

José A. Alda¹
Eduardo Serrano-Troncoso¹

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: concordancia entre la Impresión clínica y el cuestionario de cribado SNAP-IV (Estudio CONCOR)

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología
Unidad de TDAH
Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona, España

Introducción: el objetivo del estudio CONCOR es determinar el valor predictivo del cuestionario de cribado SNAP-IV comparado con la Impresión clínica global del pediatra en cuanto a la presencia del TDAH según los criterios DSM-IV en los niños que acuden a consulta.

Metodología: en este estudio multicéntrico, transversal, de casos y controles participaron pediatras de toda España y cada uno reclutó al menos seis niños de más de 6 años de edad sin diagnóstico previo de TDAH, de los cuales tres, según el pediatra, tenían los síntomas característicos del TDAH (criterios DSM-IV) y tres no. Los progenitores rellenaron el cuestionario de cribado SNAP-IV en la sala de espera antes de la consulta (que se produjo por cualquier motivo) y los resultados se compararon con la Impresión clínica global del pediatra.

Resultados: los resultados de 7.263 niños españoles (> 6 años de edad) demostraron una buena concordancia entre la herramienta de cribado SNAP-IV y la Impresión clínica de TDAH de los pediatras (índice de concordancia kappa = 0,6471; intervalo de confianza del 95%: 0,6296-0,6646), con una sensibilidad y una especificidad aceptables (82,3% y 82,4%, respectivamente). Partiendo de una prevalencia estimada del TDAH del 3-10%, los valores predictivos negativos de la SNAP-IV fueron del 97,7%-99,3% y los valores predictivos positivos fueron del 12,6-34,2%.

Conclusiones: el cuestionario SNAP-IV es una herramienta de cribado útil que discrimina los niños que es poco probable que tengan un TDAH, y detecta los que tienen una posibilidad elevada de TDAH para que los pediatras puedan identificarlos y evaluarlos clínicamente.

Palabras clave: TDAH, Pediatría, SNAP-IV, Cribado del TDAH

Actas Esp Psiquiatr 2013;41(2):76-83

Correspondencia:

José A. Alda
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil, Unidad de TDAH
Hospital Sant Joan de Déu
Paseo Sant Joan de Déu 2. C.P. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)
Teléfono: +34 93 280 40 00
Fax: +34 93 600 94 54
Correo electrónico: jalda@hsjdbn.org

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Agreement between Clinical Impression and the SNAP-IV Screening Tool

Introduction: The CONCOR study aimed to determine the predictive value of the SNAP-IV screening tool for ADHD relative to the pediatricians' clinical global impression of the presence of ADHD in children attending their practice.

Methods: In this multicentre, cross-sectional, case-control study participated pediatricians from all over Spain and each pediatrician enrolled at least six children over the age of 6 years who had no previous diagnosis of ADHD, three whom they considered to have symptoms characteristic of ADHD (DSM-IV criteria) and three children who did not. Screening with the SNAP-IV tool was completed by parents in the waiting room prior to a consultation (for any reason) and results were compared with the pediatrician's clinical global impression.

Results: Results for 7263 Spanish children (>6 years of age) showed 'good' concordance between the SNAP-IV screening tool and the pediatricians' clinical impression of ADHD (kappa concordance index 0.6471; 95% confidence intervals: 0.6296-0.6646), with acceptable sensitivity and specificity (82.3% and 82.4%, respectively). Based on an estimated ADHD prevalence of 3-10%, the negative predictive values of SNAP-IV were 97.7%-99.3% and positive predictive values were 12.6-34.2%.

Conclusions: SNAP-IV is a useful screening tool that identifies children who are unlikely to have ADHD, and brings those in whom there is a high possibility of ADHD to the attention of the pediatrician for clinical evaluation.

Keywords: ADHD, Pediatrics, SNAP-IV, ADHD screening

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la enfermedad neuroconductual más frecuente de inicio en la infancia y uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afectan a los niños en edad escolar. A pesar de la discusión que ha existido acerca de la existencia del TDAH, actualmente se acepta que se trata de un trastorno neurobiológico caracterizado por síntomas de inatención y/o impulsividad e hiperactividad¹.

