



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Tesis doctoral

**IMPLEMENTACIÓ DEL PROTOCOL PER A LA GUIA DEL
TRASTORN PER DÈFICIT D' ATENCIÓ AMB HIPERACTIVITAT
ALS CENTRES DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL
DEL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT A CATALUNYA: ESTUDI
CONTROLAT NO ALEATORITZAT**

presentada per Montserrat Pàmias Massana
per a optar al títol de doctor per la Universitat Autònoma de Barcelona

Director: Dr. Diego Palao Vidal

Barcelona, novembre de 2020

Dr. Diego José Palao Vidal certifica que ha dirigit i supervisat la tesis doctoral titulada

“IMPLEMENTACIÓ DEL PROTOCOL PER A LA GUIA DEL TRASTORN PER DÈFICIT D’ ATENCIÓ AMB HIPERACTIVITAT ALS CENTRES DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL DEL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT A CATALUNYA: ESTUDI CONTROLAT NO ALEATORITZAT”

presentada per Montserrat Pàmias Massana.

Amb aquest document confirmo que aquesta tesis doctoral compleix els requisits necessaris per a la seva defensa.

Dr. Diego Palao Vidal Director Executiu del Servei de Salut Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. Professor Titular del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

ÍNDEX

Agraïments	7
Resum	8
Capítol 1: Introducció	11
1.1 El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), estat actual	12
1.2 Guies clíniques en el TDAH.....	20
1.2.1 Revisió de guies clíniques publicades (GPC) en el TDAH	20
1.2.1.1 GPC per al TDAH en el món	20
1.2.1.2 GPC per al TDAH a l'estat espanyol	21
1.2.1.3 Actualització en les GPC de TDAH	22
1.2.2 Revisió de la implementació de guies clíniques de TDAH	23
1.2.2.1 Barreres i facilitadors de la implementació de les guies de pràctica clínica.....	23
1.2.2.2 Estratègies d'implementació de les guies de pràctica clínica.....	26
1.3 El TDAH a Catalunya	30
1.3.1 Antecedents històrics	30
1.3.2 La situació del TDAH a Catalunya, anys 2014-2015	32
Capítol 2: Justificació del projecte	35
Capítol 3: Desenvolupament del projecte del protocol per al maneig del TDAH al sistema sanitari públic català	39
3.1 Elaboració del protocol	40
3.2 Presentació del protocol	48
3.3 Implementació del protocol	52
Capítol 4: Hipòtesis i objectius	55
Capítol 5: Metodologia	59
5.1 Tipus d'investigació i disseny de l'estudi.....	60
5.2 Població d'estudi	60
5.3 Pla d'implementació	61
5.4 Variables de l'estudi	61
5.5 Extracció i administració de dades	62
5.6 Anàlisi de les dades	63

Capítol 6: Resultats	65
6.1 Resultats en prevalença de TDAH	66
6.2 Resultats en tractament farmacològic en TDAH	68
6.3 Resultats en urgències i fractures en TDAH	69
Capítol 7: Discussió	73
Capítol 8: Conclusions	79
Capítol 9: Bibliografia	81
Capítol 10: Annexos	89
10.1 Protocol per al maneig del TDAH al sistema públic sanitari català	91
10.2 Resolucions del Parlament de Catalunya en relació al protocol	145
10.3 Actes del Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental	149
10.4 Resolució del Síndic de Greuges.....	171
10.5 Principals suports al protocol	189

Agraïments

A la Cristina Molina, que era la directora del Pla Director de Salut Mental mentre es va dur a terme aquest protocol. Gràcies per la seva confiança, i per compartir amb mi la voluntat de millorar l'atenció dels nens i nenes amb TDAH a Catalunya, que va ser el motiu d'aquest projecte.

Al Dr. Diego Palao, el meu director de tesis, que em va proposar presentar la tesis doctoral, em va animar, va insistir, fins i tot em va "amençar"... sense ell segurament no hauria estat possible. També als meus companys, Dr. Labad i Dr. Monreal, amb qui hem compartit uns anys magnífics al Taulí. El seu suport incondicional m'ha ajudat a tirar endavant molt cops. Gràcies especialment al Dr. Labad, per ajudar-me en la part d'estadística.

A tots els membres del grup de treball per a l'elaboració del protocol pel maneig del TDAH en el sistema sanitari català. Pel seu esforç i compromís que ara es veu reflectit en els resultats d'aquest treball de tesis.

Al meu equip de salut mental infantojuvenil del CS Parc Taulí: Rebeca, Quim, Núria, Marta, Lali... i tots els que m'han ajudat a fer realitat el somni que tenia quan vaig arribar a l'hospital aquell octubre del 2007... Entre tots hem anat fent més gran i sòlida aquesta família d'undiatotseratauli.

Als meus amics i amigues, i també als companys de l'Institut de Psicologia i de la UIC, que m'han donat suport en tot moment i ara comparteixen la meva alegria.

Als meus pares, germans i nebots per ser-hi sempre.

I finalment, al motiu més important que tinc per somriure i també per lluitar cada dia, la Blanca, la Núria i la Mireia.

Resum

Introducció: L'any 2014, el 0.97% de la població catalana entre 0 i 17 anys tenia un diagnòstic de TDAH i era tractada als Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Però la situació a Catalunya era molt heterogènia, i les dades de percentatge de diagnòstic de TDAH en els CSMIJs anaven des del 2.3 % al 56%. Els fàrmacs indicats per al TDAH s'utilitzaven només en un 20-30 % dels casos diagnosticats i els tractaments psicològics i familiars eren molt irregulars.

Objectius: Amb la intenció de disminuir la variabilitat clínica no justificada, i millorar l'atenció a aquest trastorn, el Departament de Salut va encarregar al Consell Assessor de Salut mental, la constitució d'un grup de treball per elaborar un Protocol pel maneig del TDAH a Catalunya, amb la indicació d'adaptar la "Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes". Aquest protocol es va presentar al maig del 2015 i es va dissenyar un pla d'implementació que es va dur a terme en 7 CSMIJs pilot durant l'any 2016 i 2017, i va ser posteriorment avaluat.

Material i mètode: Aquest estudi, prospectiu, controlat, no aleatoritzat, avalua els efectes de la implementació del protocol en el la prevalença de diagnòstic de TDAH en les primeres visites als CSMIJs de Catalunya, i en l'ús de teràpies indicades en el TDAH. També analitza la relació entre altres variables clíniques com les visites a urgències i les fractures i el tractament prescrit.

Resultats: Després de la implementació del protocol, s'objectiva una disminució de les diferències territorials inicials en la prevalença del diagnòstic de TDAH de manera estadísticament significativa ($p < 0,05$). No s'observen canvis significatius entre els dos grups en l'increment de fàrmacs indicats per al TDAH, però sí una reducció significativa en l'ús de benzodicepines en els pacients amb TDAH en els centres actius ($p < 0,05$). Entre els pacients amb diagnòstic de TDAH, s'observa una diferència estadísticament significativa ($p < 0,001$) en el % de fractures entre els nens medicats amb fàrmacs indicats i els medicats amb altres psicòtrops o no medicats.

Conclusió: La implementació del protocol de maneig del TDAH mostra eficàcia en la reducció de diferències territorials en la prevalença de diagnòstic de TDAH en la població atesa a Catalunya. Mostra també una millora en la prescripció farmacològica en base a l'evidència en aquest trastorn. Les diferències en fractures en funció del tractament per al TDAH que es troben en la població catalana amb TDAH i menor de 18 anys, repliquen les publicades a nivell internacional.

Paraules clau: TDAH, implementació, fàrmacs, fractures

1

Introducció

1.1 El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és un dels trastorns del neurodesenvolupament més freqüents, que s'inicia en la infància i que comporta un patró persistent de conductes de desatenció, i d'hiperactivitat i impulsivitat (1, 2).

Els criteris diagnòstics per al TDAH es van actualitzar en la versió del 2013 del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM 5) i inclouen :

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae

ràpidamente y se evade con facilidad).

- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.

(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).

- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

El trastorn està present quan aquestes conductes tenen una freqüència i intensitat major del que és habitual segons l'edat i el desenvolupament de la persona, i quan aquestes manifestacions interfereixen de forma clarament significativa en el rendiment escolar o laboral i en les seves activitats quotidianes

Diferents estudis revisen la prevalença de trastorns mentals en els nens i adolescents arreu del món. Tot i que la prevalença és sovint variable en funció del país d'estudi o del sistema diagnòstic que s'utilitzi (DSM o CIE), en el TDAH un del metaanàlisis més rigorós i conservador, refereix que el trastorn presenta una prevalença del 3,4 % de la població general menor de 18 anys (el 13,6 % de la població en aquesta franja d'edat presenta algun tipus de trastorn mental (3).

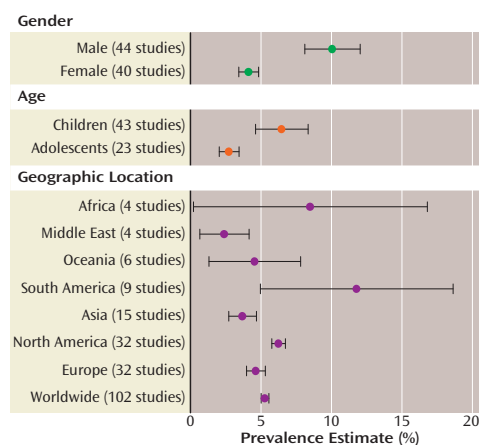
Trastorns mentals en menors de 18 anys	13.4 %
Trastorns d' ansietat	6,5 %
Trastorns depressius	2,6 %
Trastorn depressiu major	1,3 %
TDAH	3,4%
Tots trastorns de conducta	5,7 %
TND	3,6 %
Trastorn de conducta	2,1 %

Taula 1.1 prevalença de malaltia mental en menors de 18 anys

Diferents estudis estratificats per sexe, mostren una diferencia significativa amb major freqüència en nens que en nenes (4,5) En funció del subtipus de TDAH, aquesta ratio pot ser de 3-7/1.

Subtipus	Ratio nen/nena
hiperactiu	7.0
combinat	4.9
inatent	3

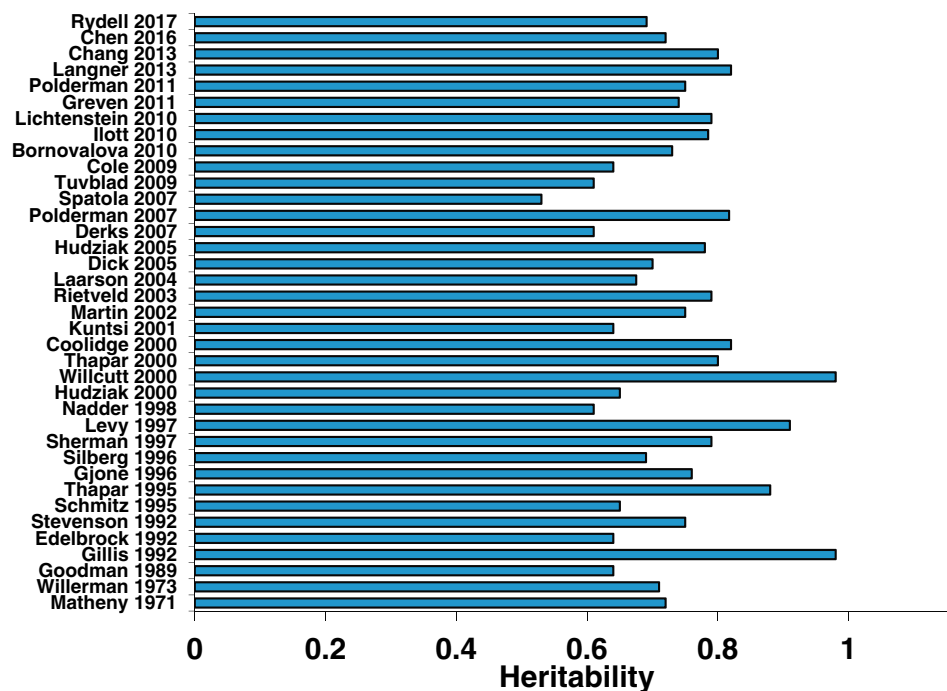
Taula 1.2: ratios per sexe en TDAH



Taula 1.3: diferències en prevalença per sexe, edat i localització geogràfica

Aquestes diferències en la prevalença en funció del sexe, es podrien explicar per una major dificultat en detectar el TDAH en nenes, ja que en elles predomina el subtipus atencional i la clínica d'hiperactivitat i impulsivitat no sol ser tan disfuncional. També s'ha postulat que les hormones femenines podrien tenir un paper protector en el desenvolupament de la clínica de TDAH. Hi ha diferents estudis que mostren l'impacte de les hormones sexuals, estrògens, progesterona i testosterona en el neurodesenvolupament (4,5) i les possibles característiques diferencials per sexe en aquest trastorn.

En quan a l'etiopatogènia, en els estudis dels darrers anys, recullen les diferents variants genètiques descrites en aquest trastorn (6). En global, la càrrega genètica explicaria un 74% de la clínica del TDAH. Aquesta heretabilitat del trastorn varia entre 60 i 100% segons els diferents estudis.



Gràfic 1.1 Adaptat de Faraone et al. (6)

Les principals variants genètiques es troben resumides en la següent taula.

GEN	PROTEINA	FUNCIÓ
SCL6A3/DAT1	Transportador dopamina	Principal regulador de la neurotransmissió dopaminèrgica
DRD4	Receptor dopamina D4	Codifica per receptors transmembrana. Zones implicades en TDAH
DRD1	Receptor dopamina D1	Elevada expressió en còrtex i estriat
ADRA2A	Receptor serotoninèrgic alfa2A	Implicat també en trastorns mentals comòrbids
COMT	Enzim catecol-O-metiltransferasa	En lòbul frontal. Regulador de nivells de dopamina
HTR18	Receptro serotoninèrgic 3 hidroxitriptamina ¹⁸	Elevada expressió en nucli dorsal del rafe
LPHN3	Atrofina3	Implicat en manteniment de la viabilitat neuronal
MAOA	Enzim monoaminoxidasa A	Catalitza la desaminació oxidativa d'amina
NO51	Enzim òxid nítric sintasa 1	Mediació en la neurotransmissió
SCL6A2/NET1	Transportador de noraadrenalina	Elevada expressivitat en lòbul frontal
SCL6A4/5HTT	Transportador de serotonina	Implicat en regulació emocional, memòria i aprenentatge
SNAP25	Proteïna sinaptosomal	Creixement neural i plasticitat sinàptica
TPH2	Triptòfan hidroxilasa	Catalitza triptòfan per formar 5HT

Taula 1.4: resum dels gens, proteïnes implicades i funció

Els gens que codifiquen transportadors i receptors de dopamina són els més estudiats en TDAH. Així en el gen SLC6A3/DAT1 / Cr 5p15.3, s'han identificat dos polimorfismes de tipus VNTR, un localitzat en l'intró 8 i l'altre en la regió 3 no traduïda del gen. També hi ha estudis que mostren que individus portadors de l'al·lel de 10 repeticions (10R) presenten una menor resposta a metilfenidat (7).

Els estudis genoma wide correlation ens permeten descriure el TDAH com l'extrem d'un tret dimensional com podria ser la hipertensió arterial. Aquelles persones en las quals el TDAH es manté o empitjora en l'edat adulta, es troba una major càrrega genètica. (8)

L'estudi rutinari de mutacions genètiques en TDAH no forma part de les recomanacions de les guies de TDAH actualment.

També sabem que hi ha múltiples factors que interaccionen amb l'individu i influeixen en el desenvolupament cerebral. Així doncs factors ambientals (tòxics, contaminació, alimentació...) i psicosocials (situacions diverses d'estrès o maltractament...) poden

ajudar a definir el fenotipus final de les persones amb TDAH, presentant una complexitat clínica que s'ha de tenir en compte per al diagnòstic i el tractament d'aquest trastorn.

(9) Un metaanàlisis molt recent estableix com a relació convincent amb TDAH (nivell 1): Obesitat materna, dermatitis atòpica, HTA durant la gestació, preeclampsia, exposició a acetaminofen durant la gestació. També estableix com a altament suggestiva (nivell 2) la relació de TDAH amb consum de tabac durant la gestació, asma infantil, sobrepès materna previ a la gestació, i nivells de vitamina D en sang (10).

A nivell de perfil cognitiu, en les persones amb TDAH s'objectiven dèficit en atenció selectiva, atenció mantinguda, atenció alternant i control motriu, i funcions executives com memòria de treball, planificació i organització(11).

La plasticitat cerebral, així com les accions de l'entorn del nen o adolescent (12) poden modificar el curs de la psicopatologia i presentar evolucions diverses al llarg de la vida. Un diagnòstic en la infància té sentit en la mesura en que ens permet elaborar un pla terapèutic.

