



EDITORIAL

El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados



The treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: epidemiology, multimorbidity and integrated health services

Ferrán Catalá-López^{a,b,c,*} y Brian Hutton^{b,d}

^a *Departamento de Medicina, Universidad de Valencia/Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA y CIBERSAM, Valencia, España*

^b *Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canadá*

^c *Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España*

^d *School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canadá*

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema de inicio en la infancia que comprende patrones persistentes de falta de atención, hiperactividad e impulsividad que pueden continuar a lo largo de la vida e influir en los resultados funcionales, tanto en las relaciones en la escuela como en las actividades cotidianas. El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes, aunque el curso es crónico y puede requerir tratamiento a largo plazo¹.

En los últimos años, el tratamiento del TDAH se ha vuelto cada vez más complejo a medida que han ido introduciéndose nuevas terapias en la práctica clínica. No se conocen con exactitud todas las causas que intervienen en la aparición del trastorno, pero se sugiere que existe una interrelación de múltiples factores socioculturales, ambientales y genéticos. En la actualidad, aún existen incertidumbres y diversos retos asociados con el diagnóstico y el tratamiento que pueden quedar enmascarados por las necesidades de las personas que viven con el TDAH. Por ejemplo,

decidir si un niño tiene TDAH es un proceso complejo que requiere de varios pasos. No existe un único examen para el diagnóstico y existen otros problemas de salud, como la depresión, la ansiedad y algunos trastornos del aprendizaje que pueden presentar síntomas similares¹. Aunque el tratamiento farmacológico parece ser eficaz, especialmente si va acompañado de tratamiento psicológico, en los ensayos clínicos y los metaanálisis se observa cierta incertidumbre para determinar cuáles son las mejores opciones terapéuticas a partir de medidas de resultado importantes para pacientes y familiares². Por ejemplo, en los estudios de intervención han existido variaciones sobre cómo se evalúan los síntomas lo que puede dificultar enormemente la determinación de los efectos del tratamiento, tanto a corto como a largo plazo². El TDAH puede presentarse junto con otras enfermedades físicas o mentales (multimorbilidad). Sin embargo, la gran mayoría de los estudios de intervención se realizan en muestras de pacientes de características muy definidas y relativamente homogéneas, lo que limita el conocimiento sobre los efectos de los tratamientos en pacientes que presentan múltiples patologías asociadas al trastorno. Por otro lado, la falta de una provisión de servicios de salud integrados que estén centrados en la persona –los cuidados que se necesitan, cuándo se necesitan, de manera accesible, para

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ferran.catala@hotmail.com
(F. Catalá-López).

lograr los resultados (de salud) deseados y con una relación coste-efectividad razonable para la sociedad– pueden dificultar aún más las cosas^{2,3}.

La epidemiología de la atención sanitaria, el uso de los recursos en los servicios de salud y la multimorbilidad requieren de investigación que contribuya a informar la práctica clínica y la salud pública. El artículo de Sánchez Martínez y Guillén Pérez⁴ publicado en este número puede contribuir al debate sobre la epidemiología del tratamiento farmacológico del TDAH en el Sistema Nacional de Salud. Utilizando datos de recetas dispensadas en la Región de Murcia, los autores observan que el número de dosis diarias definidas por mil habitantes/día parece haber aumentado en el período 2010-2014 entre la población infantojuvenil, si bien con importantes variaciones por edad (mayor utilización en el grupo entre 10 y 14 años), sexo (mayor utilización en varones) y área geográfica (mayor utilización en el ámbito urbano que en el medio rural)⁴. Estudios publicados con anterioridad han descrito tasas de utilización que parecen sugerir aumentos drásticos en distintos países y regiones de nuestro entorno, con amplias variaciones en la práctica médica que han llevado a notables controversias y debate público sobre el manejo del TDAH. Determinar el uso apropiado (evitando el uso excesivo, pero también la subutilización)³ de los tratamientos no parece una tarea sencilla en un trastorno como el TDAH. Ahora bien, las recomendaciones actuales establecen que los tratamientos farmacológicos no deberían administrarse (por no ser de elección) en las formas leves del trastorno. De hecho, se recomienda que los tratamientos farmacológicos sean administrados como parte de un programa de tratamiento integral (incluyendo medidas psicológicas y socioeducativas) cuando otras medidas por sí mismas han demostrado ser insuficientes, independientemente de la gravedad del TDAH.

Cuando el TDAH se presenta junto con varias enfermedades, la evolución se hace más difícil y su abordaje clínico se complica. En este sentido, conocer la prevalencia y la morbilidad adicional en pacientes con TDAH es importante para poder comprender la evolución (o el retroceso) del trastorno, así como para identificar factores pronósticos que permitan instaurar los tratamientos más eficaces. En este número de la revista, Soto Insuga et al.⁵ describen la frecuencia de la marcha de puntillas idiopática (marcha equina) –una alteración que impide al niño realizar una marcha con apoyo del talón– en niños y niñas con diagnóstico de TDAH y exploración neurológica normal. Para ello, han utilizado una muestra de 312 pacientes con TDAH seleccionados en las consultas de neuropediatría de un hospital universitario. Los autores describen en su entorno una prevalencia de marcha de puntillas idiopática del 20,8% (65/312) además de otros

trastornos asociados al TDAH (p. ej. trastornos del lenguaje [33%], tics [15%], trastorno oposicionista-desafiante [15%]).

A modo de resumen, el tratamiento del TDAH se produce dentro de un complejo sistema de producción de atención sanitaria, con una multiplicidad de causas de naturaleza muy diversa. En nuestra opinión, encontrar formas de ofrecer intervenciones individualizadas para el tratamiento, pero también integrándolas en los servicios de salud a lo largo de la vida y en las etapas clave de una persona (p. ej. edad escolar, transición a servicios para personas adultas) requiere de mayores esfuerzos y más investigación.

Financiación

FCL ha recibido ayudas de la Generalitat Valenciana (PRO-METEOII/2015/021) y de la Fundación Alicia Koplowitz («Ayuda a la Investigación en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia»). BH ha recibido ayudas por parte de los Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria («*New Investigator Award, Canadian Institutes of Health Research/Drug Safety and Effectiveness Network*»).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con el presente editorial.

Bibliografía

1. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240–50, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
2. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*. 2017;12:e0180355, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
3. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet*. 2017;390(10090):178–90, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3)
4. Sánchez Martínez DP, Guillén Pérez JJ. Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: variabilidad por sexo y edad. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:183–90.
5. Soto Insuga V, Moreno Vinués B, Losada del Pozo R, Rodrigo Moreno M, Martínez González M, Cutillas Ruiz R, et al. ¿Caminan de manera diferente los niños con TDAH? Relación entre marcha de puntillas idiopática y TDAH. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:191–5.