El TDAH altera de forma significativa la vida de los niños que lo padecen en cuanto al funcionamiento psicosocial y físico, problemas conductuales, baja autoestima y sentimientos de ansiedad y/o depresión. Estos síntomas a menudo pueden limitar las actividades con amigos como resultado de problemas psíquicos y pueden afectar a las relaciones familiares y retrasar el desarrollo educativo del niño². De hecho, en niños españoles de 6-12 años con TDAH se detectó una disminución estadísticamente significativa en los logros académicos, teniendo que repetir un curso el 55% de los niños que cambiaban de ciclo educativo³. El TDAH también aumenta el riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y con trastornos por abuso de sustancias en los adolescentes⁴. Como ya hemos señalado, las implicaciones del TDAH van más allá del niño y en los casos graves pueden complicar las relaciones familiares, aumentar los conflictos interpersonales y a la larga limitar las actividades familiares².

Como ocurre en la mayoría de trastornos psiquiátricos, no existe un método definitivo y sencillo para diagnosticar el TDAH pediátrico. Aunque los datos de estudios neuropsicológicos, farmacológicos y de neuroimagen cerebral impliquen a las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas en la fisiopatología del TDAH⁵, no existe una medición física ni una prueba de laboratorio que sean diagnósticas del TDAH. En consecuencia, el diagnóstico del TDAH es principalmente clínico y se basa en entrevistas personales con el paciente y con su familia, así como en la información proveniente de la familia y de la escuela. El diagnóstico se logra evaluando síntomas conductuales específicos con escalas de valoración basadas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) desarrollado por la *American Psychiatric Association* (APA) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, este proceso puede llegar a ser complicado y la realización del procedimiento diagnóstico consume mucho tiempo^{6,7,8}.

Las versiones actuales del DSM (DSM-IV)⁹ y la CIE (CIE-10)¹⁰ tienen listados similares de síntomas diagnósticos, pero recomiendan criterios diferentes para establecer el diagnóstico de TDAH que la CIE describe como "síndrome hiperquinético". La CIE-10 exige un número mínimo de síntomas en las tres dimensiones de inatención, hiperactividad e impulsividad para diagnosticar el TDAH, y por lo tanto se considera que define un subgrupo de niños con un tipo especialmente grave del TDAH¹¹. El DSM-IV define sólo dos dimensiones, inatención e hiperactividad/impulsividad, y el diagnóstico puede hacerse si hay un número mínimo de síntomas en una dimensión. También define tres subgrupos: predominantemente inatento, predominantemente impulsivo y un tipo combinado. La CIE-10 exige que se cumplan todos los criterios al menos en 2 contextos situacionales, mientras que el DSM-IV exige la presencia de deterioro en más de un entorno. Debido a estas diferencias en los criterios diagnósticos, lo esperable es que la prevalencia del TDAH según el DSM-IV sea más elevada que con la CIE. Sin embargo, en un estudio paneuropeo en el que participaron 1.478 niños de 6-18 años de edad con TDAH, el diagnóstico basado en el DSM-IV fue más sólido que el diagnóstico según la CIE-10¹². Además, en un estudio realizado en los EE.UU. con niños pequeños (de 4-6 años) a los que se hizo seguimiento durante 6 años, el diagnóstico realizado utilizando criterios CIE-10 no pudo identificar a algunos niños con síntomas persistentes de TDAH y deterioro relacionado con el mismo¹³. Mientras que en algunos países todavía se utiliza la CIE-10, la clasificación que más frecuentemente se emplea en la literatura publicada es la definición de TDAH del DSM-IV¹¹.

Como resultado de la existencia de prácticas diagnósticas tan diversas que imponen diferencias metodológicas en los estudios publicados hasta la fecha, es difícil determinar la prevalencia real del TDAH^{11,14,15}. A partir de los estudios que emplean los criterios DSM-IV actuales y versiones previas (DSM-III y DSM III-R), Faraone y colaboradores calcularon que la prevalencia del TDAH en todo el mundo llegaba al 20% en los niños en edad escolar¹¹. Otro estudio que utilizaba distintos criterios diagnósticos (CIE-10, DSM-IV, DSM-III y DSM-III-R) y empleaba una técnica de metaanálisis de regresión, calculó una prevalencia mundial del 5,29%¹⁴.