El pla de tractament en el TDAH inclou tres aspectes multidisciplinaris i fonamentals (13)

1. Tractament psicològic: la **teràpia cognitiu conductual** és la que ha demostrat major evidència. En nens la intervenció en pares especialment, i a partir de l'adolescència, incrementa l'evidència del tractament individual amb el pacient.
2. La intervenció **acadèmica** adequada a les dificultats en l'aprenentatge i de la conducta
3. El tractament farmacològic : El tractament farmacològic del TDAH té un nivell d'evidència A en aquest trastorn. L'any 2014, 2015 i 2016, a l'estat espanyol estava comercialitzat amb indicació en TDAH: **metilfenidat, atomoxetina i lisdexanfetamina**. Al febrer del 2017 es va comercialitzar també amb aquesta indicació **guanfacina**

La concordança genètica, explica que el TDAH és un trastorn que es presenta en un 85% associat a altres trastorns comòrbids, sobretot amb els altres trastorns del neurodesenvolupament: trastorns de l'aprenentatge, trastorn de l'espectre de l'autisme, trastorns motors (14,15).

També es pot presentar comòrbid amb clínica internalitzant com el trastorn d'ansietat o el trastorn de l'estat d'ànim. En aquest cas, més enllà de la vulnerabilitat genètica, el TDAH és un trastorn que presenta un impacte funcional en la vida acadèmica, social i familiar del pacient que pot predisposar a aquestes comorbiditats. Quan una persona amb diagnòstic de TDAH presenta amb trastorn depressiu major, s'incrementa el risc de

suïcidi (16). El TDAH també s'ha associat a la conducta autolítica no suïcida, especialment en noies.

La seva associació a trastorn de conducta o abús de drogues, s'ha relacionat amb una pitjor evolució del trastorn i un manteniment de la disfunció i del diagnòstic a l'edat adulta (17). Entre els adolescents consumidors d'alcohol i de cànnabis hi ha una prevalença major de TDAH que la població general, essent aquesta comorbiditat un factor pronòstic d'inici precoç del trastorn per consum de substàncies (18). En les noies amb TDAH s'ha descrit una associació amb el risc de consumir en règim de binge drinking i amb la freqüència en el consum de THC (19).

El TDAH és un trastorn associat a major fracàs escolar, major risc de ser acomiadats en l'activitat labora i major canvis de parella, ja reportats en el Milwaukee Young Adult Outcome Study (20) i pitjor resultats funcionals globalment (21).

L'associació de TDAH amb accidents, degut a la clínica de dèficit atencional i d'impulsivitat, s'ha associat a increment de mortalitat esperada per edat (22).

En població adulta, un estudi de prevalença de TDAH en pacients víctimes d'accidents, mostrava una prevalença del 6.8 % de TDAH, la majoria sense diagnòstic previ ni tractament farmacològic en l'estudi PRADA (23).

Una recent revisió sistemàtica de la funcionalitat de les persones amb TDAH, conclou un efecte robust protector del tractament farmacològic en pacients amb TDAH en relació amb trastorns d'estat d'ànim, trastorns per consum de drogues, suïcidí, criminalitat, accidents i lesions, traumatismes cranioencefàlic, accidents amb vehicles i resultats acadèmics (24).

Específicament en accidents i fractures, investigacions recents realitzades a Alemanya i a Taiwan (25, 26) suggereixen efectes protectors del tractament indicat en TDAH en aquest tipus d'accidents en pacients en edat pediàtrica.

1.2 Guies de pràctica clínica

Les guies de pràctica clínica són una sèrie de recomanacions, desenvolupades de manera sistemàtica, per ajudar els professionals a prendre decisions sobre l'atenció sanitària més apropiada i seleccionar les opcions diagnòstiques i terapèutiques més adequades a l'hora d'abordar un problema de salut o una condició clínica específica (13).

1.2.1 Guies de pràctica clínica en TDAH

1.2.1.1 Les GPC per al TDAH a nivell internacional

L'any 2010, les guies publicades per al tractament del TDAH eren diverses i en contextos diferents d'Europa i US. Destacava la guies de National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE 2009) (27), la ADHD guidelines de la AAP (28) i la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (29). A continuació presento un quadre resum de les guies disponibles en aquell moment, amb les seves principals característiques i el seu grau de recomanació:

GPC	organització	Data	població	context	dirigida	finançada	Qualitat AGREE
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	2005	Nens i adolescents amb TDAH	Escòcia	Professionals de la salut	SIGN	Recomanada
ICSI	Institut for Clinical Systems and improvement	2007	Nens i adolescents amb TDAH	USA	Metges atenció primària i gestors	ICSI	Recomanada amb modificacions
AAP	American Academy of Pediatrics	2005	Nens i adolescents amb TDAH	USA	Pediatres i professionals de la salut	APA	Recomanada
AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	2007	Nens i adolescents amb TDAH	USA	Psiquiatres infantils i professionals de la salut	AACAP	Recomanada amb modificacions
CADDRA	Canadian Attention Deficit hyperactivity Disorder Resource Alliance	2008	Nens i adolescents amb TDAH	Canadà	Professionals de la salut	CADDRA	No recomanada

BAP	British Association of Psychopharmacology	2006	Adolescents i adults	Gran Bretanya	Professionals de la salut	BAP	No recomanada
NICE	National Institut for Health and Clinical Excellence	2009	Nens , adolescents i adults amb TDAH	Gran Bretanya	Professionals de la salut, famílies i gestors	NICE	Molt recomanada

Taula 1.5: GPC de TDAH disponibles el 2010

La GPC de la NICE (27) era en aquell moment l'única que disposava d'un alt grau de recomanació, i tenia com a principals característiques:

- a. Anava dirigida a població infantil, adolescent i adulta amb TDAH
- b. Presentava recomanacions per al diagnòstic i tractament del TDAH també en edat preescolar
- c. Presentava recomanacions per nivells d'evidència de la intervenció psicoeducativa i psicoterapèutica, dirigida a pacients i a pares

1.2.1.2 La GPC per al TDAH a l'estat espanyol

A l'estat espanyol, la primera guia de pràctica clínica del TDAH es va publicar l'any 2010. La Guia de Pràctica Clínica del TDAH 2010 (13), formava part de les 8 guies de pràctica clínica desenvolupades el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en España, elaborat per la Agència de SNS l'any 2006. Aquesta guia va ser elaborada per experts en el diagnòstic i tractament del TDAH de l'estat espanyol, amb revisions externes i l'aval de les principals societats científiques del país.

El posterior projecte GuiSalud del SNS (2007) pretenia afavorir la implementació i l'avaluació de l'ús de la GPC en el conjunt de l'estat.

La guia recull les recomanacions segons el grau d'evidència de:

- a. és una guia que s'inicia amb un ampla informació de la metodologia utilitzada per a la revisió sistemàtica científica i una actualització del coneixement científic del trastorn fins al moment
- b. va dirigida a pacients amb TDAH en edat pediàtrica (fins a 18 anys)
- c. està organitzada amb diferents preguntes per a respondre en relació a diagnòstic, instruments d'avaluació, tractament i aspectes ètics i legals

- d. les recomanacions per al tractament del trastorn inclouen: tractament farmacològic, psicològic, psicopedagògic, combinat i en comorbiditat
- e. descriu també el nivell d'evidència de medicina alternativa i complementària
- f. inclou un annex d'informació per a pares i familiars.

Aquesta guia conclou amb unes propostes per a indicadors per al seu procés d'implementació. La majoria són indicadors de procés:

- Percentatge d'avaluació dels símptomes nuclears i percentatge d'ús dels criteris DSM o CIE en els pacients amb TDAH
- Percentatge d'avaluació del funcionament familiar o psicosocials dels pacients amb TDAH
- Percentatge d'ús dels instruments recomanats en els pacients amb TDAH
- Percentatge de tractament psicològic, farmacològic i psicopedagògic segons els criteris recomanat a la guia en els pacients amb TDAH
- Nombre de facultatius involucrats en el tractament del TDAH

Com a indicadors de resultats només proposa:

- Nombre de contactes amb els serveis d'atenció primària i especialitzada
- Satisfacció dels pacients amb TDAH i les famílies en l'atenció rebuda.

1.2.1.3 Actualització en les GPC del TDAH

En els darrers anys, s'han presentat revisions d'algunes de les guies clíniques descrites en els dos apartats anteriors. Les de major rellevància, per la valoració AGREE com a molt recomanades i per l'impacte és la revisió de la NICE ADHD guideline publicada al març del 2018 (30), i per la proximitat geogràfica la nova Guia de practica clínica TDAH, del SNS espanyol, publicada el 2017.(31)

La NICE Guideline (2018) presenta com a elements a destacar en la seva revisió

- a. Fa un especial èmfasi en la continuïtat assistencial entre els equips de psiquiatria infantil i de psiquiatria d'adults.
- b. Revisa l'eficàcia de les intervencions comunitàries, escolars i sobretot familiars en el tractament del trastorn.
- c. A nivell farmacològic, incorpora els dos nous fàrmacs aprovats per EMEA, lisdexanfetamina i guanfacina en el protocol de tractament. En població

infantil, indica la necessitat d'iniciar el tractament amb metilfenidat, com a primera línia, podent passar a lisdexanfetamina a les 6 setmana si no hi ha resposta o bé hi ha resposta parcial. Guanfacina i Atomoxetina quedarien indicats en tercera línia, davant la manca de resposta a lisdexanfetamina. En adults, metilfenidat i lisdexanfetamina, serien recomanats com a primera opció.

- d. Incorpora també recomanacions per a l'abordatge dels efectes secundaris dels tractaments.
- e. La guia incorpora recomanacions per al tractament d'algunes comorbiditats, especialment TND i Trastorn de conducta
- f. Incorpora un apartat de detecció de TDAH
- g. Incorpora també una visió de gènere, referint-se a les característiques diferencials per sexe del trastorn.

La Guia Práctica sobre las intervenciones terapéuticas del TDAH, del SNS (2017), presenta com a elements destacats respecte a l'anterior versió:

- a. Ampliació de les recomanacions per al TDAH a l'edat adulta
- b. Incorpora noves evidències de la intervenció en l'entorn escolar i les diferents intervencions conductuals i en habilitats socials.
- c. Especifica el contingut de les intervencions psicoeducatives i conductuals dirigides a individus i a pares amb el corresponent nivell d'evidència.
- d. Refereix diferent evidència els estudis d'estimulació cognitiva, amb resposta aguda versus de manteniment o en generalització de la intervenció
- e. A nivell farmacològic, recull els diferents nivells d'evidència i el tamany de l'efecte dels fàrmacs indicats, sense proposar un algoritme o una prioritació de tractament per cap dels quatre fàrmacs aprovats a l'estat espanyol.

1.2.2 La implementació de les guies de pràctica clínica

1.2.2.1 Barreres i facilitadors de la implementació de les GPC

Abans de la implementació d'una GPC, l'equip d'implementació ha de fer una adequada avaluació (32) dels següents aspectes:

1. Identificar clarament el nivell assistencial (o nivells) en els que s'implementaran les recomanacions. El pla serà diferent en funció de si la implementació és

nacional, territorial o en una sola institució.

2. Conèixer la cultura de la organització: descriure les normes, creences i valors de la organització (per exemple si utilitza l' evidència científica en la seva pràctica, grau d'autonomia del pacient, treball en equips...). Grups professionals i relació entre ells. Lideratge, comunicació formal i informal....
3. Identificar clarament tots els equips implicats en la implementació: recollir de la manera com es dona l'atenció clínica prèvia a la implementació i també fer un esborrany dels canvis que suposarà la implementació en professionals implicats i la relació entre ells.
4. Identificar els recursos disponibles tan humans com econòmics o materials: temps necessari per liderar la implementació, coordinació d'estratègia d'implementació i revisió.
5. Preveure el possible impacte de la implementació en la organització, en termes d'estructura, necessitats de formació, recolzament tecnològic...
6. Clar coneixement de la pràctica clínica actual: coneixement de la cultura de qualitat local, amb l'objectiu de detectar possibles problemes en la implementació que es planteja i adequar-hi les recomanacions
7. Conèixer els sistemes d'informació disponibles: Aquests seran clau tan en la implementació com en el sistema d'avaluació.

Les barreres i facilitadors són aquells factors que dificulten o faciliten tan total com parcialment la implementació del canvi en la pràctica professional, que en el cas de les GPC es manifesta com adherència o falta d' adherència a les seves recomanacions.

Els diferents tipus de barreres i facilitadors, es poden classificar en aquells factor que depenen del professional de la salut, aquells referents al context socials, els relacionats amb el sistema i finalment aquells relacionats amb la pròpia GPC. El manual d' implementació de les GPC del SNN, els resumeix en la següent taula:

Classificació de FACTORS	BARRERES	FACILITADORS
Professionals de la salut	Falta d'acord amb les recomanacions	Presència de professionals innovadors i amb major predisposició al canvi
	Falta de formació o habilitats per seguir les recomanacions	
	Preferències personals percebudes com a més eficaces	

Context social	Falta d'adherència al tractament per part dels pacients.	Col·laboració amb centres per crear xarxes d'aprenentatge
	Demanda dels pacients de determinat tractament	Demanda dels pacients de determinat tractament
Relacionats amb el sistema	Processos pocs estandarditzats que dificulten la implementació de les recomanacions	Objectius de millora clars i adaptats a nivell local
	Falta de temps i sobrecàrrega de treball	Capacitat de mesurar el funcionament d'un procés
	Sistema d'informació que dificulti la implementació	Sistema d'informació que faciliti la implementació
	Poder i autoritat establerts que dificulten implementació	Treball multidisciplinari per aplicació de recomanacions clíniques
	Rotació de professionals, substituïts	Líders que prioritzin la pràctica clínica
	Falta de treball en equip	Bona comunicació amb els equips locals
	Dotació insuficient en els serveis sanitaris	
Aspectes relacionats amb la GPC	Recomanacions clíniques elaborades amb poc rigor metodològic i poc creïbles per als clínics	Disposició de la GPC en formats pràctics i promoguda per organismes oficials
	GPC poc pràctiques que no facilitin el judici clínic	
	Recomanacions massa complexes i amb un cost elevat d'implementació	

Taula 1.6 : barreres i facilitadors en la implementació de GPC

L' anàlisi de barreres i facilitadors es recomana fer-se a l'inici del projecte d' implementació, ja que ajuda a dissenyar-la i també fer una estimació realista de les practiques clíniques que poden ser modificades mitjançant aquesta GPC.

Hi ha diferents tècniques descrites per a la identificació de barreres i facilitadors, i en ocasions s'utilitzen diverses tècniques simultàniament:

1. Pluja d'idees
2. Tècnica Delphi: tècnica de consens, a través d'un qüestionari dirigit a experts
3. Grups nominals: grups de 10-15 experts. Pregunta formulada, amb un posterior pas d'ordenar i classificar les respostes.

4. Enquesta: llistat estandarditzat de preguntes que es responen de manera anònima
5. Entrevista: personal o telefònica
6. Grups focals: 7-10 persones, responen sobre temes generals o específics en un ambient no directiu.
7. Observació directa
8. Estudi de cas: anàlisi detallat d'un sol cas
9. Informes clau: individus amb coneixement de l'entorn i una percepció especial sobre el tema, líders clínics, gestors clínics.

A l'hora d'escollir la tècnica o tècniques a utilitzar, hem de tenir en compte que ha de ser: acceptable, precisa (aquesta es confirmarà quan els canvis en les barreres detectables es tradueixin en modificacions de la pràctica clínica), generalitzables i fiables (quan les barreres detectades es repeteixen pel mateix grup de persones quan es repeteix la tècnica).

Per escollir el grup que elabori aquestes barreres i facilitadors, les recomanacions són que sigui multidisciplinari amb coneixement de la pràctica clínica i és d'utilitat la inclusió de professionals de l'entorn de la gestió amb coneixement dels processos que intervenen.

En l'anàlisi d'aquestes barreres i facilitadors es recomana una estructura que inclogui: prioritització, analitzar cada recomanació de manera independent, utilitzar una sistematització, tenir en compte factors sistèmics i organitzatius, considerar la temporalitat, considerar si es poden sostenir i mantenir en el temps i considerar que les barreres i facilitadors poden ser diferents en funció del professional.

1.2.2.2 Estratègies d'implementació de les guies de pràctica clínica

La implementació de les GPC té com a objectiu principal produir canvis en la pràctica clínica dirigits a millorar els resultats assistencials. Diferents estudis mostren la dificultat i complexitat de traslladar a la realitat els canvis proposats (33). Serà important escollir l'enfocament adequat a cada cas i realitzar una bona planificació dels canvis.

