

Manel Nebot^{a,b,c,*}, Andrea Burón^d, Maribel Pasarín^{a,b,c},
Nuria Hortal^a, Olga Juárez^{a,b} y Esther Quintana^e

^a Agencia de Salud Pública, Barcelona, España

^b Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^d Servicio de Evaluación y Epidemiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^e Direcció d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnebot@aspb.es (M. Nebot).

doi:10.1016/j.aprim.2011.01.014

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diferencias entre entrevista clínica y prueba psicométrica

Diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Differences between clinical interview and psychometric testing

Sr. Director:

Dada la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia y adolescencia y las dificultades diagnósticas que se evidencian tanto en la práctica clínica como en la literatura¹, se planteó un estudio para analizar la concordancia entre los diagnósticos realizados mediante entrevista clínica en pediatría de atención primaria y los realizados en una unidad de salud mental de infancia y adolescencia (USMIA) mediante evaluación psicométrica y entrevista; además, se evaluó la relación entre el tipo de TDAH diagnosticado en la USMIA y el tratamiento prescrito desde esta unidad.

Se realizó un diseño correlacional, transversal, de un único momento de medida. La muestra incluyó todos los pacientes (n=55) con posible diagnóstico de TDAH detectados desde pediatría y derivados a la USMIA durante el año 2009, con edades entre 3 y 15 años y media de $10 \pm 3,05$. Posteriormente, en la unidad especializada se realizó una entrevista clínica y se aplicó el SNAP-IV para la evaluación

de la existencia o no del trastorno y del tipo, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR². En función de la información obtenida, tanto del propio paciente como de los familiares y del contexto escolar, se estableció el tratamiento: farmacológico estimulante, farmacológico no estimulante y no farmacológico.

En los resultados, se constató una demora entre la aparición de síntomas, a juicio de padres y maestros, y el diagnóstico e inicio del tratamiento. En todos los tipos de TDAH fue mayor de 3 años. Este hecho, por sí solo, justificaría el esfuerzo de la administración sanitaria con relación a posibilitar un diagnóstico más temprano.

Respecto al grado de coincidencia entre los diagnósticos establecidos en pediatría y en la USMIA, se observaron relaciones moderadas ($\chi^2 = 21,99$, $p < 0,01$, V de Cramer = 0,447), destacando por su coincidencia el tipo combinado (65,8%) y, por la mayor discrepancia, los tipos inatento e hiperactivo. Al analizar la relación entre el diagnóstico de la USMIA y el tratamiento, se obtuvieron relaciones moderadas entre las variables ($\chi^2 = 14,971$, $p = 0,005$, V de Cramer = 0,369). El tratamiento que aparece con más frecuencia es el farmacológico estimulante, con el doble de casos que el farmacológico no estimulante y el no farmacológico, cifras comparables a las encontradas en la literatura médica³ (tabla 1).

Se observó también que el 47% de los casos presenta comorbilidad, siendo la más frecuente los trastornos de conducta en el tipo combinado y especialmente en el hiperactivo, mientras que en el inatento suele ir asociada a trastornos del estado de ánimo o dificultades de aprendizaje. Respecto a los diagnósticos, la escala detectó el doble de casos de inatención que la entrevista clínica, mientras que los pediatras diagnostican casi el triple de casos de tipo hiperactivo/impulsivo que la escala. Hay que señalar la especial dificultad de diagnóstico de la inatención como síntoma y del TDAH con predominio de inatención como síndrome, dadas sus características internalizantes, que resultan menos llamativas y provocan menos perturbación en el contexto. Una importante dificultad en relación al TDAH es la inexistencia de un consenso nacional respecto a protocolo de evaluación e intervención, lo que en la práctica clínica comporta disparidad de criterios diagnósticos y de tratamientos aplicados, así como dificultad pronóstica. Finalmente, en cuanto a la relación entre el tipo de tratamiento pautado y tipo de TDAH, la combinación más frecuente se da entre el farmacológico estimulante y los tipos combinado e hiperactivo/impulsivo, y se observa una clara utilización del farmacológico no estimulante y no farmacológico para el tipo inatento.

Tabla 1 Distribución de tipo tratamiento según diagnóstico de la unidad de salud mental de infancia y adolescencia

	Número	Farmacológico estimulante (%)	Farmacológico no estimulante (%)	No farmacológico (%)
Inatención	10	0	80	20
Hiperactividad	7	73,7	15,8	10,5
Combinado	38	51,6	16,1	32,3
Total		54,5	21,8	23,6

Bibliografía

1. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, de Concepción Salesa A. 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.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 ed., texto revisado, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. García Campayo J, Santed Germán MA, Cerdán Lanero C, Alda Díez M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria*. 2007;39:671–4.