Como se dijo anteriormente, el diagnóstico del TDAH es complejo y requiere mucho tiempo, lo que puede explicar en parte por qué el trastorno se infradiagnostica en la práctica clínica. Esto también tiene que ver con la creciente presión asistencial que recae sobre los médicos de familia y los pediatras. Disponer de una herramienta de cribado que ayudase en el proceso diagnóstico podría ser un valioso instrumento para la clínica.

Como se dijo anteriormente, el diagnóstico del TDAH es complejo y requiere mucho tiempo, lo que puede explicar en parte por qué el trastorno se infradiagnostica en la práctica clínica. Esto también tiene que ver con la creciente presión asistencial que recae sobre los médicos de familia y los pediatras. Disponer de una herramienta de cribado que ayudase en el proceso diagnóstico podría ser un valioso instrumento para la clínica.

El estudio CONCOR se realizó para evaluar el grado de concordancia entre la escala de valoración utilizada para detectar la posible presencia del TDAH –el cuestionario de cribado SNAP-IV– y la Impresión clínica global del pediatra en cuanto a la presencia del TDAH según los criterios DSM-IV en los niños que acudían a su consulta. El Cuestionario SNAP-IV lo rellenaron los progenitores en la sala de espera antes de la consulta a la que acudieron por cualquier motivo, y los resultados se compararon con la Impresión clínica global del pediatra. La hipótesis del estudio era que si el SNAP-IV mostraba un elevado valor predictivo en relación con la Im-

presión clínica del pediatra en cuanto a la posible presencia/ausencia del TDAH, podría mejorar el diagnóstico del TDAH en atención primaria al indicar cuándo podría ser necesaria una evaluación clínica más detallada.

METODOLOGÍA

Diseño y objetivos del estudio

El estudio CONCOR es un estudio multicéntrico, transversal, de casos-controles que tenía como objetivo la participación de 2.000 pediatras que trabajasen en centros de salud, centros ambulatorios y hospitales de toda España. Se pedía que cada pediatra incluyera al menos a 6 niños mayores de 6 años que no tuvieran un diagnóstico previo de TDAH, lo que daría un tamaño muestral estimado de más de 12.000 niños. De los 6 pacientes escogidos, 3 debían presentar una impresión clínica de TDAH según DSM-IV y otros 3 sin impresión clínica de TDAH, independientemente del motivo de la consulta. El padre, la madre o el tutor, fueron evaluados según la escala SNAP-IV. Cada participante rellenó sólo una encuesta.

Para asegurar que los pediatras participantes en el estudio fueran representativos de la práctica clínica española, se seleccionaron de forma homogénea centros sanitarios de todas las provincias del país. Además, se recogieron datos de los pediatras que participaron en el estudio como edad, años de experiencia y tipo de práctica profesional.

El objetivo principal del estudio era determinar el nivel de concordancia entre los resultados del cuestionario de cribado SNAP-IV y la Impresión clínica global del pediatra respecto a la posible presencia del TDAH. Los objetivos secundarios eran determinar la predisposición de los pediatras para detectar a los pacientes con TDAH y el tratamiento habitual de esta patología.

Instrumentos

SNAP-IV

El cuestionario SNAP-IV es una revisión de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP) del cuestionario publicado por primera vez en 1983. Incluye en sus ítems criterios del DSM-IV (1994) para los dos subgrupos de síntomas del TDAH (inatención e hiperactividad/impulsividad) así como criterios del DSM-IV para el trastorno negativista desafiante (TND) que a menudo está presente en los niños con TDAH. El SNAP-IV también contiene ítems del Cuestionario IOWA Conners que distinguen entre los síntomas de inatención/hiperactividad y los síntomas de agresividad/desafío y del Cuestionario Conners Index que es un índice general de problemas infantiles.

El SNAP-IV se basa en una escala de valoración que va de 0 a 3 (0 = no, en absoluto, 1 = sólo un poco, 2 = bastante,

y 3 = mucho). Las puntuaciones de las subescalas del SNAP-IV se calculan sumando las puntuaciones de los ítems de la subescala y dividiendo por el número de ítems, calculando así la media.