Quan la implementació d'un GPC té un lideratge clínic, hi ha una tendència a buscar canvis centrant-se en el consens o bé en formació (34). Si tenen un lideratge de gestors, aquests canvis poden centrar-se més en aspectes organitzatius, ús d'indicadors o sistemes d'incentius (35). És recomanable la integració dels diferents enfocaments per incrementar l'èxit (36).

Diferents teories explicarien el procés de canvi que es busca en el moment d'implementar una guia.

- a. Teories enfocades a aspectes individuals: mecanismes pels quals els professionals sanitaris prenen decisions, adquireixen coneixements, habilitats actituds i motivació
- b. Teories enfocades al context i la interacció social: es basa en interaccions amb els altres, con la influencia de persones clau, líders d'opinió, xarxes socials..
- c. Teories enfocades al context organitzatiu i econòmic: ressalten la especial importància que tenen en els canvis els aspectes estructurals, administratius i econòmics de la organització.

Diferents estudis refereixen que els professionals sanitaris poden passar per diferents fases abans de produir-se un canvi. El model de Gol i Wenzing, proposa una síntesis d'aquests diferents estudis, resumint 5 estadis i 10 fases en un procés d'implementació:

1. Estadi d'orientació
 - a. Fase 1: Promoure el coneixement de la guia
 - b. Fase 2: Estimular l'interès i la implicació
2. Estadi d'interiorització
 - a. Fase 3: Comprensió
 - b. Fase 4: Incorporació de les pròpies activitats diàries
3. Estadi d'acceptació
 - a. Fase 5: Actitud positiva
 - b. Fase 6: Decisió per al canvi
4. Estadi de canvi
 - a. Fase 7: Aplicació de la innovació en la pràctica
 - b. Fase 8: Confirmació del benefici del canvi
5. Estadi de manteniment:
 - a. Fase 9: Integració de la innovació en la pràctica
 - b. Fase 10: Confirmació del benefici del canvi

En la literatura es descriuen diferents tipus d'estratègies d'implementació. La classificació més utilitzada és la del grup de col·laboració Cochrane EPOC (Effective Practice and Organization of Care group) (37). Aquesta classificació diferencia entre motivacions extrínseques (canvis organitzatius, models de finançament, canvis legals, estratègies amb els pacients) i motivacions intrínseques (intervencions orientades als professionals)

INTERVENCIONS SOBRE ELS PROFESSIONALS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribució de material educatiu: enviar per correu o entrega de la GPC , formats reduïts o tríptics 2. Sessions formatives: conferències, sessió clínica, taller 3. Processos de consens locals: incloure en la discussió els professionals implicats per comprovar el seu compromís i acceptació del problema clínic a resoldre 4. Visites d'un facilitador: persona amb formació i entrenament específic 5. Líders locals d'opinió, considerats influents pels seus Companys 6. Intervencions mediades per pacients: informació clínica recollida directament pels pacients 7. Auditoria i retroalimentació: proporcionar als professionals resum d'activitats clíniques en un període de temps especificat 8. Recordatoris: informació específica donada verbalment, per escrit, ordinador... dissenyada per cridar l'atenció del professional 9. Mitjans de comunicació de masses: televisió m radio, xarxes socials, pòsters... dirigits a tota la població.
INTERVENCIONS ECONÒMIQUES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientades als professionals: pagament per servei, incentius al professional o a la institució, penalització al professional o institució 2. Orientades als pacients: copagament, incentius o penalització del pacient
INTERVENCIONS ORGANITZATIVES
<p>Poden incloure canvis en les estructures físiques de les unitats d'atenció sanitària, en els sistemes de registre mèdic o en la titularitat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientades als professionals: revisió dels rols professionals, equips clínics multidisciplinaris, integració formal de serveis, continuïtat en l'atenció, satisfacció dels professionals, comunicació i discussió de casos a distància entre professionals 2. Orientades als pacients: enviament per correu de receptes, mecanismes per al maneig adequat de les queixes i suggerències dels pacients, participació dels pacients en el govern de l'organització sanitària 3. Estructurals: canvi en l'entorn/lloc de prestació de serveis, canvis en l'estructura física, instal·lacions i equipament, canvis en el sistema d'organització d'històries clíniques, canvis en les prestacions, presència de mecanismes per al control de la qualitat...
INTERVENCIONS REGULADORES
<p>Qualsevol intervenció que tingui com a objectiu canviar la prestació o el cost del servei sanitari mitjançant una llei o normativa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Canvis en les responsabilitats dels professionals 2. Maneig de les queixes i reclamacions dels pacients 3. Acreditació de professionals i unitats

Taula 1.7: diferents estratègies d'interenció en implementació

En el procés d'implementació, és important la planificació de les estratègies adequades segons les barreres definides en les diferents fases de la implementació.

Anàlisi de l'efectivitat de les estratègies d'implementació

El grup EPOC ha publicat diferents revisions sistemàtiques sobre l'efectivitat de les diferents estratègies d'implementació. El manual d'implementació de les GPC del SNS, resumeix en aquests nou punts, les dades més importants d'aquesta efectivitat (38,39)

1. L'efectivitat és molt variable en els estudis. L'efecte de les estratègies és habitualment moderat, aconseguint millores en la pràctica clínica en un 10% aproximadament.
2. En alguns estudis publicats els resultats han estat negatius, empitjorant la pràctica després de la implementació.
3. Les estratègies basades en recordatoris (escrit o xarxes) han mostrat un bon nivell d'efectivitat (millora 14.1%, amb un rang entre -1 i +34 %) , tot i que requereixen estructura i mitjans per dur-les a terme.
4. Les sessions de formació interactives són generalment efectives si van dirigides a actituds o habilitats grupals a més de coneixements (millores entre 11-20%). En canvi les sessions de tipus didàctic o passiu, com conferències magistrals són habitualment inefectives.
5. Estratègies poc sofisticades com la difusió de material educatiu són menys efectives però poden representar una bona relació cost-efectivitat (Mitjana de l'efecte 4.3
6. L'auditoria i retroalimentació és un tipus d' intervenció que ha des ser considerat sempre com component bàsic de qualsevol estratègia (Mitjana 5% , rang de -16% a +70%)
7. Les intervencions configurades a mida per a superar barreres identificades presenten millores però els estudis són tan heterogenis que no permeten conclusions.
8. Els programes de visites educatives in situ, en general generen resultats positius, especialment en millores de prescripció (Mitjana efecte 5.6 % rang -3 a +64%). Requereixen de molts recursos
9. Les estratègies múltiples amb diverses intervencions simultànies no han demostrat ser necessàriament millors que les simples. Poden ser recomanables en funció de l'anàlisi detallat de les barreres.

Sabem que hi ha aspectes contextuais que poden ser rellevants per a la implementació de les GPC (21): recursos humans disponibles, recursos materials disponibles, recursos econòmics disponibles, sistemes d'informació, recolzament de directius i gestors, avaluació de l'impacte que produeix en l'organització i la cultura organitzativa específica local.

Instruments que poden facilitar la implementació:

- a. Algoritmes de decisió
- b. Història clínica electrònica i sistemes informàtics de decisió
- c. Sistemes de recollida d'informació. Bases de dades sanitàries nacionals i territorials
- d. Protocols : detallar les recomanacions , els passos i les decisions per facilitar la implementació i la difusió local.

1.3 L'atenció al TDAH a Catalunya, fins l'any 2014

1.3.1 Antecedents històrics de la salut mental a Catalunya (40)

Tradicionalment l'assistència psiquiàtrica en el nostre país depenia majoritàriament de les Diputacions. Aquesta assistència estava centrada en el desenvolupament de grans centres psiquiàtrics, manicomis i tenia un caire més social que clínic en alguns ingressos. A finals dels anys 60 ja va haver-hi una tímida reforma comunitària amb la creació d'alguns centres comunitaris.

A mitjans dels 70, arriba a Europa el moviment de la reforma psiquiàtrica. Aquest està basat en el corrent psicossocial anglosaxó, el model francès de sectorització, la psicoteràpia institucional i el moviment antipsiquiatria italiana. Té com a objectiu externalitzar els malalts ingressats en psiquiàtrics i realitzar el tractament i reinserció en la comunitat.

A l'estat espanyol aquesta reforma arriba amb uns anys de retard, i fou amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat 14/1986, que s'establí la integració de l'assistència psiquiàtrica al Sistema Nacional de Salut. A partir d'aquí passà a dependre de l'estat i en les comunitats autònomes on s'havia produït una transferència , com Catalunya, passà a dependre del govern autonòmic.

En aquell moment només dos hospitals psiquiàtrics eren de titularitat pública, hospital psiquiàtric de Salt i la Clínica Mental de Santa Coloma. La Diputació de Tarragona contractava serveis a l'Hospital Pere Mata i la Diputació de Lleida, amb entitats d'altres províncies, Tarragona o Zaragoza.-

La Diputació de Barcelona tenia contractes amb Hospitals de Sant Joan de Déu, Benito Menni, Institut Municipal d'Assistència Sanitària i Hospitals Generals com l'Hospital Clínic o l'Hospital del Mar. L'any 1990, la Diputació signà un acord entre la Generalitat i les Diputacions i les funcions de gestió d'aquests contractes passaren a la Generalitat.

Fins aquell moment tota l'atenció psiquiàtrica pública contractada per les diputacions, era per població adulta. Per aquest motiu, l'any 1989, el Govern de la Generalitat, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social, posà en marxa una xarxa d'atenció específica als infants i adolescents amb problemes de salut mental. . Aquesta xarxa es formà bàsicament de centres concertats que inicialment s'anomenaven CAPIPS (actualment CSMIJs) i unitats d'hospitalització psiquiàtrica, vinculades a hospitals generals (Hospital Clínic i Hospital pediàtric Sant Joan de Déu).

La Xarxa de Salut Mental de Catalunya quedà creada oficialment pel Decret 213/1999 del 3 d'agost, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Aquest decret tipificava els diferents dispositius , diferenciant els recursos de població adulta i població infantil i juvenil i són: Centres de Salut Mental, Serveis d'urgències psiquiàtriques. Serveis d'hospitalització d'aguts, Serveis d'hospitalització de Subaguts. Serveis d'internament a la comunitat, Serveis d'hospitalització de llarga estada psiquiàtrica, Serveis d'atenció específica, Serveis d'hospitalització parcial, Serveis de rehabilitació comunitària, Serveis d'atenció en Unitats polivalents a la comunitat.

La provisió dels diferents serveis a Catalunya fou majoritàriament privada, amb una composició molt heterogènia que abastava des de fundacions benèfiques privades, organitzacions religioses, associacions de professionals o cooperatives de professionals. Algunes entitats proveïdores disposaven de pràcticament tots els recursos, altres eren petites i monogràfiques i altres formaven part d'hospitals generals.

Des de la creació dels primers recursos dirigits a l'atenció a la població infanto juvenil, la xarxa s'ha anat ampliant i diversificant amb la creació d'hospitals de dia infanto juvenils, centres de dia infanto juvenils... i en els darrers anys, unitats especialitzades en patologies com autisme, trastorns de la conducta alimentària, psicosis incipient, equips de suport comunitària i equips de suport a ensenyament

Aquesta diversitat estructural també ha anat lligada a una diversitat en la formació . A Catalunya, la formació dels professionals és diversa. Cal recordar que a data del 2020, l'estat espanyol és dels pocs països d'Europa que no té regulada encara l'especialitat de psiquiatria infantil i juvenil.

1.3.2 Situació de l'atenció al TDAH a Catalunya (fins l'any 2014-2015)

L'any 2014, Catalunya disposava de 53 Centres de Salut Mental Infanto juvenils (CSMIJS). L'evolució de la prevalença de casos atesos als CSMIJ havia sofert un increment important. La ja mencionada ampliació de CSMIJS al territori, així com la progressiva desestigmatització de la salut mental en el nostre país, van fer que incrementés l'accessibilitat dels nens i adolescents a les teràpies que progressivament es van anar adaptant millor a l'evidència científica.

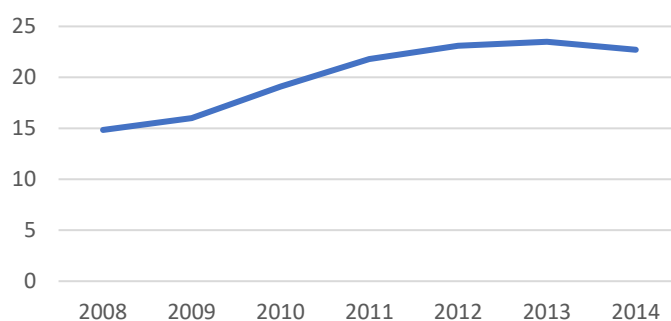
L'any 2014, es va atendre als CSMIJS de Catalunya un 3,9 % de la població catalana menor de 18 anys. (41)

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) en el període 2014 - 2015, el 4,3 % de la població de menys de 15 anys patia un trastorn de la conducta, hiperactivitat o dèficit d'atenció. (42)

La majoria d'aquests pacients es diagnosticaven i tractaven a l'atenció especialitzada, CSMIJS no pediatria d'atenció primària. L'any 2015, El 62,7% de les nenes i el 64,7% dels nens atesos havien estat visitats almenys una vegada a l'any en un centre de salut mental (CSMIJ); la resta exclusivament en l'atenció primària (43)

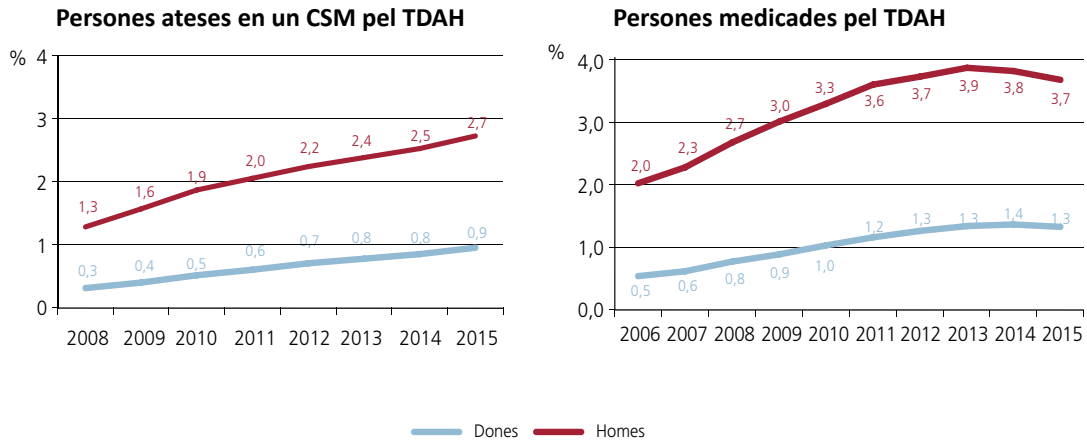
El percentatge de persones atesos en CSMIJ amb diagnòstic de TDAH es va incrementar el 191,7% en nenes i el 110,7% en nens durant el període 2008-2014: L'any 2008 representava un 14,84 % dels pacients atesos als CSMIJ i l'any 2014 era del 22,7 %, un total de 14217 menors de 18 anys (gràfic 1.2)

Aquesta xifra indicaria una prevalença de TDAH diagnosticat a la xarxa pública del 0.97% de la població catalana en aquesta franja d'edat.



Gràfic 1.2 : evolució de la prevalença de TDAH als CSMIJS de Catalunya, anys 2008-2014

A nivell de població general, el 1,3% dels nens catalans tenien diagnòstic de TDAH el 2008 i un 2,7% el 2015. Persones amb medicació prescrita a Catalunya pel TDAH era del 2% dels homes i 0,3 % de les dones el 2006 i 3,7 i 1,4 % respectivament el 2015. (gràfic 1.3)

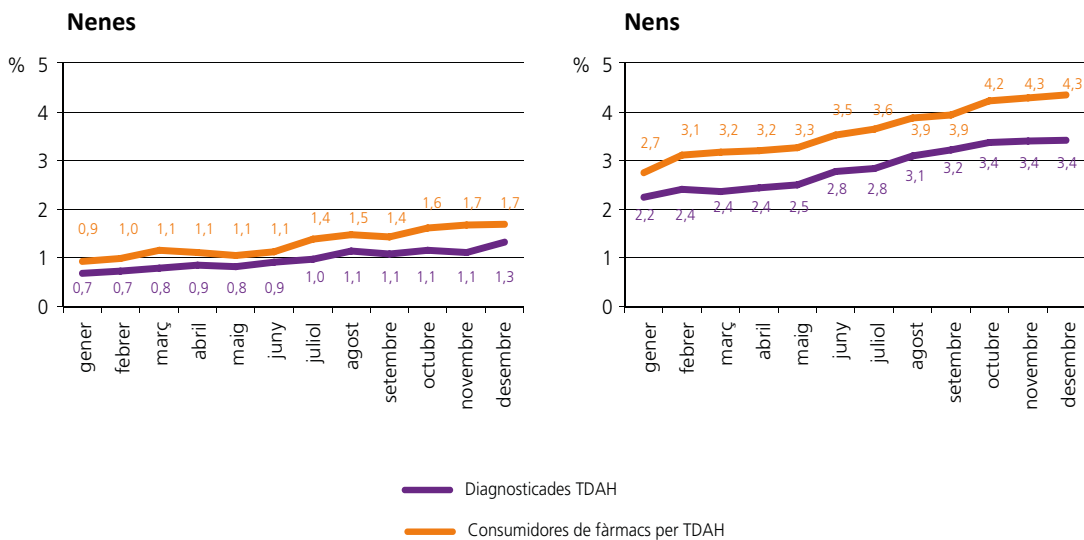


Gràfic 1.3: Percentatge de persones ateses amb diagnòstic de TDAH i de persones consumidores de fàrmacs pel TDAH 2006-2015

Cal senyalar que la situació a Catalunya era molt irregular i les dades variaven moltíssim segons centres i també per regions sanitàries. (44)

Les dades de percentatge de diagnòstic de TDAH en els casos atesos al CSMIJ del 2014 anaven des del 2.3 % al 56%.

