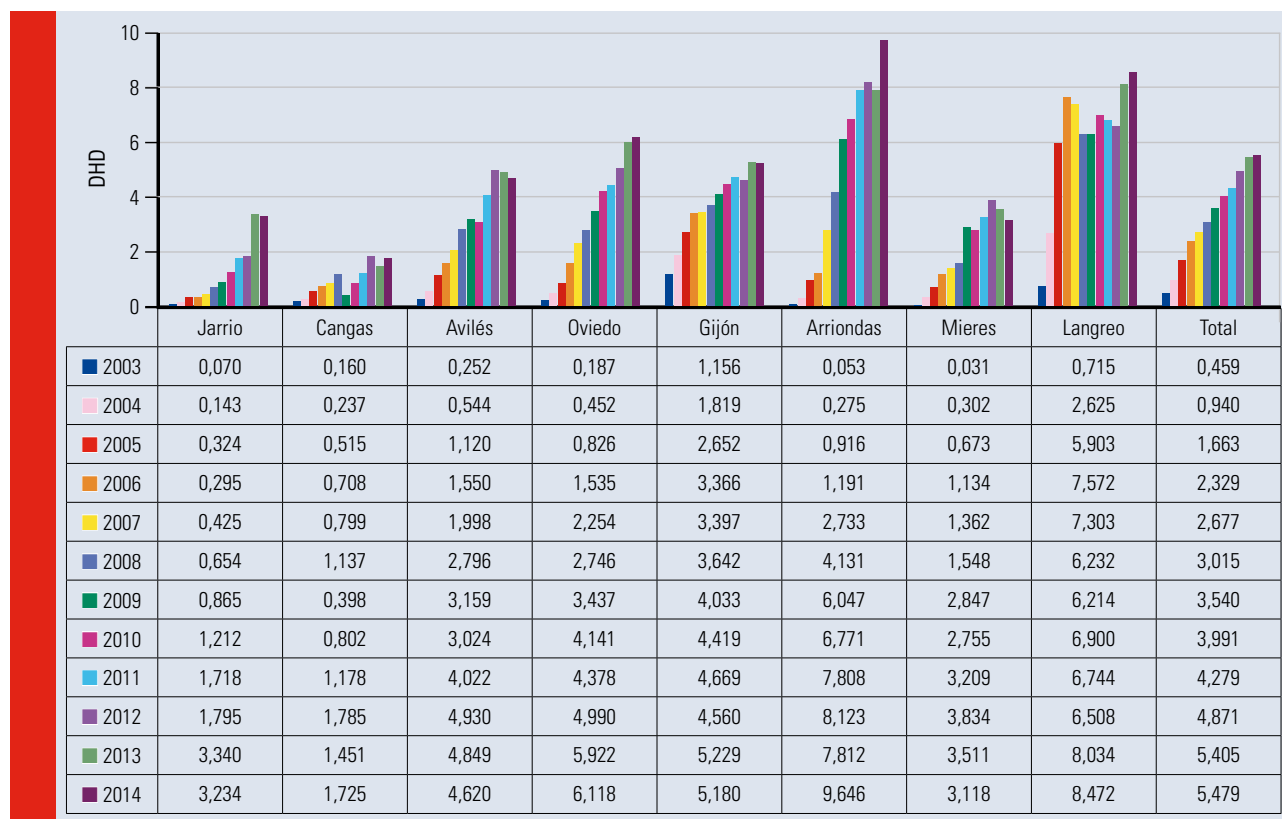


Figura 1. Evolución del consumo de metilfenidato (en DHD) por áreas sanitarias en el Principado de Asturias desde 2003 a 2014 (población de 0-14 años). DHD: número de dosis diarias definidas

un 6,66%⁸, en cifras cercanas siempre al 5% de la población infantil, y se presenta por igual tanto en zonas rurales como urbanas, sin mostrar diferencias en cuanto a las distintas comunidades en que se han llevado a cabo este tipo de encuestas. Los metaanálisis⁹ de estudios generales muestran una cifra similar, del 5,29%, con variaciones geográficas que podrían estar relacionadas con la metodología empleada, de manera que dicha cifra resume los datos de los países desarrollados.

Como problema que trasciende a la edad infantil, se espera que también en el adulto sea prevalente; así, las cifras oscilan entre un 4,4% en la población americana¹⁰ y un 1-3% en la europea¹¹. En España no se dispone actualmente de encuestas realizadas sobre la población adulta con la misma metodología que las llevadas a cabo en la infancia, pero algunos estudios efectuados mediante el registro de las historias clínicas en atención primaria muestran una prevalencia del 0,04%¹². Un aspecto que cabe tener en cuenta es si realmente el TDAH del adulto es un trastorno con inicio en la infancia, o sea, un cuadro sintomático distinto¹³.

