

L. Rivas Arribas¹, P. García Cortázar², B. Grandío Sanjuán², C. Rozados Villaverde², M.O. Blanco Barca³ y C. Martínez Reglero⁴

¹Servicio de Pediatría del Hospital Provincial. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés. Pontevedra.

²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés. Pontevedra.

³Servicio de Neuropediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. Xerencia de xestión Integrada de Vigo.

⁴Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Vigo.

Correspondencia:

Lucía Rivas Arribas. Servicio de Pediatría, c/ Loureiro Crespo nº2, CP 36002, Pontevedra, España. Lucía.rivas.arribas@sergas.es

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

Attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD), Is the presumptive diagnosis carried out in Paediatric Primary Care maintained in Child and Adolescent Mental Health Unit?

RESUMEN

Introducción: El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. Los pediatras de Atención Primaria (AP) reciben a menudo pacientes que presentan síntomas cardinales de esta entidad.

Objetivos: Analizar la concordancia entre la sospecha diagnóstica realizada en AP y el diagnóstico emitido en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se reclutaron 374 pacientes menores de 16 años, derivados a la USMIJ del área sanitaria de Pontevedra durante el año 2016. Se analizó el índice Kappa global y específico para los diferentes diagnósticos.

Resultados: De los 374 pacientes, 233 fueron remitidos con sospecha de TDAH, confirmándose el diagnóstico en 102 pacientes. El índice kappa global de concordancia es de 0.29. En general para la mayoría de los diagnósticos la concordancia fue débil. La concordancia fue buena para el Trastorno del espectro autista (0.61) y muy buena para el Trastorno de conducta alimentaria (1.00). En relación al TDAH, la sensibilidad fue del 95.33% (índice de confianza (IC) 95% 90.86-99.79), la especificidad del 50.94% (IC95% 44.75-57.12), valor predictivo positivo

del 43.78% (IC95% 37.19-50.36), y valor predictivo negativo del 96.45% (IC95% 93.05-99.86).

Conclusiones: La concordancia obtenida entre AP y la USMIJ es baja en nuestra área sanitaria. La correlación diagnóstica medida con el índice kappa es débil para el TDAH, sin embargo, es buena tanto para el diagnóstico del Trastorno del espectro autista como para los trastornos de conducta alimentaria. La validez diagnóstica para TDAH es moderada, con una sensibilidad alta y una especificidad baja.

Palabras clave: Atención primaria pediátrica. Concordancia diagnóstica. Salud mental. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

ABSTRACT

Introduction: ADHD is one of the most common neurodevelopmental disorders. Primary care (PC) pediatricians often receive patients who show cardinal symptoms of this entity.

Objective: To analyze the concordance between the presumptive diagnosis performed in PC and the definitive diagnosis of the Child and Adolescent Mental Health Unit (CAMHU).

Materials and methods: Prospective descriptive

observational study in which 374 patients under 16 years were recruited from the CAMHU of Pontevedra health area during 2016. The Kappa index was analyzed globally and specific for the different diagnoses.

Results: 374 patients were included, 233 were referred with suspected ADHD, confirming the diagnosis in 102 patients. The global kappa concordance index is 0.29. For most diagnoses, agreement was weak. Concordance was good for Autism (0.61) and very good for Eating Disorder (1.00). For ADHD, the sensitivity was 95.33% (95% confidence interval (CI) 90.86-99.79), specificity 50.94% (CI95% 44.75-57.12), positive predictive value 43.78% (CI95% 37.19-50.36) and negative predictive value 96.45% (95% CI 93.05-99.86).

Conclusions: The concordance obtained between PC and CAMHU is low in our health area. The diagnostic concordance measured with the kappa index is weak for ADHD, however, it is good for both autism and eating disorders. The diagnostic validity for ADHD is moderate, with a high sensitivity and low specificity.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnostic concordance. Mental health. Paediatric primary care.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una alteración del funcionamiento del sistema nervioso y de la maduración cerebral, que se expresan de forma diferente en las distintas etapas del crecimiento. Entre ellos se encuentran la discapacidad intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje, etc.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la edad pediátrica. Los pacientes con TDAH a menudo presentan alteración tanto en su rendimiento escolar, como en su bienestar y en la capacidad de relación social con otros niños.