En l'anàlisi de les dades de la població amb TDAH atesa als CSMIJs de Catalunya, s'observava que els nens nascuts a finals d'any, presentaven major prevalença de TDAH que els nens nascuts els primers mesos de l'any (gràfic 1.4)



Gràfic 1.4: percentatge de persones diagnosticades i tractades per TDAH segons el mes de naixement a Catalunya

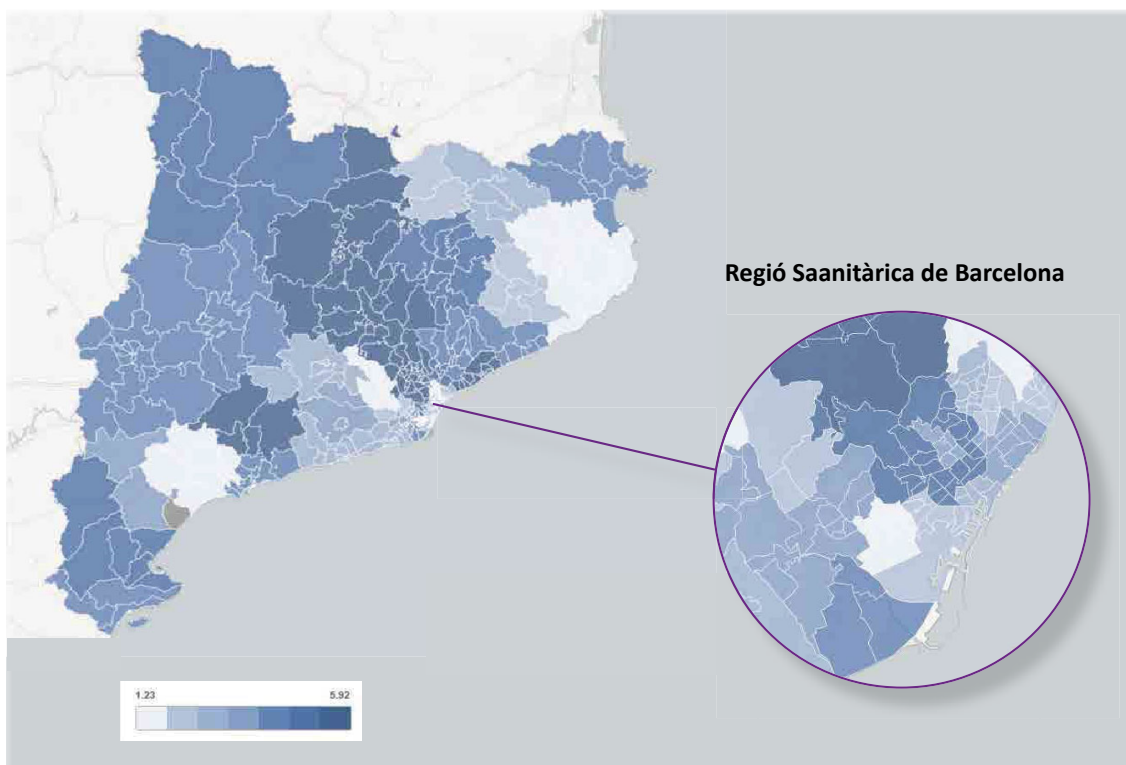
A nivell territorial, el percentatge de persones a 6 a 17 anys atesos per TDAH en un CSM el 2015 oscil·lava, segons territoris, entre el 0,2% i el 3,1% de les nenes i entre el 0,4% i el 7,4% dels nens. El quocient interquartil (p75/25) era proper a 3, per ambdós sexes.

Durant l'any 2014, un 55 % dels nens diagnosticats de TDAH van seguir un tractament familiar en els CSMIJs de Catalunya. Pel que fa al tractament farmacològic, l'any 2014, el

percentatge d' inici de tractament amb metilfenidat o atomoxetina en els nens i nenes diagnosticats de TDAH va ser del 65.54 % , però només un 35.97 % dels pacients amb TDAH feien un adequat compliment del tractament

Aquesta diversitat territorial s' observava també en el tractament d' aquest trastorn en el nostre territori.

Les dades de població medicada amb diagnòstic de TDAH, oscil·lava entre el 0,6% al 3,7% de les nenes i de l'1,8% al 8,0% dels nens (gràfic 1.5). En el grup d'edat de 12 a 15 anys, el percentatge de menors medicats assolía el 5,4% de les nenes i l'11,2% dels nens en algun territori. (44)



Gràfic 1.5 : diferències territorials en l'ús de psicofàrmacs pel TDAH Catalunya

L'informe de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població mostrava que aquelles poblacions amb menor nivell socioeconòmic consumien amb major proporció fàrmacs per al TDAH, però aquest gradient s'invertia a partir dels 12 anys, essent en aquell moment els fills de famílies més benestants qui presentaven major índex de medicació pel TDAH. (45)

2

Justificació

Amb el desenvolupament progressiu de la xarxa de salut mental infanto juvenil, i durant la primera dècada del 2000, es va anar posant de manifest les diferències descrites en l'apartat anterior en el diagnòstic i tractament del TDAH i altres trastorns de conducta i del neurodesenvolupament. Les organitzacions de familiars i professionals implicats, van començar a manifestar el seu malestar i es van iniciar una sèrie d'accions i demandes a l'administració pública. (46)

Així la resolució 84/VII del Parlament de Catalunya del novembre de 2007 (Annex 10.2.1), volent resposta a una proposta de tots els grups parlamentaris, instava al govern a revisar aquesta atenció, demanant un informe sobre l'atenció al trastorn de conducta i TDAH a Catalunya, una taula tècnica entre els departaments d'ensenyament i salut per a establir directrius d'atenció i que el pla de formació per a mestres i educadors contemplés aquest trastorn.

En resposta a aquesta resolució, el departament d'educació t va encarregar un informe a l'Observatori de Salut Mental de Catalunya (OSAMCAT), en aquell moment liderat pel Dr. Josep Moya, de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell i el va realitzar un grup de treball format per professionals sanitaris i d'educació (47)

Els resultats d'aquest estudi presentaven conclusions en els diferents àmbits analitzats, sanitaris, docents i familiars, i posava de manifest l'increment d'aquesta problemàtica i la preocupació dels docents i de les famílies per a poder donar-hi resposta. També va ser valuós per objectivar les importants diferències quantitatives i qualitatives en l'atenció al TDAH a Catalunya. L'estudi demanava que aquestes intervencions fossin coordinades més enllà de l'estricta intervenció sanitària, sobretot amb accions a l'escola.

També com a resposta a aquesta primera resolució i amb la intenció de millorar les accions a nivell educatiu, el Departament d'Ensenyament, amb l'assessorament de professionals sanitaris, va publicar el juny de 2013 unes pautes dirigides als docents per a facilitar els aprenentatges als alumnes amb TDAH en l'escolaritat primària i secundària a Catalunya: "El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu (48)

Les associacions de familiars de pacients amb TDAH (especialment Federació TDAH Catalunya i Fundació Adana) havien traslladat al Departament de Salut i amb una compareixença al Parlament de Catalunya, el malestar que generava en les famílies dels nens i nenes amb TDAH aquesta diversitat territorial en l'atenció al trastorn, tan en el diagnòstic com en les diferents formes d'abordatge (46)

Al desembre de 2014, una altra resolució del parlament, resolució 898/X (veure annex 10.2.2), d'acord amb l'article 146 del reglament, en una demanda d'intensificar el tractament comunitari, instava al departament de salut a desplegar el programa de

suport a l'atenció primària a les àrees bàsiques de salut i a desplegar un programa d'atenció a les escoles per reduir el fracàs escolar, demanant específicament un protocol específic per al TDAH. També feia èmfasi en facilitar instruments diagnòstics i terapèutics, evitant la sobre medicació i demanant donar a la família la informació i suport necessaris. Aquesta resolució també demanava promoure intervencions interdisciplinàries dels departaments de salut, benestar i família i educació, per donar respostes a tots els infants en situació de risc.

Amb la intenció de garantir els principis d'equitat, efectivitat i eficiència, i impulsar polítiques a favor de disminuir la variabilitat clínica no justificada, el Departament de Salut, a través del Consell Assessor de Salut Mental va encarregar el 2014, adaptar la "Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes" per la xarxa de salut mental la constitució d'un grup de treball per elaborar un Protocol pel maneig del TDAH a Catalunya.

L'elaboració del protocol, la versió final i la presentació es descriuen en el següent capítol.

Ja des de l'inici de l'elaboració del protocol, i com a encàrrec al grup de treball, es va dissenyar una proposta per a la seva implementació al sistema públic català, a la xarxa de CSMIJS de Catalunya, i es van elaborar uns criteris d'avaluació de procés i de resultats, que es descriuen en el protocol.

Una altra resolució del Parlament de Catalunya, Resolució 493/XI del febrer del 2017 (Annex 10.2.3) instava al Departament de Salut a fer una implementació territorial del protocol de TDAH a tot Catalunya i a avaluar els resultats d'aquesta implementació.

Per tal de valorar les dificultats en la implementació i valorar si es produïen els canvis esperats seguint la metodologia científica, la implementació es va realitzar en set CSMIJS pilot, que van ser escollits, no aleatoritzats, per la direcció del Pla Director de Salut Mental i els membres del grup de treball de TDAH. Posteriorment es van escollir CSMIJS control, aparellats per nivell socioeconòmic i entorn rural/urbà. El procés d'implementació també es descriu en el següent apartat.

Els resultats d'aquest treball de tesi doctoral, més enllà de l'interès científic, permeten també donar resposta a aquesta darrera resolució del parlament

3

Desenvolupament del projecte del protocol per al maneig del TDAH al sistema sanitari públic català

3.1 Elaboració del protocol

3.1.1 Composició del grup de treball

El Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental, va escollir els membres del grup de treball, d'acord amb el següent els següents criteris:

1. Professionals de referència en el diagnòstic i el tractament del TDAH a Catalunya, per la seva expertesa clínica i per la seva expertesa també en recerca.
2. Professionals que representessin els diferents col·lectius implicats en el diagnòstic i tractament sanitari del trastorn: psiquiatres, psicòlegs clínics i neuropediatres
3. Professionals amb responsabilitat en la gestió d'equips de salut mental infantil i juvenil,
4. Professionals tècnics de l'AQUAS (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya) per a vetllar pel rigor metodològic en l'elaboració del protocol i la proposta d'implementació
5. Professionals que representessin els diferents territoris de Catalunya
6. Professionals que representessin diferents formacions de base, que podien tenir una visió diferent del trastorn i la seva complexitat.

El grup finalment va tenir la següent composició

Coordinació

- Montse Pàmias – Presidenta Societat Catalana de Psiquiatria Infanto Juvenil i membre del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.
- Maria Claustre Jané – Vicedegana del COPC i membre del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.

Membres del grup

- José Ángel Alda – Psiquiatra infanto juvenil Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat
- Àurea Autet – Psiquiatra infanto juvenil. Fundació Althaia i Societat Catalana de Psiquiatria Infantil. Manresa
- Aitana Bigorra – Psicòloga Clínica infanto juvenil Hospital Universitari Mútua de Terrassa

- Carme Carrion - Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- Rosa Calvo – Psiquiatra infanto juvenil Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM
- Maria-Dolors Estrada – Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- Carla Jané – Pla Director de Salut Mental i Addiccions
- Adela Massana –Psiquiatra infanto juvenil Institut Pere Mata. Tarragona
- Rosa Nicolau – Psicòloga Clínica infanto juvenil Hospital Clínic de Barcelona
- Montse Palau – Psicòloga Clínica infanto juvenil. Fundació Orienta.
- Maite Pi – Psicòloga Clínica infanto juvenil. IAS Girona
- Joaquim Puntí – Psicòleg Clínic infanto juvenil. Societat Catalana d’Especialistes en Psicologia Clínica i membre de la SCRITC.
- Josep Antoni Ramos – Psiquiatra d’adults Hospital Vall d’Hebron. Barcelona
- Anna Sans – Neuropediatra. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat
- Miquel Sisteré – Psiquiatra infanto juvenil. Sant Joan de Déu Lleida.

3.1.2 Objectius del grup de treball

Aquest grup de treball tenia l’ indicació de :

Adaptar la “*Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*” per la xarxa de salut mental i addiccions de Catalunya i

Establir les recomanacions de coordinació amb el departament d’ensenyament i amb les seves guies d’atenció al TDAH publicades.

3.1.3 Mètode de treball

3.1.3.1 Primera fase

La “*Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes*” va ser distribuïda per la lectura i anàlisi als diferents membres del grup.

De les més de 70 recomanacions que inclou la guia, amb diferents reunions presencials dels membres del grup , es va debatre i es va consensuar la selecció de 10 recomanacions

de la guia: 3 recomanacions de diagnòstic i 7 recomanacions de tractament, seguint els següents criteris:

- a. el nivell d'evidència científica de la recomanació
- b. la heterogeneïtat de l'aplicació actual de les recomanacions en el nostre territori
- c. la possibilitat de donar resposta tan al diagnòstic com al tractament del trastorn
- d. la factibilitat de l'aplicació en els serveis de salut mental de Catalunya.

Les 10 recomanacions escollides per al protocol van ser:

1. Per al diagnòstic de TDAH en nens i adolescents es recomana usar els criteris diagnòstics del DSM-IVTR1 o de la CIM-106.

(recomanació 5.1.1 de la GPC. Nivell evidència: D)

El grup accepta l'ús de les dues classificacions diagnòstiques d'ús en el sistema de salut públic de Catalunya: CIE i DSM, en les versions actuals (annex 1 i 2: criteris diagnòstics)

2. El diagnòstic del TDAH en nens i adolescents ha de realitzar-se per un facultatiu amb entrenament i experiència en el diagnòstic del TDAH i les seves comorbiditats més freqüents.

(recomanació 5.2.2 de la GPC. Nivell evidència: D)

El grup considera que cal especificar com a facultatiu: (psiquiatra, psicòleg clínic, neuropediatra) per tal de garantir la validesa i precisió en el diagnòstic.

3. El diagnòstic del TDAH en nens i adolescents ha de fer-se mitjançant entrevistes clíniques als pares i al pacient, obtenció d'informació de l'escola, revisió dels antecedents familiars i personals, i exploració física i psicopatològica del pacient.

(recomanació 5.3.1 de la GPC. Nivell evidència: D)

Annex 3: informació dirigida a les famílies quan es fa el diagnòstic de TDAH

4. Es recomana l'aplicació d'un programa d'entrenament conductual per als pares dels nens i adolescents diagnosticats de TDAH, amb o sense comorbiditat.

(recomanació 7.1.2.1 de la GPC. Nivell d'evidència B)

Annex 3: Entrenament en tècniques cognitiu-conductuals per pares amb fills amb TDAH

5. Es recomana la teràpia cognitivo-conductual com a tractament inicial pel TDAH en nens i adolescents en qualsevol de las següents situacions:

- els símptomes del TDAH són lleus
- el impacte del TDAH és mínim
- hi ha una notable discrepància sobre la freqüència en la intensitat dels símptomes entre les pares o entre ells i els professors
- el diagnòstic de TDAH és incert
- els pares rebutgen l'ús de tractament farmacològic
- en nens menors de 5 anys (tot i que aquest grup d'edat queda fora de l'abast de la guia).

(recomanació 7.1.2.2 de la GPC. Nivell d' evidència D)

Algoritme 1: algoritme de decisió de tractament en nens i adolescents amb TDAH de la GPC.

6. Els nens i adolescents amb TDAH necessiten un programa d'intervenció Individualitzat a l' escola que inclogui aspectes acadèmics, socials i conductuals.