Impresión clínica global de TDAH

Las escalas de Impresión clínica global (ICG) se utilizan habitualmente para medir la intensidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la eficacia del tratamiento en los estudios de pacientes con trastornos mentales¹⁶. Muchos investigadores, aunque reconocen la validez de la escala, consideran que es subjetiva ya que es necesario que el usuario compare los sujetos con los pacientes "típicos" de su experiencia clínica.

La Impresión clínica global de severidad (ICG-S) es una escala de 7 puntos que requiere que el clínico evalúe la severidad de la enfermedad del paciente en el momento de la evaluación, en relación con la experiencia anterior del clínico con pacientes que tenían esa misma enfermedad. Teniendo en cuenta la experiencia clínica total, la gravedad de la enfermedad mental del paciente se evalúa como: 1 = normal, no está enfermo en absoluto; 2 = en el límite de tener una enfermedad mental; 3 = levemente enfermo; 4 = moderadamente enfermo; 5 = enfermedad importante; 6 = enfermedad grave; o 7 = extremadamente enfermo.

Dentro del presente estudio se consideró que si la puntuación en la ICG-S según el pediatra era de 1 o 2, se clasificaba el caso como que no cumplía criterios de TDAH según el DSM-IV (no caso de TDAH). En cambio si la puntuación otorgada por el pediatra era ≥ 3 en la ICG-S, se contabilizaba como caso de TDAH.

PROCEDIMIENTO

Para evaluar el nivel de concordancia entre los resultados del Cuestionario SNAP-IV y la Impresión clínica global de los pediatras respecto a la posible presencia del TDAH, se pidió que cada pediatra incluyera al menos a 6 niños mayores de 6 años que no tuvieran un diagnóstico previo de TDAH. De éstos incluirían tres niños que ellos consideraran que tenían los síntomas clínicos característicos del TDAH (según los criterios DSM-IV) y tres niños que no. En los que ellos consideraran que tenían síntomas de TDAH, los médicos clasificaron los síntomas en tres subtipos de TDAH según los criterios DSM-IV: predominantemente inatento, predominantemente impulsivo/hiperactivo; o una combinación de los dos anteriores. En el momento que un niño acudía a consulta, e independientemente del motivo de consulta, el progenitor o tutor completaba el Cuestionario SNAP-IV antes de la consulta. Cada pediatra reunía los resultados en una tabla para el análisis que recogía estos subgrupos: Impresión clínica positiva

de TDAH y resultado positivo del SNAP-IV; Impresión clínica positiva y resultado negativo en el SNAP-IV; Impresión clínica negativa y resultado positivo en el SNAP-IV; e Impresión clínica negativa y resultado negativo en el SNAP-IV.

Los pediatras también rellenaron un cuestionario autoadministrado que recogía su actitud clínica general hacia el TDAH y respondieron a una pregunta abierta: ¿Cree que tiene información adecuada para tratar a los niños con TDAH? Cuando los cuestionarios de los pediatras no estaban rellenos según el protocolo del estudio, se enviaban al pediatra para que lo revisara y corrigiera.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la base de datos (Access 97 o versión posterior) se introdujeron los datos recogidos por los pediatras con respecto a la posible presencia/ausencia del TDAH (Impresión clínica global y resultados del SNAP-IV) y los datos de los cuestionarios de todos los pediatras respetando ciertos márgenes de seguridad y ciertas reglas de consistencia interna. Se revisaron los casos con valores anormales o contradictorios y, cuando fue necesario se contactó con el investigador para que los verificara. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software SAS. Las variables continuas se presentan como media \pm desviación estándar (DE) y las variables categóricas como frecuencia y porcentajes. También se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC) cuando procedía.

La concordancia entre el cuestionario de cribado SNAP-IV y la Impresión clínica global del pediatra (según criterios DSM-IV) se evaluó utilizando el índice de concordancia Kappa y el IC del 95%. La escala de concordancia fue la siguiente: "muy débil", <0,20; "débil", 0,2-0,40; "moderada", 0,41-0,60; "buena", 0,61-0,80; y "muy buena", 0,81-1,00.

El valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) del cuestionario de cribado SNAP-IV se determinaron en relación con la Impresión clínica global del médico de la presencia de TDAH como el diagnóstico correcto y calculando tanto los positivos verdaderos como los falsos. Las posibilidades de que un paciente tuviera TDAH cuando el SNAP-IV era positivo (verdadero positivo) o no tuviera un TDAH cuando el test era positivo (falso positivo) se calcularon utilizando el teorema de Bayes y las probabilidades conocidas previas al test en atención primaria. Como el VPP y el VPN dependen de la prevalencia del TDAH, que no podía estimarse a partir de este estudio, se utilizó un valor conservador de prevalencia del 3-10% tal como se menciona en la literatura.

Como marcadores de validez se utilizaron la *sensibilidad* (la probabilidad de un resultado positivo en el SNAP-IV cuando el pediatra tenía una Impresión clínica positiva de TDAH) y la *especificidad* (la probabilidad de un resultado

negativo en el SNAP-IV cuando el pediatra tenía la Impresión clínica de que no se trataba de un TDAH).

RESULTADOS

Entre junio y noviembre de 2006, se invitó a 1.685 pediatras de toda España a participar en este estudio. De ellos, 16 no estuvieron de acuerdo en participar y 486 no aportaron los cuestionarios rellenos. De los restantes 1.183 pediatras, 14 no aportaron los datos agregados de los pacientes en relación con la posible presencia de TDAH. Por tanto, el análisis incluyó a 1.169 médicos que aportaron los resultados de 7.263 niños (6,21 pacientes por pediatra). Los pediatras tenían una edad media de $45 \pm 8,1$ años (rango 26-69), llevaban de media $19 \pm 8,5$ años de ejercicio (rango 1-43), y la mayoría (84%) trabajaba en centros de salud (Tabla 1).

Los datos agregados del cuestionario de cribado SNAP-IV mostraron un buen nivel de concordancia con la Impresión clínica global de TDAH por parte de los pediatras (Tabla 2)

Tabla 1	Datos demográficos de los pediatras que participaron en el estudio CONCOR (n=1.169)
Edad (años)	n=1.124
Media (DE)	44,86 (8,09)
Rango (mínimo, máximo)	26,00 - 69,00
Distribución	
<40 años	321 (29%)
≥ 40 y <45 años	201 (18%)
≥ 45 y <50 años	264 (23%)
≥ 50 años	338 (30%)
Años de práctica	n=1.133
Media (DE)	19,09 (8,50)
Rango (mínimo, máximo)	1,00 - 43,00
Distribución	
<15	362 (32%)
≥ 15 y <20	203 (18%)
≥ 20 y <25	213 (19%)
≥ 25	355 (31%)
Lugar de trabajo	n=1.169
A. Centro sanitario	981 (84%)
B. Práctica privada	75 (6%)
C. Hospital	47 (4%)
B y C	45 (4%)
A y C	12 (1%)
A y B	8 (<1%)
A y B y C	1 (<0,1%)

Tabla 2	Resultados del análisis principal: concordancia del cuestionario de cribado SNAP-IV y de la Impresión clínica de los pediatras acerca de la presencia del TDAH según los criterios DSM-IV (n=7.263)		
	Impresión clínica positiva de TDAH	Impresión clínica negativa de TDAH	Total (SNAP-IV)
SNAP positivo	3.069	623	3.692
Déficit de atención	730	286	
Hiperactividad/impulsividad	880	198	
Mixto	1.459	139	
SNAP negativo	658	2.913	3.571
Total (Impresión clínica)	3.727	3.526	7.253

con un índice de concordancia kappa de 0,6471 (IC del 95%, 0,6296-0,6646). Los resultados del SNAP-IV y de la Impresión de los pediatras acerca de la presencia del TDAH estuvieron de acuerdo en el 82% de los casos. Los casos discordantes estaban distribuidos de forma igualitaria, con una Impresión clínica positiva pero un resultado negativo del SNAP-IV en el 9% de los casos, y una Impresión clínica negativa y un resultado positivo en el SNAP-IV en el 9% de los casos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la Impresión clínica de los médicos y los resultados del SNAP-IV ($p=0,33$).