El pediatra de atención primaria (AP) debe evaluar la posible presencia de TDAH en cualquier niño que presente problemas de comportamiento, de rendimiento escolar o que tenga síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad (1).

El diagnóstico de TDAH es clínico, se realiza en base al cumplimiento de los criterios diagnósticos de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (2) o del Manual of Mental Disorders (DSM

5) de la Academia Americana de Psiquiatría (3). Aunque existen diferentes escalas que pueden orientar hacia el diagnóstico de TDAH, no existe ninguna prueba objetiva que podamos realizar en consulta para determinar si el paciente padece esta entidad o no.

Un paciente con TDAH puede ser diagnosticado por su pediatra de AP, por el neuropediatra o por un psiquiatra infantil. Si se sospecha un TDAH con presencia de comorbilidades, el pediatra de AP valorará derivar al paciente a neuropediatría o psiquiatría infantil, dependiendo de las características de cada niño y del tipo de comorbilidad que se sospeche (4).

Dada la existencia de criterios diagnósticos diferentes y cambiantes en las sucesivas ediciones de las clasificaciones internacionales (Ej. DSM IV y DSM 5), y la posibilidad de ser diagnosticado en diferentes niveles asistenciales, no es de extrañar que en los estudios publicados existan diferencias para el porcentaje de prevalencia estimado de esta entidad. En la literatura encontramos prevalencias de TDAH del 8.6% en Estados Unidos (5,6), y cifras en torno a 6.8% en estudios realizados en España (7).

Para intentar unificar criterios, muchos países han redactado Guías de Práctica Clínica para consensuar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del TDAH en la infancia y en la adolescencia (1,8,9,10,11).

En general, la prevalencia de los problemas de salud mental ha aumentado durante los últimos años en la edad pediátrica. Estos problemas generan un impacto negativo en el niño, su familia y la comunidad. Por todo ello, el pediatra de AP tiene la difícil tarea de detectar a los niños con sospecha de problemas de salud mental y derivarlos a atención especializada cuando sea preciso (12).

La realización de un diagnóstico correcto temprano es de vital importancia, ya que permite la implantación de tratamiento precoz, de medidas psicopedagógicas en los casos necesarios, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, estas medidas tempranas podrían modificar el curso de la enfermedad y evitar en cierto modo la aparición de complicaciones en edades posteriores como la adicción a sustancias y el suicidio entre otras.

Actualmente, no disponemos muchos estudios sobre la concordancia diagnóstica entre pediatría y psiquiatría infantil. En España en los últimos años se han realizado solamente dos estudios que evalúen la concordancia diagnóstica entre los dos niveles asistenciales en edad pediátrica (13,14).

Por ello, hemos realizado una investigación sobre

el grado de acuerdo en el diagnóstico de los pacientes derivados a psiquiatría infantil desde AP y sobre la validez diagnóstica del TDAH.

OBJETIVOS

Proporcionar un análisis de la concordancia entre la sospecha diagnóstica realizada desde el pediatra AP y el diagnóstico definitivo emitido por el psiquiatra en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área socio-sanitaria de Pontevedra. Se analizará la concordancia global y la específica entre los distintos diagnósticos.

Analizar el índice de validez del diagnóstico clínico de TDAH realizado en AP (sensibilidad, especificidad y valores predictivos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Galicia y cumple con la declaración de Helsinki. El consentimiento informado fue firmado por los tutores legales y por los pacientes mayores de 11 años.

Se incluyó a los pacientes menores de 16 años, derivados de forma consecutiva durante el año 2016, desde el pediatra de Atención Primaria al psiquiatra de la USMIJ del área sanitaria de Pontevedra. Se excluyeron los pacientes que no acudían por primera vez a consulta (o que hacía menos de un año del alta de la USMIJ), a los pacientes que no acudieron a la primera visita, los que no tenían historia clínica completa en el sistema sanitario, y a aquellos que no hubieran firmado el consentimiento informado.