(recomanació 7.2.2.1 de la GPC. Nivell d' evidència B)

Aquestes recomanacions estan incloses en les guies de TDAH del Departament d'ensenyament: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors i guia per a EAP3,4.

7. El metilfenidat i la atomoxetina són els fàrmacs recomanats en l'actualitat per tractar el TDAH en nens i adolescents per la seva eficàcia i seguretat a les dosis recomanades

(recomanació 7.3.2.1 de la GPC. Nivell d' evidència A)

En el cas en que calgui intervenció farmacològica seguir Algorisme 2: algorisme de tractament farmacològic de la GPC.

8. La decisió respecte a quin fàrmac escollir s'ha de basar en:

- La presència de trastorns comòrbids (trastorns de tics, síndrome de Tourette, epilèpsia i ansietat)
- Els efectes adversos dels fàrmacs
- Les experiències prèvies de falta d'eficàcia
- Les condicions que afecten al compliment, per exemple, problemes associats amb la necessitat de prendre dosis a l'escola

- El potencial d'abús
- Les preferències del nen/adolescent i la seva família

(recomanació 7.3.5.1 de la GPC. Nivell d' evidència D)

9. Abans d'iniciar el tractament farmacològic s'ha de realitzar un examen físic que inclogui la mesura de la pressió arterial, freqüència cardíaca, pes i talla. S'han de buscar antecedents personals i familiars de malaltia cardiovascular, d'història de síncope relacionat amb l'exercici, o altres símptomes cardiovasculars .

(recomanació 7.3.12.1 de la GPC. Nivell d' evidència D)

10. En nens/nenes i adolescents amb TDAH moderat o greu es recomana el tractament combinat, que inclou el tractament psicològic conductual, el farmacològic i la intervenció psicopedagògica a l'escola.

(recomanació 7.4.2.1 de la GPC. Nivell d' evidència B)

Algorisme 1: algorisme de decisió de tractament en nens i adolescents amb TDAH de la GPC.

Els membres del grup van presentar la declaració d'interessos que va ser analitzada per part de les coordinadores del grup i membres del Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental, i que valoraven el possible conflicte d'interessos per a cadascuna de les recomanacions seleccionades. Aquesta es va fer pública junt amb el protocol.

3.1.3.2 Segona fase:

Durant les reunions de treball, es va elaborar també una proposta de les recomanacions per a coordinació amb el departament d'Ensenyament.

Tot i que la Guia espanyola no incloïa recomanacions en la detecció del trastorn, es va considerar que per donar una resposta global, i per respondre a les necessitats que havien plantejat les associacions de familiars de pacients amb TDAH, era molt important la coordinació especialment amb els Equips d'atenció Psicopedagògica (EAP), agents importants en la detecció i derivació des de les escoles i instituts d'educació secundària (IES).

Es van produir una sèrie de reunions amb responsables del Departament d'Ensenyament per tal de consensuar unes recomanacions que anirien aparellades amb les recomanacions que recollia la guia " atenció al TDAH des dels EAPs " que s'estava elaborant en aquell moment, i que seria utilitzada com a document intern i de treball de l'EAPs.

L'objectiu de les recomanacions era el de millorar en la coordinació dels serveis clínics i els equips de psicopedagogia del Departament d'Ensenyament per tal de garantir el tractament integral i integrat del TDAH, i eren les següents

1. Quan en un nen es detecten símptomes clínics de TDAH a l'escola i és valorat per l'EAP, s'iniciarà un procés seguint les recomanacions de la guia TDAH per als EAP del Departament d'Ensenyament⁴. Si els símptomes són moderats greus o amb aquestes mesures persisteixen les dificultats i la disfunció, d'acord amb la família, el nen serà derivat al CSMIJ de referència. L'EAP elaborarà un informe de derivació que inclourà l'observació escolar en els següents àmbits:

- Conducta
- Rendiment (en nens en etapa escolar, important adquisició de lectoescriptura)
- Relació amb altres nens
- Relació amb adults, professors
- Resum de les intervencions ja realitzades a l'escola

2. Al llarg del procés diagnòstic, tractament i seguiment de TDAH pels serveis clínics, les funcions de l'EAP seran:

- Facilitar assessorament, quan sigui necessari, en la recollida de dades o qüestionaris dirigits als mestres que es puguin sol·licitar des dels serveis clínics assistencials.
- Seguiment de les mesures acadèmiques, conductuals i socials a realitzar en l'entorn escolar en els nens amb TDAH (segons "El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu" Guia per a mestres i professors del departament d'ensenyament.³

3. Al llarg de l'escolaritat i mentre duri el seguiment mèdic i psicològic del nen, els equips del CSMIJ i l'EAP de referència han d'establir circuits de coordinació territorial per facilitar la informació rellevant en l'evolució clínica del nen amb TDAH.

En aquesta reunió amb els responsables del Departament d'Ensenyament, també es va consensuar que per al punt 6 del protocol, que es refereix al pla d'atenció a l'escola que ha de tenir qualsevol nen o adolescent amb TDAH, les recomanacions del protocol, enllaçarien amb les de la guia "El TDAH detecció i actuació en l'àmbit educatiu" publicat pel Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, l'abril del 2013.

Aquesta guia, dirigida als Mestres de primària i professors de secundària obligatòria, inclou indicacions per a detecció de signes de TDAH i unes recomanacions específiques de la relació entre escola i família quan l'alumne presenta aquest trastorn del

neurodesenvolupament, és exhaustiva en les intervencions a l'aula, detallades de la següent manera:

1. Gestió de l'aula

- 1.1. Pràctiques docents que incrementen el compromís i la implicació en les activitats d'aprenentatge
- 1.2. Fer visibles les normes i el temps
- 1.3. Organització i planificació de l'activitat dels alumnes de l'etapa d'educació secundària
- 1.4. Incrementar els incentius
- 1.5. Conseqüències del comportament inadequat
- 1.6. Protocol per valorar la gestió de l'aula per a les etapes d'educació infantil i educació primària
- 1.7. Protocol per valorar la gestió de l'aula per a l'etapa d'educació secundària
- 1.8. Protocol per a la informació i seguiment de les actuacions de l'equip docent

2. Suport personalitzat

- 2.1. Habilitats d'autocontrol i autogestió
- 2.2. Sistema d'incentius i de seguiment del progrés
- 2.3. Graella de valoració del sistema d'incentius i seguiment del procés
- 2.4. Models de registre de seguiment del progrés per a l'alumne
- 2.5. Autoinstruccions
- 2.6. Model de registre d'autoinstruccions
- 2.7. Reforçar l'autoestima

5.3. Pla individualitzat

3.1.3.3 Tercera fase:

Com a marc de referència per dissenyar el protocol d'implementació de la guia de maneig del TDAH es va utilitzar el Manual per a la implementació de guies del Sistema Nacional de Salut (32).

El sistema de treball va consistir en que per a cadascuna de les deu recomanacions

proposades, es va analitzar:

- a. els agents implicats en la seva implementació
- b. les barreres i els facilitadors identificats , tenint en compte:
 - a. el coneixement de la pràctica clínica
 - b. el nivell assistencial
 - c. la cultura organitzativa
 - d. els canvis que pot suposar la implementació
 - e. els recursos disponibles
 - f. els sistemes informàtics
- c. la implementació de les recomanacions seleccionades es va prioritzar també fent un barem quantitatiu , per tal de garantir la seva aplicabilitat.

Es van proposar un total de cinc accions per la implementació de les recomanacions de la Guia.

Cadascuna de les cinc accions contenia:

- a. referència a la recomanació o recomanacions del protocol
- b. a qui s'adreçava
- c. qui l'havia de dur a terme
- d. com s'havia de dur a terme
- e. quan s'havia de dur a terme
- f. les possibles barreres identificades pel grup de treball

Cadascuna de les accions proposades, contemplava uns indicadors de mesura, amb les següents característiques:

- a. descripció de l'indicador
- b. manera de mesurar-lo
- c. on s'havia de mesurar
- d. quan s'havia de mesurar

En aquest disseny del protocol d'implementació , amb uns indicadors de mesura del grau d'implementació per a cada acció tenia com a objectiu que es pogués vincular la implementació a mesures administratives, i obtenir uns resultats que poguessin mostrar unes millores clíniques en l'assistència al TDAH en el nostre país.

3.2 Presentació del protocol

Els resultats parcials del grup de treball de TDAH, després de les dues primeres fases descrites anteriorment es va presentar a la reunió ordinària del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del dia 22 de juliol de 2013 (Annex 10.3.1) Es van recollir les esmenes del Consell i es van integrar en el document en posteriors reunions del grup.

Es va presentar la tercera fase del projecte del protocol (propostes per a la implementació) en la reunió del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del dia 9 de desembre de 2013. (Annex 10.3.2)

Després de presentar-se el l' esborrany final del grup de treball , a demanda del Consell Assessor, es va fer una difusió a diferents organismes públics i privats de salut, educació i serveis socials de Catalunya, per recollir les seves esmenes.

Aquesta presentació va tenir una gran repercussió en diferents àmbits educatius, socials i sanitaris que van presentar propostes i esmenes.

Les principals esmenes al protocol que es van rebre al Departament de Salut, es van tenir en compte en el grup de treball i amb el suport de diferents membres del Consell Assessor de Salut Mental, es va donar per tancat el document.

El Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental aprova donar suport al document presentat final en la reunió del dia 17 de febrer del 2015.

La presentació oficial del "*PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB HIPERACTIVITAT (TDAH) INFANTO JUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ*" per part del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya es va produir el 6 de maig del 2015, presidida pel Director General de Planificació Sanitària, Sr. Carles Constante i el Director General de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya, Sr. Josep Maria Argimón.

Acte de presentació:

10.00 a 10.10 Inauguració

Sr. Josep Maria Argimon i Pallàs. Director de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUA).

Sr. Carles Constante i Beitia. Director General de Planificació Sanitària e Investigació en Salut.

10.15 a 11.15 Taula Rodona.

Moderador D. Pere Bonet i Dalmau. President del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions Departament de Salut.

Ponents:

Sra. M. Dolors Estrada. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUA). "Metodologia per a la implementació de les Guies de Pràctica Clínica".

Dra. Montserrat Pàmias y Sra. M. Claustra Jané. Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut.

Presentació del "PROTOCOL PARA EL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT (TDAH) INFANTIL I JUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ."

Sra. Elena O'Callaghan i Duch. Fundadora i Presidenta de l' Associació TDAH Catalunya, ex presidenta de la Federació Catalana d'Associacions de TDAH. *Per què és important aquest protocol per als afectats i les seves famílies?*

11:15 Clausura de l'acte.

Sra. Cristina Molina i Parrilla. Directora del pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut

La situació que tenia Catalunya els anys 2015-16, a la que he fet referència en el primer capítol, “situació actual del TDAH a Catalunya”, va propiciar que després de la presentació del protocol es produís una resposta de diferents sectors de la societat catalana posicionant-se a favor i en contra del protocol del Departament de Salut , que va sortir a la llum en diferents mitjans de comunicació.

Cal fer referència especialment a una sol·licitud de retirada del document signada per 112 associacions , algunes amb relació amb la sanitat de caire psicoanalític (Sociedad Española de Psicología Analítica, P&P Psicoanálisis y Sociedad. Centro de Investigación, Fórum Psicoanalítico de Barcelona, EPBCN Espacio Psicoanalítico de Barcelona...) o l’educació , però d’altres de dubtosa relació amb el contingut del document (Som Poble, El Vendrell , La Casa de la Paraula...)

Aquests consens que qüestiona tan el diagnòstic com el tractament basat en l’evidència del TDAH, va manifestar que el protocol era un símptoma de biopolítica i limitava el dret dels pacients de donar el significat que volien als seus símptomes. Algunes de les conclusions són les següents:

- *Este protocolo es un síntoma de la biopolítica: “conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general del poder”.*
- *La política de homogeneizar las prácticas clínicas sin un consenso real ya empezó con el Plan de atención integral a las personas con el llamado Trastorno del Espectro Autista (TEA). Ahora le sigue el Protocolo del TDAH, mañana se querrá regular la práctica clínica para medicalizar el denominado Trastorno Bipolar Infantil y pasado mañana se volverá a insistir en que el tratamiento no sea considerado un derecho sino una obligación a través del TAI. Tratamiento Ambulatorio Involuntario.*
- *Reivindicamos para esta sintomatología o síndrome el diagnóstico de neurosis o psicosis infantil, por ser el que mejor se ajusta a la psicopatología clásica evolutiva o del desarrollo.*
- *Así mismo, reivindicamos la libertad de elección de los pacientes para encontrar la significación de sus síntomas, a través de la relación terapéutica clínico-paciente de los diferentes tratamientos psicológicos existentes.*

Aquest document, enviat massivament als parlamentaris i també a diferents sectors de la societat, junt amb queixes que havia rebut prèviament sobre el tractament del TDAH a Catalunya, va motivar una resposta en forma de resolució per part del Síndic de Greuges (veure annex 10.4)

No només aquestes organitzacions de professionals, sinó també els mitjans generalistes, van escriure articles d'opinió sobre el protocol català que s'havia consensuat i s'havia presentat ja oficialment:

Article de ABC, Padre e hijos, 14 de gener del 2016

Un total de 112 asociaciones de profesionales, docentes, trabajadores sociales y familiares han pedido la retirada del protocolo para el manejo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) infantil y juvenil presentado por el Sistema Sanitario Catalán. Para ello estas entidades, entre las que destacan la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, o la Sociedad Española de Psicología Analítica, han elaborado un manifiesto en el que explican sus razones.

En su argumentario dichas asociaciones denuncian que este protocolo supone «patologizar y medicalizar la vida en general y la infancia y adolescencia en particular»: «No podemos pensar que estamos ante una epidemia, pero si ante una una inflación diagnóstica en estas dos etapas de la vida», matiza Mikel Munarriz, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría..

Altres mitjans, com la televisió pública catalana, va donar peu a generalitzar opinions, amb programes com "Retrats" dirigit i presentat pel periodista Jaume Barberà, amb el documental "TDAH: Realitat o ficció" a l'abril del 2015, i retransmès en diverses ocasions per TV3, en que es va generar un debat entre la línia científica i amb visió integral del trastorn que recollia el protocol català de TDAH, defensada per la coordinadora del protocol i presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil, i la corrent que afirmava la no existència del TDAH, defensada pel Dr. Marino Pérez, catedràtic de la Universitat d' Oviedo

<https://www.ccma.cat/tv3/alcarta/retrats/tdah-realitat-o-invencio/video/5489913/>

Cal dir, que el protocol per al maneig del TDAH al sistema sanitari públic català va rebre el suport unànime de les societats científiques de salut mental i de pediatria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, i de les associacions de familiars de TDAH, amb cartes de posicionament que van fer arribar al Departament de Salut (veure annex 10.5)

3.3 Implementació del protocol

Després de la presentació del protocol pel maneig del TDAH al sistema sanitari públic català, en el darrer trimestre de 2015, i seguint amb les indicacions del document presentat, es va iniciar la fase d'implementació del protocol.

D'acord amb la direcció del Pla Director de Salut Mental del Departament de Salut, i en base a criteris de prevalença atesa, dispersió en el territori i la coordinació entre els equips de salut mental infanto juvenil i els equips d'ensenyament, es van seleccionar de manera no aleatòria 7 CSMIJs com a territori pilot per a la implementació del protocol.

Els territoris seleccionats per a la implementació van ser:

- CSMIJ de Terrassa
- CSMIJ de Manresa
- CSMIJ de Sant Cugat
- CSMIJ de Cornellà
- CSMIJ de Rubí
- CSMIJ de Sabadell
- CSMIJ de Cerdanyola-Ripollet

Es va tenir en compte com a factors facilitadors per a la implementació del protocol en aquests territoris:

1. Presència de professionals innovadors i amb orientació a treballar segons evidència científica
2. Coordinació fluida d'aquests centres sanitaris amb els corresponents responsables del departament d'Ensenyament.
3. Territoris amb tradició de treball interdisciplinari i en xarxa
4. Líders territorials de referència en el coneixement del trastorn i bons coneixedors del protocol.
5. Demandes dels pacients de ser tractats amb fàrmacs amb evidència. Influència de les associacions de familiars

En aquests territoris pilot, les barreres específiques identificades eren:

1. Zones on ja hi havia elevada prescripció de fàrmacs indicats per al TDAH, segons dades globals del CMBD
2. Manca de temps, zones amb elevada càrrega assistencial
3. Rotació de professionals
4. Equips assistencials vinculats a estratègies de recerca i universitats.