Con objeto de actualizar los datos de un primer estudio publicado¹⁴ en el que se analizó el consumo de metilfenidato desde 2003 hasta 2010, se amplió el periodo hasta 2014, obteniéndose datos de consumo de los últimos 11 años en nuestra población, la comunidad autónoma del Principado de Asturias.

Se empleó la misma metodología que en el estudio anterior, donde el consumo se refleja en número de dosis diarias definidas (DHD) por 1.000 habitantes al día.

Se puede observar que en el global de población de 0-14 años de edad la prevalencia pasó de 0,05 a 0,55 (figura 1), y en la población diana de 6-14 años pasó de 0,07 a 0,97 desde 2010 a 2014 (figura 2).

También se aprecia la tendencia de los datos: en el último año la prevalencia del consumo de metilfenidato se multiplicó por más de 10 desde 2003.

Las diferencias que se observan entre la prevalencia teórica obtenida mediante encuestas o a partir de los datos clínicos, se intentan explicar de varias maneras: por el modo en que se hace el diagnóstico en función del profesional que lo lleva a cabo (no siempre médico, si es en atención primaria u hospital, y qué tipo de especialista) o por la modalidad de tratamiento (farmacológico frente a terapias psicológicas, educativas, familiares, o ninguno). Pero también cabe la posibilidad de que realmente exista un infradiagnóstico. Comparar actualmente nuestros datos con los del conjunto de la población española no es posible, ya que no existen estudios realizados con la

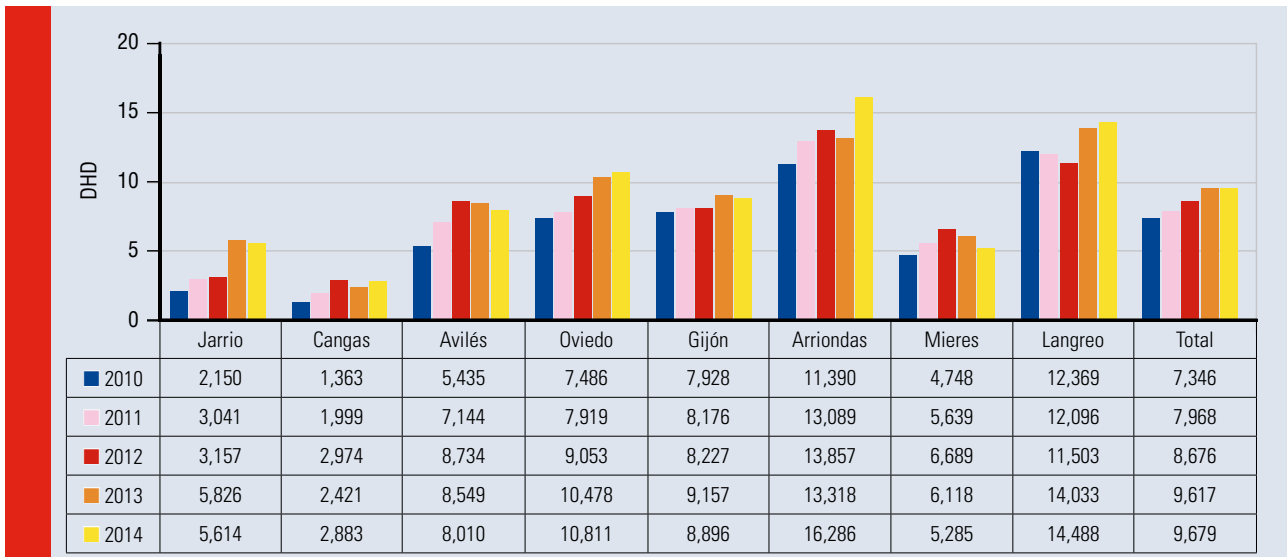


Figura 2. Evolución del consumo de metilfenidato (en DHD) por áreas sanitarias en el Principado de Asturias desde 2010 a 2014 (población de 6-14 años). DHD: número de dosis diarias definidas

misma metodología; por tanto, consideramos que si las encuestas poblacionales son parecidas en las diversas comunidades, los datos de consumo guardarán actualmente una correlación, y posiblemente estemos lejos de diagnosticar a la mayoría de la población infantil afectada, como también parece suceder en la población adulta.