Finalmente, se obtuvo una muestra de 374 pacientes. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se incluyeron como variables de estudio: edad, sexo, antecedentes perinatales, situación familiar, adopción, tipo de escolarización, diagnóstico de sospecha realizado por el pediatra en atención primaria y el diagnóstico definitivo realizado por el psiquiatra de la USMIJ.

La USMIJ del área sanitaria de Pontevedra está dotada de dos psiquiatras con amplia experiencia en psiquiatría infantil, una psicóloga clínica y una trabajadora social. Se consideró el diagnóstico definitivo el realizado por alguna de las dos psiquiatras en las dos primeras consultas del paciente en la unidad. Para ello fueron utilizados los criterios diagnósticos de la clasificación CIE-10.

Para estimar la validez del diagnóstico de TDAH se compararon los diagnósticos de sospecha realizados desde la consulta del pediatra en atención primaria con los diagnósticos definitivos realizados por las psiquiatras infantiles como diagnóstico de referencia.

Los pacientes que no fueron remitidos por sospecha de TDAH fueron agrupados en las siguientes categorías diagnósticas: trastorno emocional, reacciones a estrés/trastorno de adaptación, trastornos del aprendizaje, trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de conducta, retraso madurativo/dificultad cognitiva, trastorno de la conducta alimentaria y otros. En esta última categoría se incluyen: mutismo selectivo, abuso de sustancias, trastorno por Tics, trastorno del sueño, encopresis, trastorno específico del lenguaje y sospecha de personalidad disfuncional.

La recogida de datos se realizó a través del programa informático del Servicio Gallego de Salud: IANUS, manteniendo la confidencialidad de los datos de los sujetos en todo momento.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 19. Para el cálculo del intervalo de confianza se utilizó el programa Epidat versión 3.1.

Por una parte, las variables cualitativas se describen con su frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas se describen con su media y desviación estándar.

Se calculó el índice de concordancia Kappa global y para las diferentes categorías diagnósticas, entre los diagnósticos realizados en el centro de salud y en la USMIJ. También se analizó el número de casos que coincidía el diagnóstico entre AP y USMIJ, es decir, el porcentaje de diagnósticos correctos realizados desde AP.

Para valorar la validez del diagnóstico de TDAH desde atención primaria, se calcularon los siguientes índices: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y el índice de validez.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 374 pacientes menores de 16 años. La edad media fue de 9.58 años, con una desviación típica de 5.45 y un IC 95% (9.03-10.14). La mayoría de los pacientes remitidos a la USMIJ eran varones (68.2%). Un 5.6% de los pacientes tenían antecedentes de prematuridad. En relación a la situación familiar, un 19.5% de las familias referían encontrarse en una situación de disfunción socio-familiar. De los 374

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

pacientes el 2.1% habían sido adoptados.

A nivel escolar, el 63.6% de los pacientes acudían a un centro público ya fuera colegio o instituto de educación secundaria. Se resumen las características clínico-epidemiológicas de la muestra en la Tabla 1.

Variable	
Edad media (sd)	9.58 (4.45)
Sexo n (%)	
Varones	255 (68.2%)
Mujeres	119 (31.8%)
A.Perinatales n (%)	
RN a término	327 (87.4%)
Prematuridad	21 (5.6%)
Situación familiar n (%)	
Normalizada	297 (79.4%)
Disfunción sociofamiliar	73 (19.5%)
Adopción n (%)	
No	364 (97.3%)
Sí	8 (2.1%)
Escolarización n (%)	
Pública	238 (63.6%)
Privada/concertada	87 (23.3%)
A. Perinatales = antecedentes perinatales.	

En relación al grado de acuerdo de los diferentes diagnósticos realizados entre ambos servicios, el índice

Diagnósticos	Kappa	IC 95%	P
TDAH	0.34	0.27-0.41	0.000
T. Emocional	0.37	0.20-0.54	0.000
T. Aprendizaje	0.11	-0.01-0.24	0.007
R. Madurativo/D. Cognitiva	0.21	0.05-0.38	0.000
R. Estrés/T. adaptación	0.30	0.08-0.52	0.000
T. del espectro autista	0.61	0.45-0.77	0.000
T. de la conducta	0.22	0.04-0.39	0.000
T. de la conducta alimentaria	1.00	1.00-1.00	0.000
Global	0.29	0.24-0.34	0.000
TDAH = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, T. = trastorno, R. Madurativo = retraso madurativo, D. cognitiva = dificultad cognitiva, R. estrés = reacción a estrés.			