El projecte d'implementació va constar de de diferents estratègies d'implementació

1. Intervencions orientades als professionals en tot Catalunya :
 - a. Presentació general del protocol, que s'havia realitzat al maig per a tot Catalunya.
2. Intervencions orientades als professionals en els territoris pilot:
 - a. Reunions específiques a cada territori, amb els agents implicats: professionals dels CSMIJ, professionals dels Equips d'atenció Psicopedagògica, i responsables del departament de salut i inspecció d'ensenyament, amb els objectius de (DATES)
 - b. Donar a conèixer el protocol i analitzar-lo a nivell local
 - c. Analitzar a cada territori les barreres que podien sorgir de l'aplicació del protocol
 - d. Analitzar a cada territori els facilitadors que podrien sorgir de l'aplicació del protocol
 - e. Consensuar solucions locals per a les coordinacions
 - f. Formació específica per a l'aplicació, en funció de les necessitats.
 - g. Es deixa la possibilitat de donar suport a dificultats que puguin sorgir en l'aplicació del protocol per part del grup de treball de TDAH del Pla Director de Salut Mental del Departament de Salut
3. Intervencions organitzatives en els territoris pilot:
 - a. Revisió dels rols professionals en els equips interdisciplinaris:
 - i. aplicació de la intervenció en parets per psicòlegs clínics
 - ii. prescripcions farmacològiques en els nens amb TDAH en CSMIJ o en AP
 - iii. continuïtat assistencial: desplegament parcial del Programa de Suport a la Primària

- iv. coordinació amb ensenyament: detecció per part EAP i sobretot implementació del suport escolar en el TDAH (recomanació 6 del protocol)
- b. Canvis en el sistema de registrar els símptomes en el historia clínica: insistència en recollir els símptomes que inclou el DSM o CIE per al diagnòstic, no prova específica

4. No implementar intervencions econòmiques

5. Intervencions reguladores

- a. Explicar l'ús dels sistemes d'informació habituals per a les dades (aquests sistemes són els d'us per al registre de l'activitat clínica i de tractament que el Catsalut recull i en part es publica a la Central de Resultats de AQUAS)
 - i. Registres CMBD de diagnòstic i procediments clínics (s'analitzaran els tres primers diagnòstics assignats a cada usuari)
 - ii. Registre de dispensació farmacològica del Catsalut (anàlisi de psicofàrmacs. Fàrmacs indicats en cada moment a l'estat espanyol per al tractament del TDAH)
- b. Compromís d'informar dels resultats de la implementació del protocol i de l'avaluació de manera quantitativa després de dos anys (2016-2017).

4

Hipòtesis i objectius

Objectius

Objectiu principal

Avaluar els efectes de la implementació del protocol per al maneig del TDAH infanto juvenil en el sistema sanitari català en la prevalença de diagnòstic de TDAH en població clínica.

Objectius secundaris

1. Avaluar els efectes de la implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català, en l'ús de la teràpia conductual per a pares, com a primera intervenció en TDAH.
2. Avaluar els efectes de la implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català, en l'adequació de l'ús de psicofàrmacs en el TDAH.
3. Avaluar els efectes de la implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català, en les urgències de traumatologia en els pacients amb TDAH.

Hipòtesis

Hipòtesis principal

La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català redueix la variabilitat en la prevalença de diagnòstic de TDAH en els diferents CSMIJs de Catalunya.

Hipòtesis secundàries

1. La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català incrementa l'ús de teràpia conductual per a pares en els nens diagnosticats de TDAH
2. La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català millora l'adequació del tractament farmacològic:
 - a. incrementa l'ús de metilfenidat atomoxetina, lisdesanfetamina i guanfacina com a fàrmacs amb indicació per al TDAH.
 - b. redueix l'ús de psicofàrmacs no indicats per aquest trastorn en nens amb TDAH.
3. La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català redueix el nombre d'urgències per fractures en pacients amb TDAH.

5

Metodologia

5.1 Tipus d'investigació

Estudi prospectiu controlat no aleatoritzat de la implementació pilot del protocol de maneig del TDAH en sistema sanitari públic català.

5.2 Població d'estudi

La mostra està formada pels pacients menors de 18 anys amb diagnòstic de TDAH , que van fer la primera visita durant els anys 2014-2015 (T0) i 2016-2017 (T1) , en 7 CSMIJ de Catalunya, actius on es va implementar el protocol i 7 CSMIJ control.

Per a la dispensació farmacològica es tindrà en compte tots els pacients amb diagnòstic de TDAH dels CSMIJ de l'estudi.

La població de referència dels territoris pilot , és de 250.209 persones menors de 18 anys (d'un total de 1.410.081 de Catalunya)(taula 5.1)

CSMIJ	Població de referència	Persones ateses	Nombres de vistes	Incidència de PV	Edat mitjana PV
Manresa	48.973	3.647	16.164	2,7	11,0
Cerdanyola	25.130	1.064	6.114	1,9	11,0
Cornellà	34.145	1.562	10.431	1,6	11,0
Rubí	18.320	766	5.460	1,5	10,8
Sabadell	49.469	2.802	14.619	1,8	11,0
Sant Cugat	20.448	905	3.808	1,6	11,6
Terrassa	53.724	2.498	12.508	1,6	11,3
Total	250.209	13.244	69.104	1,8	11,1

Taula 5. 1: Descripció general de la població dels CSMIJ dels territoris pilot (dades 2014)

S'escullen com a territoris pilot, 7 CSMIJ de Catalunya en els quals no es va implementar el protocol (mostres aparellades per nivell socioeconòmic i per entorn rural/urbà). Població de referència 255.741 menors de 18 anys. (taula 5.2)

CSMIJ	Població de referència	Persones ateses	Nombres de vistes	Incidència de PV	Edat mitjana PV
Tarragona	50.408	1.854	8998	1,2	10,5
Nou Barris	26.418	1.808	13.492	2,5	10,7
Eixample	35.319	1.177	13.907	1,0	12,0
Tortosa	16.060	747	3.267	1,9	10,7
Hospitalet	43.807	1.846	14.585	1,8	10,5
Gràcia	16.961	966	9.921	2,0	10,9
Lleida	66.768	3.633	24.202	2,0	10,7
Total	255.741	12.032	88.372	1,77	10,85

Taula 5.2: Descripció general de la població dels CSMIJ dels territoris control (dades 2014)

5.3 Pla d'implementació

Tot i que hi va a ver una presentació informativa a nivell de tot Catalunya, en els territoris pilot es va dur a terme un pla d'implementació amb estratègies orientades als professionals, estratègies organitzatives i estratègies reguladores (veure capítol 3, desenvolupament del projecte).

5.4 Variables de l' estudi

De totes els pacients dels CSMIS de l'estudi i dels anys 2014 al 2017 s'estudien les variables:

1. Tres primers diagnòstics en totes les primeres visites en el CSMIJ amb edat i gènere.
2. De tots els pacients amb diagnòstic de TDAH en la primera visita (codis CIE 9: 314, 314.0, 314.8, 314.1, 314.2)

- a. Nombre i tipus de visites de seguiment a salut mental
 - b. Episodis d'assistència a urgències i diagnòstics
 - c. Dates i duració de les hospitalitzacions aguts
 - d. Dates i duració de les hospitalitzacions de salut mental
3. Dispensació farmacològica de tots els pacients que tinguin diagnòstic de TDAH (codis CIE 9: 314, 314.0, 314.8, 314.1, 314.2)

5.5 Extracció i administració de les dades

El mètode de l'estudi es centra en l'anàlisi de les dades declarades al CMBD de la Generalitat de Catalunya per part dels CSMIJ, i les dades de prescripció i consum farmacològic del Servei Català de la Salut.

El registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària elaborat a partir de la informació facilitada per tots els centres sanitaris de Catalunya. El CMBD s'inicià formalment amb l'Ordre del 23 de novembre de 1990, amb hospitalització d'aguts i el 2003, el registres de CMBD ja unifiquen la informació i la definició de variables comunes a totes les xarxes (atenció primària, sociosanitari i salut mental ambulatoria)

Les dades de prescripció i consum farmacològic són dades registrades pel Servei de farmàcia del Servei Català de la Salut, de la Generalitat de Catalunya, a través de les receptes mèdiques en el territori.

Ambdues bases de dades són gestionades per l'Agència Catalana d'Avaluació i Qualitat (AQUAS) de la Generalitat de Catalunya.

Es va realitzar un acord de col·laboració per investigació amb aquesta entitat (AQUAS) específic per aquest estudi. L'estudi va estar avaluat i aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació Científica de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CEIC 2016/640)

Els diagnòstics clínics recollits en el nostre sistema de registre (CMBD) són realitzats per especialistes dels CSMIJs, psicòleg clínics i psiquiatres

Per aquest estudi es van seleccionar els pacients amb primera visita amb diagnòstic de TDAH (314, 314.0, 314.8, 314.1, 314.2) com a Diagnòstic principal i també com a diagnòstic secundari (fins a DS 3), per tal de determinar la prevalença de diagnòstic de TDAH en tota la mostra clínica de diagnòstics.

Per estudiar altres variables clíniques lligades al diagnòstic, també es van seleccionar les visites a urgències i els diagnòstics d'urgències, i les hospitalitzacions a salut mental i a hospital general de tots aquests pacients amb diagnòstic de TDAH que havien tingut una primera visita en aquests períodes i en aquests territoris.

Es van comparar el resultat de les variables quantitatives en dos períodes temporals T0 de 1/1/2014 a 31/12/2015 i T1 de 1/1/2016 a 31/12/2017, per estudiar les diferències entre els resultats basals i després de la implementació, tan en la població pilot com en la població control.

Les dades de tractament farmacològic són les dispensacions de farmàcia, corresponents a tot els pacients amb diagnòstic de TDAH, en els mateixos territoris i en els dos períodes estudiats. En aquest cas les dades de tractament farmacològic corresponen a tota la dispensació de pacients amb diagnòstic de TDAH, no només els casos incidents

Estudiant aquestes prescripcions, es va analitzar els pacients amb almenys una dispensació d'una prescripció amb indicació per al TDAH en cadascun dels dos períodes d'estudi corresponents als codis N06BA09, N06BA04, N06BA12 I C02AC02 (ATC o Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química)

5.6 Anàlisi de dades

Per a l'anàlisi estadístic s'utilitzà el software R, versió 3.5.2 (20-12-2018) (The R Foundation for Statistical Computing, <http://www.r-project.org>) amb l'entorn R Studio (RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA, <http://www.rstudio.com>) per treballar amb els codis i les bases de dades. Les següents llibreries es van instal·lar per treballar amb l'estadística: MASS, epiDisplay, data.table, RcmdrMisc, gdata, tidyverse, plyr, dplyr.

El motiu per utilitzar el software R va ser el haver de fer un maneig d'un volum important de casos que dificultaria el seu maneig per altres paquets estadístics convencionals. Mitjançant aquest software es van crear bases de dades específiques per a cada anàlisi partint de diferents bases de dades (CMBD, prescripció farmacèutica). Donat que totes les bases de dades tenen un identificador comú per a cada persona, es va considerar aquest identificador per a fusionar les bases de dades en una nova base de dades de treball. Aquest identificador comú, que és el que utilitza l'agència AQUAS per a gestionar informació sanitària, està present en totes les base de dades mare i és el que ha permès utilitzar el software R per a fusionar informació provinent de diferents agents.

Depenent de l'anàlisi es van realitzar filtrats i recodificacions per assignar a cada cas si complia una determinada condició. Per posar un exemple, en l'anàlisi de la prescripció farmacològica referent a fàrmacs TDAH, es realitzava primer un filtrat dels casos que tenien un diagnòstic TDAH en algun moment del període de l'estudi (donat que podien tenir diferents diagnòstics) i que havien participat en algun dels grups d'estudi (intervenció o control). Aquesta informació era provinent de les bases de dades del CMBD. Posteriorment, en les bases de dades de farmàcia, per a cada identificador (pacient), s'indicava com una variable dicotòmica si havia pres un determinat fàrmac en el període en qüestió. Donat que un identificador pot aparèixer varies vegades en la base de dades de prescripció farmacològica (poden haver-hi varies receptes d'una mateixa persona), es feia també un filtrat per a que només hi hagués un pacient per cada anàlisi. Posteriorment es feia una fusió de les dues bases de dades (CMBD, amb la informació diagnòstica i de grup d'intervenció; prescripció farmacològica, amb la informació del tractament) en una nova base de dades que era amb la que es realitzava l'estadística.

Per a la comparació de variables categòriques entre dos grups es va utilitzar la prova de χ^2 de Pearson i es va considerar un valor $p < 0.05$ com a estadísticament significatiu. Aquest anàlisi permet comparar proporcions entre grups: comparar la prevalença de TDAH entre centres pilot i control; comparar la proporció d'ús de teràpia conductual i de psicofàrmacs en les hipòtesis secundàries de l'estudi; comparar les diferències en dades assistencials d'hospitalitzacions en salut mental i hospitals generals (urgències de traumatologia i fractures).

6

Resultats

6.1 Resultats en prevalença de TDAH

En el període 2014-15, previ a la implementació del protocol de TDAH de Catalunya, 3966 pacients van ser diagnosticats de TDAH en les dues zones (casos i controls). Aquestes zones de Catalunya, tenen a una població menor de 18 anys, de 250.000 persones, cadascuna.

En el territori pilot, el diagnòstic de TDAH (entre els tres primers diagnòstic) es realitzava en 2328 (30,06%) dels pacients atesos en el CSMIJ que havien fet una primera visita durant aquests anys, i en el territori control es realitzava en 1638 pacients, un 21,69 % dels casos.

Aquestes diferències són significatives (χ^2 $p < 0.05$) i mostren la realitat de la diversitat en l'atenció en el nostre país (Taula 6.1).

	Primeres CSMIJs	No Dx TDAH	Dx TDAH	
CSMIJ CASOS	7.743	5.415	2.328	30,06%
CSMIJS CONTROLS	7.551	5.913	1.638	21,69%

Taula 6.1: anys 2014-15, període pre implementació

Després de la implementació del protocol, en el territori pilot, el diagnòstic es manté sense diferències significatives (30.1 % dels casos atesos), mentre que en el territori control, es produeix un increment en el diagnòstic dels casos , fins al 24,51% (taula 6.2)

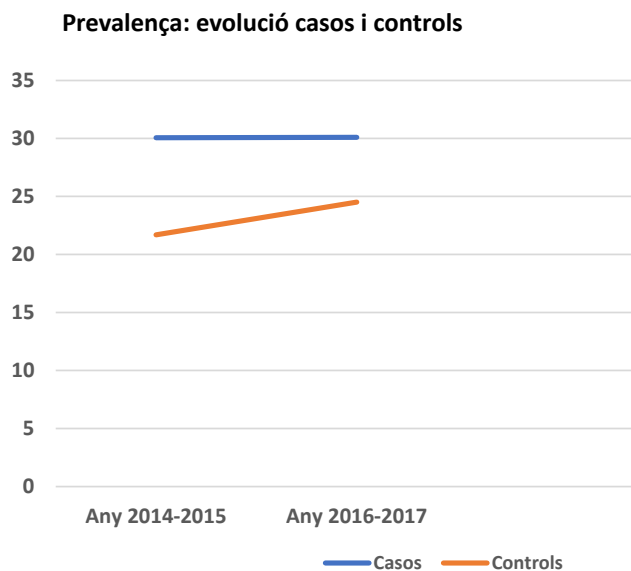
	Primeres CSMIJs	No Dx TDAH	Dx TDAH	
CSMIJ CASOS	11.461	8.006	3.455	30,14%
CSMIJS CONTROLS	11.667	8.762	2.845	24,51%

Taula 6. 2: anys 2016-17, període post implementació

S' objectiva una homogeneïtzació significativa en la prevalença de diagnòstic de TDAH en les primeres visites a psiquiatria infantil en el territori (taula 6.3 i gràfic 6.1). En els casos la prevalença en mostra clínica es manté sense canvis, mentre que en els controls incrementa de manera significativa ($\chi^2 p < 0.05$), seguint la tendència a Catalunya des de 2008 (veure capítol 1, Introducció).

	Anys 2014-15	Anys 2016-17
CSMIJS CASOS	30,06	30,14 n.s
CSMIJS CONROLS	21,69	24,51 (*)

Taula 3: percentatge de diagnòstic de TDAH en primeres visites a CSMIJ



Gràfica 1 evolució de la prevalença en els CSMIJs casos i CSMIJs controls

6.2 Resultats en tractament farmacològic en TDAH

En el període 2014-15 un 43% de tots els nois i noies amb diagnòstic de TDAH i dispensació farmacològica, en els centres del territori pilot, prenen un tractament indicat per al TDAH en la GPC: metilfenidat, atomoxetina o lisdexanfetamina. En canvi, en els centres del grup control només un 29.95% dels nois tenien registrada la prescripció recomanada, presentant diferències significatives a nivel basal ($\chi^2 p < 0.05$).