En otros países la prevalencia del tratamiento para el TDA/H en la infancia presenta patrones similares. Así, en Australia se pasó de una prevalencia inferior al 2% en 2002 a valores del 2,4% en sólo 2 años, triplicando las cifras en 8 años¹⁵. En algunos países europeos, como Holanda, la prevalencia de tratamiento se duplicó en 7 años, paralelamente a la prevalencia poblacional¹⁶; en Alemania también se incrementó¹⁷, y en Dinamarca¹⁸ las tasas de prescripción de medicamentos para el TDA/H aumentó 6 veces desde 2003 a 2010, país donde además se llevan a cabo registros del consumo farmacológico en niños con autismo y otras enfermedades psiquiátricas. En todo momento la tendencia de la prescripción ha sido siempre creciente, como en nuestra población.

Diagnóstico y diagnóstico precoz: hacer visible lo invisible

Para el diagnóstico, la clasificación más empleada en España es el Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la American Psychiatric Association, versión actual DSM-5¹⁹, pero también se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud²⁰. Las diferencias entre ambos sistemas podrían causar variaciones en el número de diagnósticos, al tener esta última criterios más restrictivos, o el DSM más amplios.

Un aspecto muy relevante es el diagnóstico precoz, que permite prevenir el impacto de esta afección y sus complicaciones en la vida diaria²¹, así como un mejor abordaje de los problemas comórbidos asociados con cierta frecuencia²².

En el ámbito de la atención primaria se pueden diagnosticar y poner de manifiesto un gran número de casos, que de otro modo pasarían desapercibidos²³, mediante sencillos cuestionarios elaborados con los aspectos clínicos más relevantes del TDA/H, aplicados en la consulta de enfermería y del pediatra en las revisiones del niño sano. Además, permiten obtener una «prevalencia del test positivo», que en el estudio referido fue del 6%. Algunos estudios similares realizados en países de nuestro entorno²⁴ llegan a parecidas conclusiones. El cribado podría ser muy útil, implementarse en los planes de salud y generalizarse en un futuro inmediato en los contextos sanitario y educativo, donde el contacto con los niños es prácticamente diario.

Tratamientos: ya no estamos tan indefensos

En 2000 sólo existía en España un medicamento aprobado para el TDA/H: el metilfenidato de liberación inmediata (Rubi-fen[®])²⁵; posteriormente, en 2004, se aprobó el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica (OROS[®]), de unas 12 horas de duración (Concerta[®])²⁶. La atomoxetina (Strattera[®])²⁷ se autorizó en 2006, inicialmente con restricciones para la prescripción. Después vendrían dos formulaciones de unas 8 horas con liberación prolongada, a finales de 2007 la primera, mediante tecnología tipo pellets (Medikinet[®])²⁸, y la segunda en 2012, en cápsulas de liberación modificada (Equasym[®])²⁹. El

último fármaco aprobado ha sido la lisdexanfetamina, en 2013, y sujeto a información adicional (Elvanse®)³⁰. Desde 2013 también están disponibles varias presentaciones genéricas de metilfenidato. Próximamente se espera la llegada a nuestro país de la alfaguanfacina³¹ para determinadas indicaciones en el TDA/H.

Con respecto a los tratamientos no farmacológicos, el más empleado es el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, en sus diversas técnicas y modalidades, si bien con limitaciones estructurales para acceder a él, a diferencia de la falta de limitaciones para la prescripción de fármacos.

El presente asistencial: una radiografía

Ante la falta de una planificación por parte de las autoridades y organismos estatales, muchas comunidades autónomas han elaborado planes asistenciales, que varían poco de una a otra y que tratan de coordinar los niveles sanitario y educativo. También son numerosas las asociaciones de afectados, que promueven actuaciones concretas y reclaman de las diversas autoridades planes efectivos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y el seguimiento. En la actualidad se carece de registros del número de afectados y del tratamiento que siguen los casos diagnosticados. La iniciativa más reciente en este sentido es, desde 2011, el Plan de Acción Nacional para el Déficit de Atención e Hiperactividad (PANDAH)³², en el que participan las distintas asociaciones junto con profesionales de todos los ámbitos implicados, y la colaboración de la industria farmacéutica, pero sin la participación de las autoridades sanitarias ni educativas. Se espera que del informe final se concreten actuaciones específicas en los próximos 10 años para hacer frente a los problemas que tienen los afectados.

Al igual que no existen registros, tampoco disponemos de datos del seguimiento de las guías, consensos ni protocolos; es decir, no sólo desconocemos el número de afectados, sino también la calidad con que éstos son atendidos. La mejora en estos aspectos y la implementación de guías y otros documentos debería ser prioritaria³³.

No existen programas formativos para el TDA/H en los currículos de los profesionales, y es la iniciativa propia, más que la reglamentada por las autoridades, la que lleva a la formación (casi autodidacta) específica, las más de las veces con el apoyo de la industria farmacéutica en el caso del personal sanitario.