La sensibilidad y la especificidad del SNAP-IV fueron del 82,3% (IC del 95% 81,12-83,57) y el 82,4% (IC del 95% 81,13-83,64), respectivamente, y se calcularon utilizando la Impresión clínica global de los pediatras como criterio de referencia. Se logró un VPP del 12,6% estimando una prevalencia del 3%, del 19,6% para una prevalencia del 5%, y del 34,2% para una prevalencia del 10%. Los VPN fueron del 99,3%, 98,9% y 97,7%, para unas tasas estimadas de prevalencia del TDAH del 3%, 5% y 10%, respectivamente.

Los resultados del cuestionario en relación con las actitudes de los médicos hacia el TDAH revelaron que la mayoría de los pediatras (90%) hacia cribado del TDAH si pensaba que "era probable que el trastorno estuviera presente" y/o "los síntomas referidos sugerían la presencia del trastorno", mientras que únicamente el 7% comprobaba la presencia del TDAH de manera rutinaria en todos los niños mayores de 6 años (Tabla 3). En el tratamiento farmacológico del TDAH se observó una interesante tendencia con un 47% de los pediatras indicando que ellos casi siempre/siempre prescriben fármacos para el tratamiento mientras que el 23% casi nunca/nunca prescribe medicación (Tabla 3). El 99% de los pediatras estudiados dijo que derivaría a los niños que considerase que tenían síntomas de TDAH a los especialistas, habitualmente a psiquiatras infantiles (68%) y neuropediatras (45%) (Tabla 3). El 40% reconoció la necesidad de información adicional respecto al tratamiento del TDAH, y más concretamente, información respecto al tratamiento farmacológico, directrices claras para el manejo de la enfermedad y pruebas de cribado más rápidas y de detección más temprana.

CONCLUSIONES

Discusión

El estudio CONCOR ha demostrado que el cuestionario SNAP-IV detectó de forma efectiva a los niños españoles con un bajo potencial de tener un TDAH, es decir, que existía una buena concordancia entre la Impresión clínica global de los pediatras y la presencia/ausencia de TDAH según los criterios DSM-IV (índice kappa 0,6471, con IC estrechos) y un elevado VPN (>90%). El SNAP-IV también tenía una elevada especificidad y sensibilidad, con intervalos de confianza estrechos, lo que sugiere que es probable que los resultados sean sólidos.

El diagnóstico temprano del TDAH es importante, ya que el retraso en la detección, evaluación y tratamiento del TDAH puede afectar negativamente a la calidad de vida y al desarrollo educativo del niño². Escobar y cols. encontraron que la calidad de vida de 124 niños recién diagnosticados de TDAH (según el DSM-IV) en 13 unidades de psiquiatría y de neurología infantil de toda España, no sólo era más baja que la de los niños sanos emparejados por edad, género y área sanitaria ($n=120$), sino también más baja que la de los niños de edad similar recientemente diagnosticados de asma ($n=93$)². En esta misma cohorte de niños con TDAH había un considerable retraso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del trastorno (2-12 años; media $5,8 \pm 2,3$ años), lo que pone de relieve las dificultades para diagnosticar el TDAH en la práctica clínica. De hecho, los autores afirmaron que una detección temprana de este trastorno puede redirigir el desarrollo educativo y psicosocial de la mayoría de niños con TDAH. Por lo tanto es algo preocupante que sólo el 7% de los pediatras que participaron en el estudio indicaran que ellos exploran regularmente la presencia del TDAH en los niños mayores de 6 años.

Existen varias estimaciones de la prevalencia del TDAH pediátrico en España: el 14,4%, 5,3% y 3,0% en niños de 8, 11 y 15 años de edad, respectivamente en Valencia, utilizando criterios DSM-III-R¹⁷; el $8,0\% \pm 2,7\%$ utilizando criterios DSM-III-R en niños de 10 años ($n=387$) en Valencia¹⁸; el 4,6% (IC del 99% 3,0-5,8%) utilizando criterios DSM-IV en