Després de la implementació del protocol, es produeixen canvis significatius en els dos grups. En els centres del territori pilot, el tractament amb metilfenidat, atomoxetina, lisdexanfetamina i guanfacina passa al 60% i, en canvi, en els centres del territori control arriba al 39.5%. (taula 6.4)

	Anys 2014-15	Anys 2016-17
CSMIJS CASOS	43,84	60,29(*)
CSMIJS CONROLS	29,59	40,45 (*)

Taula 6.4: Evolució del percentatge de prescripció de fàrmacs indicats en pacients amb tractament farmacològic i diagnòstic de TDAH.

En relació a l'ús de benzodicepines en els pacients amb diagnòstic de TDAH en els que no té una indicació adequada, observem que en el territori pilot passem d'un 10,6% en el període 14-15 a un 6,9% en el període 16-17, essent aquestes diferències estadísticament significatives ($\chi^2 p < 0.05$). En els centres del territori control no s'observa aquest canvi (taula 6.5).

	Anys 2014-15	Anys 2016-17
CSMIJS CASOS	10,60	6,91 (*)
CSMIJS CONROLS	9,93	8,96 (n.s)

Taula 6.5: Evolució del percentatge de prescripció de benzodicepines en pacients amb tractament farmacològic i diagnòstic de TDAH entre CSMIJS actius i controls.

6.3 Resultats en urgències i fractures en TDAH

Ens aquests 4 anys, en el global de pacients diagnosticats de TDAH, s'han produït 26919 urgències, de les quals 6546 són urgències de traumatologia,

No hi ha diferències significatives en el nombre d'urgències globals, ni en el % de fractures els pacients amb diagnòstic de TDAH entre el període pre i post implementació en els dos grups (taules 6.6 i 6.7)

	Anys 2014-15	Anys 2016-17
CSMIJS CASOS	7.525	7.761
CSMIJS CONROLS	5.520	6.113

Taula 6.6: Evolució de les visites a urgències en pacients diagnosticats de TDAH

	Anys 2014-15	Anys 2016-17
CSMIJS CASOS	1,3	1,5
CSMIJS CONROLS	2,4	2,7

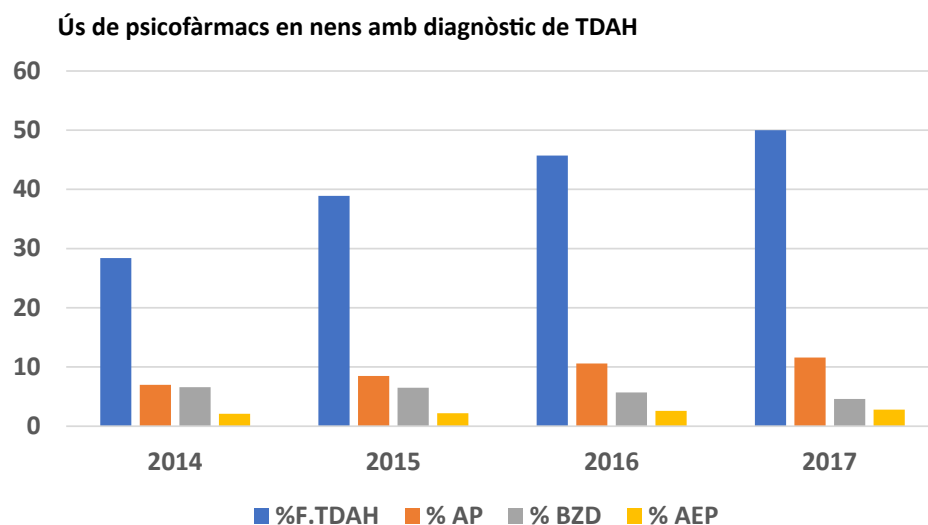
Taula 6.7: Evolució de les visites a urgències per fractures en pacients diagnosticats de TDAH

S'observa una diferència inicial en el % d'urgències per fractures entre la població cas i la població control 1.3 vs 2.4 que és estadísticament significatiu ($p < 0.5$) i es manté en el període post implementació.

S'ha realitzat un anàlisi dels tractaments farmacològics prescrits: fàrmacs indicats per TDAH, antipsicòtics (AP), benzodiazepines (BZD) i antiepilèptics (AEP) a tots els pacients amb diagnòstic de TDAH dels 14 CSMIJS de l'estudi que acudeixen a urgències en el període 2014 al 2017 (taula 6.8 i gràfic 6.2)

	% F.TDAH	% AP	% BZD	% AEP	Urgències totals pacient TDAH
2014	27,4	7,0	6,6	2,1	6.182
2015	38,9	8,5	6,5	2,2	6.453
2016	45,7	10,6	5,7	2,6	6.521
2017	50,5	11,6	4,6	2,8	6.559

Taula 6.8: Percentatge de prescripció de psicofàrmacs en menors amb TDAH que acudeixen a urgències



Gràfic 6.2: evolució de l'ús de psicofàrmacs en nens amb diagnòstic de TDAH i que acudeixen a urgències

Les fractures diagnosticades al serveis d' urgències del Catsalut de nens amb diagnòstic de TDAH dels 14 CSMIJs de l'estudi han estat de 420 entre els anys 2014 i 2017, repartides (taula 6.9)

	Nº frac
2014	88
2015	94
2016	119
2017	119

Taula 6.9: nombre de fractures de nens amb TDAH dels 14 CSMIJs de l'estudi del 2014-2017

S'ha analitzat el risc de fractura en funció dels quatre grups de psicofàrmacs rebuts, combinant les dades de les dues bases de dades, prescripció de fàrmacs i fractures registrades als hospitals per any. En els resultats mostrats a la Taula 6.10 no s'observen diferències significatives en cap dels anys analitzats.

2014	No Fractura	No fractura	sig
Fàrmac TDAH	28,5	24,3 %	n.s.
AP	6,75	7	n.s.
BZD	6,64	6,75	n.s.
AEP	2,1	4,05	n.s.

2015	NO Fractura	Fractura	sig
Fàrmac TDAH	38,9	35,9 %	n.s.
AP	8,53	8,97	n.s.
BZD	6,5	7,7	n.s.
AEP	2,2	5,1	n.s.

2016	NO Fractura	Fractura	sig
Fàrmac TDAH	45.7 %	47 %	n.s.
AP	10,6 %	13 %	n.s.
BZD	5,7 %	8 %	n.s.
AEP	2,6 %	2 %	n.s.

2017	NO Fractura	Fractura	sig
Fàrmac TDAH	50,6 %	46,9 %	n.s.
AP	11,6 %	9,2 %	n.s.
BZD	4,7 %	3,1 %	n.s.
AEP	2,8 %	2 %	n.s.

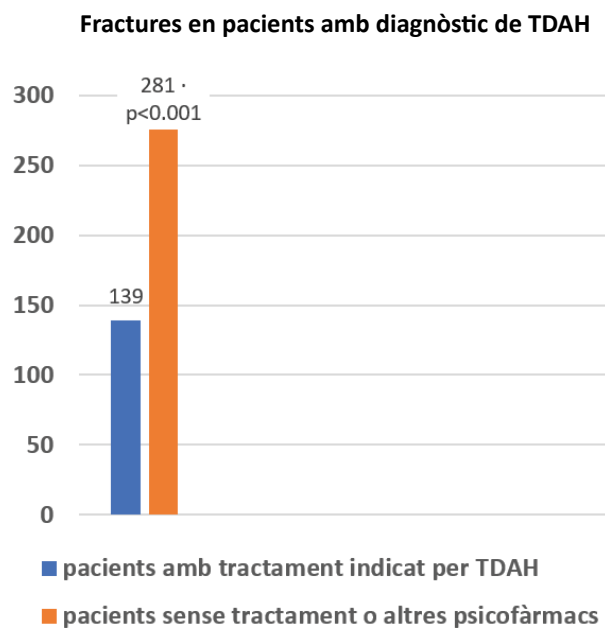
Taula 6.10: Percentatge de tractament en pacients amb TDAH que acudeixen a urgències amb i sense diagnòstic de fractura, 2014-2017 (χ^2)

Tot i això en l'anàlisi per anys, s'observa una progressiva millora en l'adequació de l'ús de fàrmacs indicats per al TDAH en la GPC. Encara que no hi ha significació estadística, també s'observa una tendència en la reducció del % de fractures en nens medicats adequadament i en relació al % de fractures en nens no medicats o bé medicats amb altres fàrmacs no indicats.

En **Anàlisi global de fractures del 2014 al 2017**, s'observa una diferència estadísticament significativa ($\chi^2 p < 0,01$) entre el % de nens amb fractures entre els nens diagnosticats de TDAH i medicats adequadament pel TDAH versus els nens diagnosticats de TDAH i no medicats o medicats amb altres psicòtrops (taula 6.11, gràfic 6.3)

		No Fractura	Fractura	Valor p
F.TDAH	No	14.941	281	0,0009 *
	Si	10.424	139	
AP	No	22.965	386	0,35
	Si	2.400	34	
BZD	No	23.878	398	0,588
	Si	1.487	22	
AEP	No	24.747	409	0,809
	Si	618	11	
TOTAL		25.365	420	

Taula 6.11: Diferències en nombre d'urgències de pacients amb TDAH amb i sense fractura en funció del tractament amb psicofàrmacs (χ^2 $p < 0.001$)



Gràfic 6.3: Pacients amb TDAH a urgències: fractures i tractament

7

Discussió

Els resultats d'aquest treball mostren que es produeix una disminució significativa de la diferència de prevalença en el diagnòstic de TDAH en els dos territoris després de la implementació del protocol. Aquest era l'objectiu principal del desenvolupament del projecte en el departament de salut i la principal hipòtesis del nostre estudi. Les diferències de diagnòstic de TDAH observades en situació basal en mostres clíniques en el territori no tenien una explicació raonable i motivaven malestar entre familiars i pacients.

Els beneficis de l'aplicació d'una guia clínica en una població, no és nova en la literatura. El US Multimodal Treatment of ADHD (MTA) (49) va ser el primer estudi en establir els beneficis de la protocol·lització del tractament farmacològic en TDAH, així com a estudiar estratègies terapèutiques amb beneficis a curt i mig termini. Posteriorment aquestes mesures de protocol farmacològic per al trastorn es van introduir en la guia NICE (27).

La tendència a l'increment de la prevalença de TDAH atesa als CSMIJs en el territori control (sense implementació) és l'esperable segons l'evolució que mostrava dels anys anteriors al global de Catalunya, des del 2008, mentre que l'estabilització en el territori pilot, mostra un canvi de tendència després de la implementació. (44) . Caldria fer seguiment posterior al 2017, per saber si aquests efectes es mantenen a més llarg termini.

Actualment no coneixem cap estudi que hagi demostrat beneficis en l'aplicació de guia clínica en TDAH en el territori espanyol. En aquest sentit els nostres resultats donen suport experimental a la generalització de l'aplicació de guies en aquells territoris de l'estat, en que també hi ha una variabilitat clínica injustificada en el diagnòstic clínic del TDAH .

En la implementació de la GPC de TDAH, només es pot donar resposta al diagnòstic i tractament del trastorn en si, sense contemplar l'atenció a les comorbiditats. El TDAH, és un trastorn que molts cops té una presentació complexa i elevada comorbiditat. Recentment (50), han publicat GPC per al TDAH complex. Amb una proposta de 5 accions concretes en el diagnòstic i tractament i indicacions per a la implementació a USA d'aquestes recomanacions.

Més recentment, la pandèmia COVID19, amb la restriccions imposades per la seguretat dels pacients, també han produït canvis en la manera de diagnosticar i tractar el TDAH, tal i com es recull en la guia específica per TDAH en aquest període (51)

L'evidència científica ens indica que el tractament del TDAH és multimodal i la intervenció farmacològica forma part d'un tractament integral que inclou la intervenció psicològica i la intervenció escolar. El tractament farmacològic per al TDAH ha sobert una gran evolució, des de que l'any 1981 es va introduir a l'estat espanyol el metilfenidat d'absorció immediata. Des del 2004, s'han comercialitzat diferents fórmules retard del metilfenidat. L'any 2007 es va comercialitzar atomoxetina (el primer fàrmac no estimulants per al TDAH) i el 2014 es va comercialitzar lisdexanfetamina.

Així doncs, l'any 2014 els fàrmacs indicats per al tractament del TDAH en el nostre país per a població menor de 18 anys eren metilfenidat, atomoxetina i lisdexanfetamina, als que es va sumar guanfacina el 2017.

Durant els anys de l'estudi, lisdexanfetamina i guanfacina, per a ser receptats pels metges del Sistema Català de la Salut, precisaven de visat d'inspecció mèdica. En la història del pacient s'havia d'indicar el motiu pel qual s'utilitzaven aquests fàrmacs (generalment resposta parcial o intolerància a metilfenidat i atomoxetina), i a més el diagnòstic de TDAH havia de ser el principal del pacient. També s'ha de tenir en compte que la indicació d'aquests fàrmacs de segona línia per sobre d'un percentatge determinat, tenien una penalització considerable en la part variable del contracte dels centres proveïdors amb el Catsalut.

Tan en el territori pilot com el territori control es produeix una millora en la prescripció de fàrmacs indicats per al TDAH. Aquesta millora general podria relacionar-se amb la difusió estàndard i presentació (no implementació) del protocol a tot Catalunya, i també de manera indirecta amb la repercussió mediàtica que va tenir el fet. També cal destacar la major formació en ús de psicofàrmacs, proporcionada per les principals societats científiques i també per hospitals universitaris que van fer més èmfasi en la formació en psiquiatria infantil dels seus residents de psiquiatria.

Tot i que les dades no demostren efecte de la implementació del protocol en l'ús específic de tractaments pel TDAH, si que indiquen una reducció de fàrmacs no indicats com són les benzodiazepines, apuntant a una millora en la prescripció farmacològica en aquest trastorn. Les benzodiazepines són fàrmacs que produeixen un alentiment en la velocitat de processament i altres funcions executives en els nens amb TDAH, empitjorant el seu rendiment acadèmic. A més, en aquells que presenten hiperactivitat, la relaxació muscular que els produeixen les benzodiazepines, més que controlar la seva hiperactivitat, els produeix malestar clínic, per dificultar el moviment muscular i no controlar la necessitat de moure's.

Aquesta millora en la prescripció, és concordant amb estudis previs i l'esperat per part dels facultatius (52) Així Hall C (53) quan va estudiar les actituds dels metges sobre la importància i la capacitat d'implementar les ADHD guidelines NICE, la resposta va ser d'importància en algunes recomanacions, sobretot la titulació i ratio farmacològic i d'altres de difícil implementació, com els seguiments individuals.

En un estudi americà, s'ha objectivat que l'ús de protocols clars en el tractament farmacològic, facilita que les prescripcions siguin molt similars en aquells estats on infermeria pot prescriure medicació per al TDAH. (54) . En el nostre protocol no s'ha contemplat aquesta possibilitat, ja que no és legal a l'estat espanyol la prescripció farmacològica per part d'infermeria.

En el nostre protocol, no es contempla el diagnòstic ni tractament en la primera infància. Per una banda no és prou vàlid encara el diagnòstic clínic, i segons els estudis poblacionals a Catalunya, no era una motiu de preocupació. Tot i això també està descrit que l'ús de guies clíniques podria reduir l'ús de tractament farmacològic en el TDAH en aquest període de la vida, quan encara no és vàlid el diagnòstic clínic (55), adequant-se millor a les indicacions terapèutiques (56, 57). Aquesta hipòtesis es validada també per un altre estudi (58) que presenta els resultat d'una implementació de guia de TDAH, en preescolars per a pediatres amb una mostra àmplia de població a US, als tres anys. També troben una aturada en l'increment de diagnòstic de TDAH i es manté constant la prescripció de fàrmacs estimulants. Tot i així descriuen una diferència important entre les àrees, sense explicar-se per situació urbana/rural, o regional.

L'elevat ús d'antipsicòtics en pacients amb TDAH en aquesta mostra catalana és proper al descrit a la literatura (59). Tot i que els antipsicòtics no estan indicats en TDAH, sovint trobem aquestes prescripcions en aquests pacients. Risperidona i Aripiprazol, són antipsicòtics indicats per al trastorn de conducta. Aquesta confusió diagnòstica es pot produir quan no es contempla el diagnòstic de TDAH. També, i sobretot abans de la comercialització de la guanfacina, els antipsicòtics s'utilitzaven per a intentar reduir la impulsivitat, que és el símptoma nuclear del TDAH amb menor resposta a estimulants i no estimulants. Molts cops l'ús d'aquests antipsicòtics es produïen en aquells nens o nenes amb TDAH que no seguien tractament psicològic o escolar associat.

Aquest ús poc adequat dels antipsicòtics, també està descrit en la literatura en altres països. Revisions recents de l'aplicació de guies clíniques en l'ús d'antipsicòtic (60) descriuen una baixa adherència a les recomanacions més essencials, com la indicació terapèutica, el tractament associat a intervenció psicosocial (només 37 %) o bé la combinació no indicada de diferents antipsicòtics.