Kappa global de concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y la USMIJ es de 0.29, lo que se corresponde con una concordancia débil para todos los diagnósticos considerados globalmente.

La concordancia específica para los diferentes tipos de diagnósticos se recoge en la tabla 2.

La concordancia diagnóstica es muy buena para los trastornos de conducta alimentaria, ya que de los 8 niños derivados con esta sospecha desde AP se confirmó el diagnóstico en el 100% de los casos (kappa 1.00).

En relación al Trastorno del espectro autista, la concordancia entre ambos niveles asistenciales es buena, con un índice kappa de 0.61.

Para la mayoría de las categorías diagnósticas la concordancia fue débil: trastorno emocional, retraso madurativo/dificultad cognitiva, reacción a estrés/trastorno de adaptación y trastorno de conducta. La concordancia fue pobre para el trastorno de aprendizaje (kappa 0.11).

En cuanto al TDAH, la concordancia fue débil, ya que el índice kappa es de 0.34. Debido a que se registró sólo el diagnóstico principal, y es conocido que el TDAH tiene muchas comorbilidades y que en ocasiones el trastorno del aprendizaje presenta un TDAH comórbido, analizamos también el índice kappa para la sospecha diagnóstica de TDAH o trastorno de aprendizaje con diagnóstico final de TDAH o trastorno de aprendizaje, obteniendo un resultado de 0.46, que se correspondería con una concordancia diagnóstica moderada.

Dada la dificultad del diagnóstico del TDAH en los niños preescolares (menores de 5 años) analizamos la concordancia diagnóstica exclusivamente de los niños mayores de 5 años que se remitían con sospecha diagnóstica de TDAH y que finalmente se confirmaba tanto el diagnóstico de TDAH o trastorno de aprendizaje. El índice kappa para los niños escolares es de 0.47, manteniéndose una concordancia moderada.

Analizamos el porcentaje de pacientes en los que se correspondía el diagnóstico de sospecha realizado en el centro de salud con el diagnóstico definitivo emitido en la USMIJ.

De los pacientes incluidos en el estudio, la mayoría (233 niños) fueron remitidos a la USMIJ por sospecha de presentar un TDAH. De estos 233 niños, el diagnóstico de TDAH se confirmó sólo en el 43.8% (102 niños).

También se diagnosticó de TDAH a 5 pacientes que habían sido derivados desde AP por otros motivos.

Finalmente 107 niños fueron diagnosticados de TDAH en la USMIJ. De este grupo, 102 niños habían sido detectados correctamente en AP, por lo tanto, podemos decir que el diagnóstico de sospecha de TDAH fue acertado desde AP en el 95.3% de los casos, ya que sólo 5 niños del total de 107 diagnosticados finalmente de TDAH en la USMIJ fueron derivados con otra sospecha diagnóstica.

En resumen, la realización en AP de un diagnóstico correcto fue poco frecuente, ya que, de los diferentes diagnósticos analizados, se diagnosticaron correctamente desde AP a más de la mitad de los niños remitidos por TDAH (95.3%), TEA (69.6%) y Trastorno de conducta (55.6%), obteniendo porcentajes inferiores al 50% para el resto de diagnósticos: trastorno emocional, reacciones a estrés/trastorno de adaptación, trastornos del aprendizaje, retraso madurativo/dificultad cognitiva.

Estos resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3: Porcentaje de coincidencia diagnóstica entre AP y USMIJ.

Categorías diagnósticas	Diagnósticos		Confirmación diagnóstica sobre diagnóstico inicial en AP		Diagnóstico de sospecha correcto en AP
	AP (N)	USMIJ (N)	(N)	%	
TDAH	233	107	102	43.8	95.3
T. Emocional	25	32	12	48	37.5
R. Estrés/T. adaptación	12	18	5	41.7	27.8
T. aprendizaje	14	46	5	35.7	10.9
T. espectro autista	27	23	16	59.3	69.6
T. de conducta	31	9	5	16.1	55.6
R. madurativo/D. Cognitiva	5	37	5	100	13.5
Otros	27	44	27	100	7.2
Total	374	374	177		

TDAH = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, T. = trastorno, R. Madurativo = retraso madurativo, D. cognitiva = dificultad cognitiva, R. estrés = reacción a estrés.