Tabla 3 Resultados del cuestionario autoadministrado de los pediatras, en relación con sus actitudes hacia el TDAH (objetivo secundario del estudio)

	n	%
Pregunta 1. Predisposición a comprobar la presencia del TDAH en los pacientes^a		
A. Compruebo la presencia del TDAH en todos los niños >6 años	78	7%
B. Sólo busco el TDAH cuando los síntomas referidos sugieren su presencia	304	27%
C. Busco el TDAH cuando me parece que es probable, incluso cuando la consulta es por síntomas que no guardan relación con él	729	64%
D. No tengo un criterio definido respecto al cribado del TDAH	41	4%
E. Nunca compruebo la presencia del TDAH	31	3%
No respondió la pregunta	27	
Pregunta 2. ¿Trata el TDAH con fármacos?		
Siempre	198	17%
Casi siempre	352	30%
A veces	342	29%
Casi nunca	130	11%
Nunca	138	12%
No respondió la pregunta	9	
Pregunta 3. ¿Con qué frecuencia deriva a los pacientes con TDAH?		
Siempre	362	31%
Casi siempre	459	39%
A veces	281	24%
Casi nunca	57	5%
Nunca	8	<1%
No respondió la pregunta	2	
Pregunta 4. Si deriva a los pacientes, ¿a qué especialista?^b		
Pediatras que derivan casos	1.158	99%
Psiquiatra infantil	783	68%
Neuropediatra	518	45%
Otro (incluidos psicólogos y centros de salud mental infanto-juvenil)	160	14%
Pregunta 5. ¿Piensa que dispone de la información adecuada en relación con el manejo clínico de un niño con TDAH?		
Sí	682	59%
No	471	41%

^a42 pediatras marcaron dos opciones para la pregunta 1, 31 marcaron a la vez las opciones B y C.

^b282 pediatras marcaron más de una opción para la pregunta 4.

niños de 6-11 años de edad (n=1.509) en Mallorca¹⁹; y el 6,3% en la población global de España según el consumo de metilfenidato que era la única medicación disponible para el tratamiento del TDAH en España en el momento en que se realizó el estudio²⁰. Sin embargo, generalmente se acepta que la prevalencia del TDAH en España es del 3-6%²⁰ lo que

indicaría que en una clase de 33 niños, es probable que haya al menos un niño con TDAH.

Los síntomas del TDAH persisten hasta la adolescencia aproximadamente en el 80% de los niños e incluso pueden persistir en la vida adulta¹¹. En un estudio realizado en 10 países de América, Europa (incluida España) y Oriente Me-

dio se calculó una prevalencia del 3,5% (rango: 1,2-7,3%) utilizando encuestas de salud mental de la OMS y una valoración retrospectiva del TDAH en la infancia basada en criterios DSM-IV²¹. El TDAH en el adulto se asoció de forma significativa con la presencia de disfuncionalidad, incluyendo morbilidad (odds ratio [OR]=2,2, IC del 95% 1,6-2,9), afectación cognitiva (OR=3,9, IC del 95% 2,8-5,4), riesgo elevado de días de baja (OR=2,6, IC del 95% 2,0-3,5%) y de discapacidad en el funcionamiento social (OR=3,1, IC del 95% 2,1-4,5)²¹. De hecho, posteriormente en la vida, aquellos que tienen TDAH tienden a tener peores empleos, relaciones sociales más escasas, y es más probable que infrinjan las normas de tráfico⁴. Por este motivo, el diagnóstico del TDAH durante la infancia, algo que facilita el cuestionario SNAP-IV, podría también reducir la incidencia del TDAH del adulto sin diagnosticar y sus consecuencias.

Una importante limitación del presente estudio es que el diagnóstico final de TDAH pediátrico no se confirmó ya que los pacientes no fueron evaluados utilizando una entrevista estructurada o semi-estructurada. Por lo tanto, el valor predictivo del cuestionario SNAP-IV se relaciona únicamente con la Impresión clínica global de los pediatras de la presencia del TDAH. Aunque la utilización del método de la Impresión clínica global no se ha validado específicamente para el TDAH, la media de 20 años de experiencia clínica de los 1.169 pediatras que participaron en el estudio CONCOR proporciona un nivel de tranquilidad en relación con que la Impresión clínica de presencia/ausencia del TDAH fuera correcta. Además, como los análisis se restringieron a los datos que proporcionó este grupo transversal de gran tamaño de pediatras que estaban suficientemente motivados para participar en el estudio y para rellenar la documentación requerida, se cree que los hallazgos son valiosos aunque otros estudios deberían replicarlos.