El futuro: ¿un país diferente?

La posible redacción de un artículo similar al presente dentro de una década debería reflejar la mejora sobre diversos aspectos del diagnóstico, superando el actual infradiagnóstico y mejorando el diagnóstico precoz sistemático, así como un mayor diagnóstico en los adolescentes y adultos. También

debería reflejar la implementación con éxito de planes con medidas específicas coordinados por las autoridades sanitarias y educativas, así como la instauración de unos mínimos de calidad en los registros y los procedimientos. En cuanto al tratamiento, se debería disponer de los mejores fármacos y tratamientos psicológicos efectivos para los pacientes afectados. ■

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000; 105(5): 1.158-1.170.
2. Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Bar)*. 2003; 120: 222-226.
3. Grupo de Trabajo para el TDAH de la AEPAP. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4.
4. Fernández Pérez M, coord. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Madrid: Acin-des, 2009 [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ffis.es/ups/TCIED5/tdahconsenso.pdf>
5. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Madrid: Gobierno de España, 2010.
6. Rodríguez Hernández PJ, coord.; Grupo PANDAH. El TDAH en pediatría. Madrid: Springer SBM, 2013.
7. 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.
8. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondoc M, Sacristán Martínd AM, Martínez Riverae MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11: 251-270.
9. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 942-948.
10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 617-627.
11. Kooij JJ, Buitelaar JK, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiámont PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med*. 2005; 35(6): 817-827.
12. Aragonès E, Piñol JL, Ramos-Quiroga JA, López-Cortacans G, Caballero A, Bosch R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*. 2010; 84(4).
13. Moffit T, Melchior. Why does the worldwide prevalence of childhood attention deficit hyperactivity disorder matter? *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 856-858.
14. Fernández Pérez M, Iglesias Carbajo AI. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en tratamiento con metilfenidato en Asturias (España) mediante el

- consumo del principio activo desde el año 2002 al 2010. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2012; 1: 42-49.
15. Preen DB, Calver J, Sanfilippo FM, Holman CD. Patterns of psychostimulant prescribing to children with ADHD in Western Australia: variations in age, gender, medication type and dose prescribed. *Aust N Z J Public Health*. 2007; 31(2): 120-126.
 16. Hodgkins P, Sasané R, Meijer WM. Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: incidence, prevalence, and treatment patterns in the Netherlands. *Clin Ther*. 2011; 33(2): 188-203.
 17. Lindemann C, Langner I, Kraut AA, Banaschewski T, Schad-Hansjosten T, Petermann U, et al. Age-specific prevalence, incidence of new diagnoses, and drug treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in Germany. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2012; 22(4): 307-314.
 18. Dalsgaard S, Nielsen HS, Simonsen M. Five-fold increase in national prevalence rates of attention-deficit/hyperactivity disorder medications for children and adolescents with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and other psychiatric disorders: a Danish register-based study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013; 23(7): 432-439.
 19. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
 20. CIE-10, IDC-10. La clasificación de las enfermedades mentales. Ginebra: OMS, 2003.
 21. Caci H, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervas A, Fitzgerald M, et al. Daily life impairments associated with childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder as recalled by adults: results from the European Lifetime Impairment Survey. *CNS Spectrums*. 2015; 112-121.
 22. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatr*. 1991; 564-577.
 23. Fernández Pérez M, Gonzalvo Rodríguez C. Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado de la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años. *An Pediatr*. 2012; 76: 256-260.
 24. Holmberg K, Sundelin C, Hjern A. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade? *Child Care Health Dev*. 2013; 39(2): 268-276.
 25. Ficha técnica de Rubifen® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65153/FT_65153.pdf
 26. Ficha técnica de Concerta® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65148/FT_65148.pdf
 27. Ficha técnica de Stattera® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/67660/FT_67660.pdf
 28. Ficha técnica de Medikinet® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/68542/P_68542.pdf
 29. Ficha técnica de Equasym® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/76061/76061_ft.pdf
 30. Ficha técnica de Elvanse® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/77643/77643_ft.pdf
 31. Ficha técnica de Intuniv® [consultado el 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://pi.shirecontent.com/PI/PDFs/Intuniv_USA_ENG.pdf; <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a601059-es.html>
 32. El informe PANDAH. El TDAH en España. Madrid: ADELPHI, 2013.
 33. Gelman PL. A planned care approach and patient registry to improve adherence to clinical guidelines for the diagnosis and management of attention deficit/hyperactivity disorder. *Acad Pediatr*. 2015; 15: 289-296.