Por último, se realizó la valoración de la validez del diagnóstico clínico de TDAH. Se obtuvieron los siguientes resultados: la sensibilidad fue del 95.33% (IC 95% 90.86-99.79), la especificidad del 50.94% (IC 95% 44.75-57.12), índice de validez 63.64% (IC 95% 58.63-68.65), valor predictivo positivo del 43.78% (IC

95% 37.19-50.36) y un valor predictivo negativo del 96.45% (IC 95% 93.05-99.86). Por tanto, se ha obtenido una validez diagnóstica moderada, con una sensibilidad muy buena, una especificidad baja, un valor predictivo positivo bajo y un valor predictivo negativo alto.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se ha obtenido una concordancia diagnóstica global débil entre los diagnósticos de sospecha de los diferentes trastornos realizados por los pediatras de AP y las psiquiatras de la USMIJ en nuestra área sanitaria.

En un estudio similar realizado en Navarra entre 2006 y 2007 (14), se obtuvo una concordancia global moderada, en una muestra de 207 pacientes. En este estudio obtuvieron concordancias muy buenas para los trastornos de eliminación y el trastorno de conducta alimentaria; en nuestro estudio los trastornos de eliminación por su baja frecuencia fueron englobados en la categoría diagnóstica “otros”, hallando una concordancia buena, y muy buena para los trastornos de conducta alimentaria.

En el estudio de Navarra obtienen una concordancia buena para TDAH.

En nuestra muestra, la concordancia para TDAH es débil. En un intento de dilucidar porqué la concordancia fue tan baja, se realizaron dos análisis complementarios.

Por una parte, sabemos que los pacientes con TDAH asocian frecuentemente otros problemas comórbidos, entre ellos pueden presentar un Trastorno del aprendizaje y viceversa (15,16). Hay que reseñar que, si un paciente tenía un TDAH comórbido, sólo se consideraba el diagnóstico principal. Por ejemplo, si un niño era remitido por sospecha de TDAH y finalmente se diagnosticaba de TEA con un TDAH comórbido, el paciente era catalogado de TEA. Como en muchas ocasiones los pacientes de nuestro estudio fueron remitidos a la USMIJ por sospecha de

TDAH por acusar como signo guía un bajo rendimiento escolar, realizamos un segundo análisis de concordancia englobando a los pacientes remitidos por sospecha de TDAH o trastorno de aprendizaje y valoramos la concordancia global para ambos diagnósticos. Agrupando las dos entidades obtuvimos una concordancia moderada.

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

Del mismo modo, los pacientes preescolares (menores de 5 años) pueden presentar TDAH, pero también pueden presentar síntomas cardinales de TDAH (inatención, hiperactividad o impulsividad) en un grado normal para la edad, lo que puede llevar a confusión cuando los padres o el profesor solicitan valoración por dicha sintomatología (17,18). Por ello realizamos un tercer análisis de concordancia, excluyendo a los niños preescolares. En este caso, los niños escolares con sospecha de TDAH obtuvieron una concordancia diagnóstica moderada.

En nuestra área sanitaria, podemos concluir que la coincidencia en el diagnóstico de TDAH es débil, pero teniendo en cuenta la edad y la presencia de trastorno de aprendizaje comórbido, la concordancia mejora a un grado moderado.

En relación a la capacidad para realizar desde AP un diagnóstico correcto, podemos decir que fue baja. De los diferentes diagnósticos analizados, se diagnosticaron correctamente desde AP a más de la mitad de los niños remitidos por TDAH, TEA y Trastorno de conducta, obteniendo porcentajes inferiores al 50% para el resto de diagnósticos.

Los resultados globales son peores al compararlos con el estudio de Navarra.