Esperanza Navarro-Pardo^{a,*}, Juan Carlos Meléndez-Moral^b
y Alicia Sales Galán^c

^a *Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud n.º 10, Valencia, España*

^b *Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia, Valencia, España*

^c *Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esperanza.navarro@uv.es
(E. Navarro-Pardo).

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.008

Interacciones farmacológicas en atención primaria y seguridad del paciente

Drug interactions in primary care and patient safety

Sr. Director:

Respecto al trabajo de López-Picazo et al.¹ sobre las interacciones medicamentosas en atención primaria (AP), queremos realizar algunas observaciones.

Los efectos adversos en relación con la medicación en AP, estimados en el estudio APEAS, se debieron especialmente a las reacciones adversas medicamentosas (53,9%), y no a las interacciones medicamentosas como indican los autores, ya que solo supusieron el 7,3% del total². En este trabajo se analizan las interacciones farmacológicas basándose en las prescripciones registradas en la historia clínica informatizada, que con relativa frecuencia no está actualizada y arrastra prescripciones antiguas no activas, y no incluye prescripciones de otros especialistas ni la automedicación. Desconocemos si los autores han valorado la concordancia de las prescripciones registradas en OMI-AP con la medicación que realmente tomaban los pacientes, ya que varios trabajos indican la existencia de discordancias en el 57,2-94% de los casos³⁻⁵. También han sido excluidas las interacciones farmacológicas causadas por alimentos (disminuyen la absorción, por ejemplo, de amoxicilina o ciprofloxacino), alcohol (inductor o inhibidor enzimático dependiendo de la dosis y del tipo de consumo), zumo de pomelo (inhibidor del CYP3A4) o productos de herbolario como *Hypericum perforatum* -hierba de San Juan (inductor enzimático), que son relevantes en la práctica clínica⁶.

En este trabajo, cinco principios activos (omeprazol, diazepam, acenocumarol, ibuprofeno y calcio, en este orden) son los más frecuentemente implicados en potenciales interacciones graves (35,4%) y muestran el mayor índice de riesgo de interacción grave (e-PIG); no parece, por tanto, que el uso de e-PIG aporte información complementaria diferente a la obtenida de las frecuencias de las interacciones. Además e-PIG se obtiene a partir de la frecuencia de uso de cada fármaco y del número de interacciones graves en las que ha intervenido, por lo que se introduce un sesgo a favor de los fármacos de uso frecuente, ya que el número de interacciones graves en las que interviene un fármaco depende también de la frecuencia con que se emplea.

No estamos de acuerdo con los autores cuando afirman que e-PIG permite evaluar el riesgo de interacción que un paciente soporta al serle prescrito un medicamento, por dos motivos. En primer lugar, e-PIG evalúa incorrectamente el riesgo individual de los pacientes a los que se prescribe un fármaco de uso poco frecuente pero con elevado riesgo real de numerosas interacciones significativas, ya que no serían clasificados como de riesgo e-PIG alto. En segundo lugar, el riesgo de interacción farmacológica no depende solo del fármaco (ruta metabólica única, metabolismo de primer paso elevado, ventana estrecha terapéutica), sino también de las características del paciente⁶. Así, el riesgo de interacción aumenta con el número de fármacos administrados simultáneamente, con la edad avanzada, la gravedad de la enfermedad crónica o la presencia de insuficiencia renal o hepática⁶.

Pese a las observaciones realizadas queremos resaltar la utilidad de este estudio, ya que conocer los medicamentos más implicados en potenciales interacciones graves en AP permite priorizar medidas que prevengan su aparición, teniendo en cuenta el perfil de los pacientes con mayor riesgo para presentarlas.

Bibliografía

1. López-Picazo JJ, Ruiz JC, Sánchez JF, Ariza A, Aguilera B. Escala de peligro para interacción grave: una herramienta para la priorización de estrategias de mejora en la seguridad de la prescripción en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2011;43:254–62.
2. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) [consultado 15 July 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.
3. Warholak TL, McCulloch M, Baumgart A, Smith M, Fink W, Fritz W. An exploratory comparison of medication lists at hospital admission with administrative database records. *J Manag Care Pharm*. 2009;15:751–8.
4. Orrico KB. Sources and types of discrepancies between electronic medical records and actual outpatient medication use. *J Manag Care Pharm*. 2008;14:626–31.
5. Kaboli PJ, McClimon BJ, Hoth AB, Barnett MJ. Assessing the accuracy of computerized medication histories. *Am J Manag Care*. 2004;10:872–7.
6. Morales-Olivas FJ, Estañ L. Interacciones medicamentosas. Nuevos aspectos. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:269–75.