CONCLUSIONES

En conclusión es posible señalar que el TDAH es un trastorno complejo difícil de diagnosticar y tratar en la práctica diaria del pediatra debido al poco tiempo del que dispone. A las dificultades diagnósticas se añade la existencia de dos grupos de criterios diagnósticos que difieren en cuanto a la nomenclatura y los requisitos para establecer un diagnóstico positivo. Además, la aplicación de los criterios DSM o CIE es complicada y requiere bastante tiempo, lo que puede limitar su utilización como procedimiento diagnóstico de rutina. Éste parece ser el caso ya que sólo el 7% de los pediatras participantes indicaron que ellos revisan habitualmente la presencia del TDAH en todos los niños mayores de 6 años.

Los pediatras tienden a ser el primer paso en el proceso de tratamiento del paciente, cualquier cambio en el procedimiento, como sería pedir al progenitor/tutor del niño que rellene el cuestionario SNAP-IV antes de la consulta, que les

ayude a tomar la decisión de tratar o derivar al paciente con TDAH al psiquiatra infantil o al neuropediatra, no sólo aceleraría el proceso de atención, algo que es importante para la calidad de vida y el desarrollo del niño, sino que también liberaría el tiempo que podría destinarse a otros casos más difíciles.

El cuestionario de cribado SNAP-IV detectó de forma efectiva los niños españoles que tenían un bajo potencial de presentar un TDAH, mostrando una buena concordancia con la Impresión clínica de los pediatras en cuanto a la presencia/ausencia del TDAH según criterios DSM-IV. Disponer de esta herramienta diagnóstica puede ayudar a la identificación precoz por parte del pediatra de los niños con TDAH, lo que permitiría iniciar un tratamiento a edades más tempranas y ayudaría a mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, evitando la morbilidad adicional asociada según los niños se convierten en adolescentes y adultos.

Según un cuestionario autoadministrado al que respondieron los pediatras participantes, parece existir la necesidad de más información respecto al tratamiento farmacológico del TDAH, directrices claras para el manejo de la enfermedad y pruebas de cribado más rápidas y de detección más temprana. La identificación de estas necesidades formativas otorga una gran oportunidad para incluir el manejo del TDAH dentro de los programas de formación continuada de los pediatras.

CONFLICTO DE INTERESES

Este estudio fue financiado por Janssen-Cilag, S.A. Los autores de este trabajo no tienen ningún interés comercial o económico que revelar en relación con este manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

A los autores les gustaría agradecer su ayuda editorial tanto a Pablo Pons y a Content Ed Net, como a Iván Bernardo y Elena Zubillaga del departamento médico de Janssen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barkley RA. International consensus statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002;5:89-111.
2. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics.* 2005;116:e364-9.
3. García-Jiménez MC, López-Pisón J, Blasco-Arellano MM. The primary care paediatrician in attention deficit hyperactivity disorder. An approach involving a population study. *Rev Neurol.* 2006;41:75-80.
4. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2006;366:237-48.

5. Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med.* 2005;352:165-73.
6. Hutzelmeyer-Nickels A, Noterdaeme M. Usefulness of the Child Behavior Checklist in the assessment of preschool children with developmental problems. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2007;56:573-88.
7. Sprafkin J, Gadow KD. Choosing an attention-deficit/hyperactivity disorder rating scale: is item randomization necessary? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007;17:75-84.
8. Morgan AM. Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the office. *Pediatr Clin North Am.* 1999;46:871-84.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual; of Mental Disease (DSM-IV)*, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
10. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993.
11. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* 2003;2:104-13.
12. Döpfner M, Steinhausen HC, Coghill D, Dalsgaard S, Poole L, Ralston SJ, Rothenberger A. ADORE Study Group: Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(Suppl 1): i46-i55.
13. Lahey BB, Pelham WE, Chronis A, Massetti G, Kipp H, Ehrhardt A, et al. Predictive validity of ICD-10 hyperkinetic disorder relative to DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder among younger children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:472-9.
14. 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.
15. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr.* 2007;166:117-23.
16. Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology.* Rockville, MD, U.S.: Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
17. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:352-7.
18. Andrés MA, Catalá MA, Gómez-Beneyto M. Estudio de la prevalencia del TDAH en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1995;23:184-8.
19. 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.
20. 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(9):806-10.
21. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* 2007;190:402-9.