En 2005 se realizó en Murcia un estudio para evaluar la validez del diagnóstico clínico del TDAH (13). Para ello, compararon las derivaciones realizadas por los pediatras de AP y los diagnósticos emitidos por el psiquiatra de la unidad de salud mental. Calcularon los índices de validez, obteniendo para el TDAH unos valores similares a los de nuestro estudio, con una sensibilidad mayor que la especificidad. Aunque su muestra incluía tan sólo 75 pacientes. En comparación a ese estudio, en nuestra muestra la sensibilidad y el valor predictivo negativo fueron mayores, para un total de 374 niños. Alcanzando al igual que en dicho estudio, una validez diagnóstica moderada.

Fuera de España, sólo hemos encontrado un artículo de 1987, en el que se evalúan las interconsultas hechas de pediatría a psiquiatría infantil. Este trabajo se realizó en Chile, incluyeron a 366 pacientes y obtuvieron una concordancia diagnóstica global alta, pero en ese estudio el resultado se expresa en porcentaje y no estiman el índice kappa (19).

Buscando en las bases de datos habituales en medicina, no hemos encontrado más estudios en edad pediátrica, que relacionen la concordancia diagnóstica entre

pediatría de AP y las USMIJ.

Fuera de la edad pediátrica, existe otro estudio realizado en Burgos en 2006 en el que se valora la concordancia entre AP y los Equipos de Salud Mental de adultos, en él obtuvieron un grado de concordancia pobre para un total de 1.132 derivaciones (20).

De manera similar a la psiquiatría infantil, pero en relación a la consulta de neuropediatría, en Zaragoza realizaron un estudio en 2008 sobre la calidad de las derivaciones desde AP. En esta provincia han protocolizado las derivaciones y han implantado un programa de formación sobre neuropediatría para los pediatras de AP (FOCUSS), con buenos resultados (21).

En Canadá y en EEUU (Boston) se han realizado proyectos de trabajo conjunto entre pediatras y psiquiatras infantiles. Estos proyectos incluyen además de formación, periodos de rotación clínica de pediatras con psiquiatras infantiles. Ambos especialistas encontraron enriquecedora la experiencia de trabajar juntos (22,23).

Hay que reseñar que es probable que nuestra búsqueda bibliográfica no haya sido muy exitosa porque en muchos países europeos la figura del pediatra de AP no existe. Por ello, en Irlanda recientemente han realizado una revisión bibliográfica sobre los conocimientos que los médicos de familia tienen sobre TDAH. La justificación de dicho estudio es que en muchos países son los médicos de familia los que tendrán que detectar en AP a los niños con sospecha de TDAH y en caso necesario derivarlos a la USMIJ. Finalmente, en esta revisión bibliográfica, incluyeron 10 estudios, en los que en general encuentran disparidad en la atención a los pacientes con TDAH, tanto en el diagnóstico como en el manejo ulterior (24).

Para evitar esta dispersión y en un intento de asegurar un seguimiento a largo plazo, en Escocia desde hace 15 años siguen un protocolo conjunto entre psiquiatría, pediatría, dietistas, psicólogos y enfermería especializada. En este protocolo la enfermería juega un papel importante en la realización de entrevistas en el seguimiento de niños con TDAH tratados farmacológicamente (25).

Es importante valorar adecuadamente el estado de salud mental de los niños, y detectar las alteraciones que puedan existir de manera precoz para dar una asistencia de calidad tanto a los niños como a sus familias (26).

En relación a nuestro estudio cabe destacar algunas ventajas, como el tamaño muestral, que se incluyan a pacientes remitidos de manera consecutiva, que limita la aparición de un posible sesgo de selección. También

que en el estudio se incluyan a los niños tanto de áreas urbanas como rurales.

Una limitación de nuestro trabajo sería que se incluyen sólo a los pacientes remitidos a la USMIJ, por lo que habrá niños diagnosticados de TDAH por su pediatra que no acuden a las consultas de la USMIJ. También, en relación a los resultados, para facilitar el análisis se agruparon algunos diagnósticos en categorías diagnósticas amplias, y se consideraron los datos que constaban en los volantes remitidos desde AP como diagnósticos y no como síntomas. Además, se consideró el diagnóstico principal de los pacientes, por lo que puede que el porcentaje de aciertos desde AP haya sido más bajo, por ejemplo, para el TDAH, ya que se consideraba el diagnóstico principal y no si padecía un TDAH comórbido.

Por último, cabe destacar que los pacientes no fueron remitidos sólo por el pediatra de AP, ya que en muchos centros de salud en nuestra área sanitaria trabajan puericultores (médicos de familia y otras especialidades distintas de la pediatría), lo que puede haber favorecido una concordancia menor.

CONCLUSIONES

La concordancia obtenida entre el pediatra de AP y la USMIJ es baja en nuestra área sanitaria. La correlación diagnóstica medida con el índice kappa es débil-moderada para el TDAH. Sin embargo, es buena tanto para el diagnóstico del Trastorno del espectro autista como para los trastornos de conducta alimentaria. La validez diagnóstica para TDAH es moderada, con una sensibilidad alta y una especificidad baja.

En general, existen pocos estudios que valoren la concordancia entre pediatría y las USMIJ.

La actuación conjunta de pediatras y psiquiatras en actividades formativas, sesiones clínicas, realización de protocolos o rotaciones conjuntas, podrían mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales, lo que conllevaría a un mejor manejo en relación a la detección precoz, la calidad de derivación y el seguimiento de los pacientes con problemas de salud mental.

Consideramos fundamental fomentar la coordinación y colaboración profesional entre pediatras y psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes. Este trabajo colaborativo favorecerá una mejora en la atención a la infancia, base del desarrollo del adulto y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2011; 128: 1007-22.
2. Gutiérrez Miras, MG. Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición; 2000. p. 204-207.
3. Ayuso JL, Vieta E, Arango C. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sección II. 5ª Edición; 2014. p. 59-66.
4. Viesser SN, Zablotsky B, Holbroock JR, et al. Diagnostic experiences of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Health Statistics Reports* 2015; 81: 1-7.
5. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, et al. Prevalence, recognition, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 837-864.
6. Merikangas KR, He JP, Brody D, et al. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125: 75-81.
7. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 168.
8. O'Brien JM, Christner JG, et al. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. National Guideline Clearinghouse 2013.
9. Taylor E, Döfner M, Asherson P, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (S1).
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults. Issued September 2008, last modified March 2013. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG072>

11. Alda Díez JA, Boix Lluch C, Colomé Roura R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. 2010.
12. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, et al. Mental health surveillance among children – United States, 2005-2011. Centers for disease control and prevention MMWR 2013; 62 (No 2).
13. Morán Sánchez I, Navarro Mateu F, Robles Sánchez F, et al. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. Aten Primaria 2008; 40: 29-33.
14. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, et al. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. An Sst Sanit Navar 2009; 32: 161-168.
15. Pastor PN, Reuben CA. Diagnosed Attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. Vital Health Stat 10. 2008; 237: 1-14.
16. Feldman HM, Reiff MI. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. N Engl J Med 2014; 370: 838-846.
17. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-248.
18. Wilms Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics in Review 2010; 31 (No 2).
19. Escobar MC, de la Barra F, Verdugo C, et al. Interconsultas de pediatría a psiquiatría infantil. Rev Chil Pediatr 1987; 5B(5): 368-373.
20. Martín-Jurado A, de la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, et al. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. Semergen 2012; 38: 354-359.
21. López-Pisón J, Pérez-Delgado R, García-Oguiza A, et al. Neuropediatría y atención primaria. Nuestra experiencia en el siglo XXI. Rev Neurol 2008; 47(S1): S45-S53.
22. Spenser HR, Gillies A, Maysenhoelder H. The CHAT Project: Paediatricians and mental health clinicians: working together for the sake of the children. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 18: 2.
23. Ross WJ, Chan E, Harris SK, et al. Pediatrician-psychiatrist collaboration to care for children with attention deficit hyperactivity disorder, depression, and anxiety. Clinical Pediatrics 2011; 50: 37-43.
24. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, et al. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. BMC Family Practice 2016; 17: 129.
25. Coghill D, Seth S. Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: the Dundee ADHD clinical care pathway. Child Adolesc Psychiatry MEnt Health 2015; 9: 52.
26. Clinton J, Feller AF, Williams RC. The importance of infant mental health. Paediatr Child Health 2016; 21 (No 5).