Malauradament, no ha estat possible fer un adequat anàlisi de visites de seguiment o grupals indicades en la GPC, per a analitzar canvis en l'ús de teràpia psicològica conductual per a pares amb la implementació del protocol. El motiu principal ha estat la variabilitat observada en els criteris de registre d'aquestes visites a la història clínica electrònica. Tot i que es declaren de forma obligada al registre del Departament de salut a través del CMBD, hem objectivat que els CSMIJs no segueixen un criteri uniforme a l'hora de donar una mateixa prestació a les teràpies: en alguns CSMIJs es registren com a teràpia familiar, en altres teràpia de grup, en altres visites de seguiment. Aquestes dificultats en obtenir resultats en les visites de seguiment, aniria en la línia de la bibliografia, Hall C (53), ja descriu en l'aplicació de les guies NICE, la dificultats de compliment de les visites individuals d'acord amb les recomanacions. Aquestes dificultats també són referides per altres autors (61,62).

Igual que en l'estudi referit en població catalana (47), s'han publicat estudis internacionals que mostren la relació entre el major consum de psicofàrmacs i classe social més baixa. Aquest nivell social també s'ha relacionat amb major gravetat en el trastorn (63)

La relació del tractament farmacològic del TDAH amb el curs evolutiu del trastorn ha estat àmpliament referit. Com ja he mencionat a la introducció, el tractament farmacològic indicat ha mostrat una millora funcional (20,21), però també s'associa a reducció de psicopatologia comòrbida i de consum de drogues (64,65,66, 67). En aquest estudi no hem recollir comorbiditat i per tant no podem inferir una millora en aquest camp amb la implementació del protocol. L'estudi de l'impacte de l'aplicació de la GPC sobre la comorbiditat tindria més sentit en un estudi prospectiu a més llarg plaç, ja que sembla que no estaria tan relacionat amb el diagnòstic o tractament el primer any.

Estudis epidemiològics recents indiquen que el tractament adequat per al TDAH podria reduir el risc de suïcidi en pacients amb aquest trastorn (68). Aquests estudis presenta limitacions per la dificultat de registres de les temptatives i ideacions auto lítiques.

Segurament un punt clau en la història del TDAH, haurà estat la publicació de l'estudi que descrivia un increment de mortalitat associada al TDAH (22) . Aquest fet va posar de manifest la importància d'estudiar la relació del tractament del trastorns amb els accidents , primera causa de mort en edat infantil i adolescent.

En el nostre país és molt difícil la homogeneïtzació en els registres de mortalitat. A la nostra mostra, en els pacients amb TDAH, hem estudiat el nombre d'urgències de traumatologia i específicament de fractures fractures que tenen una qualitat de registre diagnòstic més vàlida. .

Tot i que s'han presentat resultats a nivell internacional (25.26) , fins on nosaltres sabem, és el aquest el primer cop que es demostra en mostra espanyola, que hi ha diferències significatives en el nombre de fractures en nens medicats amb fàrmacs indicats per al TDAH versus no medicats o bé medicats de manera no indicada.

Diferents països han també han desenvolupat estratègies clíniques en relació amb la guies clíniques per optimitzar la intervenció farmacològica (57,69). Tot i que no hem pogut demostrar una relació directa amb la implementació del protocol de TDAH, aquesta mesura de resultat en relació al tractament farmacològic , un major risc de fractura en TDAH sense tractament o bé amb tractament no indicat per al TDAH, es pot interpretar com a efecte indirecte. De ser així, seria un argument important, que hauria d'impulsar l'aplicació d'un major nombre d'estratègies per a donar a conèixer les indicacions terapèutiques de les GPC del TDAH en tots els centres de Catalunya.

Limitacions

La primera limitació d'aquesta implementació del protocol en la pràctica clínica és la pròpia limitació de la guia clínica espanyola de 2010 en l'edat del diagnòstic, que es limita a la població fins a 18 anys i que no contempla l'edat adulta. Sabem la dificultat que presenten aquests pacients en continuar un tractament en base a l'evidència a l'arribar a l'edat adulta, per la manca de recursos específics així com les diferències en les indicacions dels fàrmacs per al TDAH (16 i 17). Tampoc es donen indicacions per menors de 6 anys, quan hi ha evidència que l'ús de protocols clínics redueix la prescripció farmacològica i millora l'accessibilitat a les intervencions psicològiques en base a l'evidència (18).

Seria necessària una revisió del protocol català per a la implementació de la nova guia espanyola de TDAH (20) a Catalunya. Aquesta sí que integra la continuació del trastorn a l'edat adulta, amb plans de transició, coordinació entre recursos i el major èmfasi en la intervenció familiar (12) com també recullen en les versions actualitzades de la guia NICE (2018). Aquests canvis que proposen les noves versions de les guies han estat revisats en publicacions recents, tan en els aspectes de continuïtat assistencial a l'edat adulta (70) com en recursos comunitaris i socials en el tractament integral dels trastorns (71). Contemplen també una visió de gènere en el trastorn (19), així com el tractament de les comorbiditats. (12, 21,22). Un aspecte que no contemplen tampoc aquestes versions actualitzades de guies, ni el nostre protocol, és el fet de tenir en compte el mes de naixement del pacient amb TDAH, que pot produir un valorar la disfunció acadèmica que presenta en un determinat curs escolar (72, 73)

Una limitació ha estat el fet de no poder demostrar canvis en l'ús de la teràpia de conducta per a pares (primera indicació terapèutica per al TDAH en nens i adolescents de la guia i el protocol). Això ha estat degut al fet de no registrar de manera homogènia la teràpia conductual per a pares en les visites de seguiment en el CMBD.

Una altra limitació de l'estudi és que s'han utilitzat relativament poques estratègies d'implementació i la manca d'estratègies de record o manteniment que permetin consolidar la pràctica clínica segons les recomanacions. Seria necessari un altre estudi per saber si les mesures inicialment trobades es mantenen en el temps, ja que no hi ha estudis que mostrin si es reverteixen els canvis quan es discontinua el projecte d'implementació en guies clíniques de patologies del SNC (53)

8

Conclusions

1. La implementació del protocol per al maneig del TDAH infanto juvenil en el sistema sanitari català , redueix les diferències territorials en el percentatge de nens diagnosticats de TDAH en els CSMIJs de Catalunya
2. No hem pogut obtenir evidència que la implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català, incrementi l'ús de la teràpia conductual per a pares, com a primera intervenció en TDAH
3. La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català millora l'adequació de l'ús de psicofàrmacs en el TDAH. Tot i que no es mostren diferències en l'ús de psicofàrmacs indicats en el trastorn, disminueix l'ús de fàrmacs no indicats com són les benzodiacepines
4. La implementació del protocol per al maneig del TDAH en el sistema sanitari català, no mostra diferències significatives en les urgències de traumatologia en els pacients amb TDAH. En la població global de l'estudi, hem objectivat un percentatge de fractura en els nens amb TDAH tractats amb fàrmacs indicats, menor de manera significativa, que els nens no tractats o tractats amb fàrmacs no indicats per al TDAH.

9

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001
2. American Psychiatric Association. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5. Barcelona: Masson; 2013
3. Polanckzy G et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents . J Child Adolesc Psychol Psych 2015 Mar;56(3):345-65.
4. Taylor M et al. Is There a Female Protective Effect Against Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Evidence From Two Representative Twin Samples J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016 Jun; 55(6): 504–512.
5. Larsson et al . Development trajectories of DSM IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2011 52(9)954-963
6. Faraone SV, Larsson H Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Mol Psychiatry. 2019 Apr;24(4)562-575
7. Klein M, Van Donkelaar M, Verhoef E, Franke V. Imaging genetics in neurodevelopmental psychopathology. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2017 Jul;174(5) 485-53
8. Thapar A. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. Am J Psychiatry. 2018 Oct 1;175(10):943-950
9. Klein B, Damiani-Tabara G, Koster A, Campbell J, Scholz C Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable population? Child Care Health Dev 2015 Mar;41(2):178-85
10. Jae Han Kim Environmental Risk Factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. Lancet Psychiatry 2020 Nov;7(11):955-970
11. Cortese S et al. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. Evid Based Ment Health. 2018 Nov;21(4):173-176
12. Coates J, Taylo JA, Saya K Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-analysis J Atten Disord 2015 Oct;19(10)831-43
13. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guías de práctica clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010

14. Antshel KM et al An update on the comorbidity of ADHD and ASD: a focus on clinical management *Expert Rev Neurother.* 2016;16(3):279-93.
15. Björkenstam E et al. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and risk for non-affective psychotic disorder: The role of ADHD medication and comorbidity, and sibling comparison *Schizophr Res.* 2020 Jan 27. pii: S0920-9964(20)30037-2.
16. Balazs et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and nonsuicidalself-injury in a clinical sample of adoelscentes: the role of comorbidies and gender *BMC Psychiatry.* 2018 Feb 6;18(1):34.
17. Korsgaard et al Personality disorders and Axis 1 Comorbidity in adolescents outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry.*2016 Jun 1;16:175
18. Elkins I, et al Association between childhood ADHD, gender, and adolescent alcohol and marijuana involvement: A causally informative design *Drug and Alcohol Dependence.* 2018 Mar 1;184:33-41
19. Korsgaard et al. Substance Use and Personality Disorders: Are girls more severy ill than boys ? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2016 Apr 11;10:8.
20. Barkely R et al. Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities 2006 Feb; 45(2):192-202
21. Keilow M Cumulative social disadvantage and risk of attention deficit hyperactivity disorder: Results from a nationwide cohort study. *SSM Popul Health* 2020 Jan 31;10:100548
22. Dalsgaard et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet.* 2015 May 30;385(9983):2190-6
23. Kittel Schneider S et al Prevalence of ADHD in Accident Victims: Results of the PRADA study *J Clin Med* 2019 Oct; 8:8 (10)
24. Boland et al. A literature review and meta-analysis of the effects of ADHD medications on functional outcomes *Journal of Psychiatric Research* 2020 Jan;123:21-30
25. Cheng V.C. et al. The association between methylphenidate treatment and the risk for fracture among young ADHD patients: a nationwide population-base study in Taiwan *PloS One* 2017 12 (3) e0173762
26. Jacob L and Kostev K Impact of attention deficit hyperactivity disorder therapy on fracture risk in children treated in German pediatric practice 2017 *Osteoporos. Int* 28 (4): 1265-1269

27. Attention déficit and hiperactivity Disorder Guidelines, National Insitute for Health and Care Excellence, UK, 2009
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311>
28. ADHD : Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluations and Treatment of Attention-Deficit/Hyperacitivity Disorder in Children and Adolescents , American Academy of Pediatrics, US 2005
<https://pediatrics.aappublications.org/content/144/4/e20192528>
29. Management of ADHD in children and Young people SIGN, Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2005
<https://www.sign.ac.uk/sign-112-management-of-attention-deficit-and-hyperkinetic-disorders-in-children-and-young-people>
30. ADHD: Attention-Deficit Hyperacitivity disorder: Diagnosis and Management, National Insitut of Health and Care Excellence, UD, 2018
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
31. Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2017
https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
32. Implementación de Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad y Política social, 2009
33. Oxman AD, et al No magic bullets: as systematic review of 102 trials of interventions ton improve professional practice. Can Med Assoc J 1995;153(10)1423-31
34. Romero A. et al Efectividad de la implantación de uan guía clínica sobre angina inestable mediante una estrategia multifactorial: ensayo clínico aleatorizado en grupos. Rev Esp Cardiol. 2005;58(6)640-8
35. Durand-Zalesky I et al. Reducing unnecessary laboratoroy use with new test request form : example of tumour markers. Lancet. 1993;342(8864):150-3
36. Grol R. Improving the quality of medical care. JAMA.2001;286(20):2578-85
37. www.epoc.cochrane.org
38. Grol R. Et al Planninng and studing improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. Milbank Q.2007;85(1)93:138

39. Grol R. et al Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edimburgh: Elsevier;2005p.122-34
40. Pla Director de Salut Mental de Catalunya ISBN 84-393-7264. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2006
<https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf>
41. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de salut mental i adiccions. Dades 2014. Departament de Salut . Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària.
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2014.pdf
42. Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
<http://salutweb.gencat.cat/web/>
43. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de salut mental i adiccions. Dades 2015. Departament de Salut . Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_esttics/CdR_Salut_mental_dades_2015.pdf
44. Cristina Coll i Joan MV Pons. Estat de la situació del TDAH a Catalunya, tendència i variabilitat territorial. Monogràfics 26. Central de Resultats. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries, 2015
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_estatics/MONOGRAFIC_26_TDAH_CdR.pdf
45. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017
<http://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/inici/>
46. Resolució dels expedients Q-08963/2015 i Q- 9824/2014 relatives a les queixes

que s'han rebut a aquesta institució amb relació a l'atenció de casos de trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat d'infants i adolescents a Catalunya. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya; 2016.

47. Josep Moya, Maria Teresa Anguera. Els problemes del comportament en els infants i adolescents de catalunya. trastorn per dèficit d'atenció/ trastorn de conducta. necessitats educatives que generen. Novembre 2009. Departament d'educació. Generalitat de Catalunya.
48. El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu: Guia per a mestres i professors educació primària, Educació secundària obligatòria. 2013. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.
49. Martínez-Núñez et al. Update the Multimodal Treatment of ADHD (MTA): twenty years of lessons. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019 Jan;47(1):16-22
50. Barbaresi WJ. Society for Developmental and Behavioral Pediatrics Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2020 Feb/Mar;41 Suppl 2S:S35-S57
51. Cortese S. et al. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020 Jun;4(6):412-414
52. Nguyen 2019 The effect of Clinical Practice Guidelines on prescribing practice in mental health: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2020 Feb;284:112671
53. Hall C, Taylor J, Newell K, Baldwin L, Sayal K, Hollis C The challenges of implementing ADHD clinical guidelines and research best evidence in routine clinical care setting: Delphi survey and mixed-methods study *B.Psych* (2016);2: 25-31
54. Kelin TA, Panther S, Woo T, Odom-Maryon T, Daratha K Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Prescribing by Prescriber Type and Speciality in Oregon Medicaid *J Child Adolesc Psychopharmacol* May 2016
55. Graf W, Singh I Can Guidelines Help Reduce the Medicalizations of Early Childhood? Editorial. *The Journal of Pediatrics* 2016 166(6):1344-45
56. Dalsgaard S, Humlum MK, Nielsen HS, Simonsen M Common Danish Standards in prescribing medication for children and adolescents with ADHD *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 Sep;23(9):841-44

57. Khan et al. A review of measures used to examine medication adherence in people with ADHD at initiation, implementation and discontinuation of pharmacotherapy. *Res Social Adm Pharm.* 2020 Mar;16(3):277-289.
58. Fitz et a. Preschool ADHD Diagnosis and Stimulant Use Before and After the 2011 AAP Practice Guideline *Pediatrics.* 2016 Dec;138(6)
59. Scholle O, et al. Use and Characteristics of Antipsychoti/Methylphenidate Combination Therapy in Children and Adolescents with Deficiy/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018 Jul/Aug;28(6):415-422
60. Dinnissen M et al. Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Feb 12. doi: 10.1007/s00787-020-01488-6
61. Wagner DJ, Vallerand IA, Mc Lennan JD Treatment receipt and outcomes from a clinic employing the attention-deficit/Hyperactiviity disorder treatment guidelines of the children's medication algorithm Project. *J Child Adolesc Psycopharmacol* 2014 Nov;24(9):472-80
62. Wolraich et al. ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective *Pediatrics.* 2019 Oct;144(4)
63. Efron D et al. Prevalence and Predictors of Medication Use in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a Community-Based Longitudinal Study..*J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2019 Feb;29(1):50-57
64. Xinyue Liu et al. Psychotropic drug utilization in children with concurrent attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety. *J Anxiety Disord.* 2014 Aug;28(6):530-6.
65. Larson K, Russ Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007..*Pediatrics.* 2011 Mar;127(3):462-70
66. Savil, Buitelaar, Coghill et al The efficacy of atomoxetine for the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comprehensive review of over a decade of clinical research. *CNS Drugs* (2015) 29:131–151
67. Perugi G, Pallucchini A, et al Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin Pharmacother.* 2019 Aug;20(12):1457-1470
68. Siffel et al. Suicidal ideation and attempts in the United States of America among stimulant-treated, non-stimulant-treated, and untreated patients with a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder *J Affect Disord.* 2020 Jan 22;266:109-119.

69. Dalsgaard S, Humlum MK, Nielsen HS, Simonsen M Common Danish Standards in prescribing medication for children and adolescents with ADHD *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 Sep;23(9):841-44
70. Eke et al. Clinician perspectives on the use of NICE guidelines for the process of transition in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 2019 *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 17;19(1):404
71. Sayal K et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb;5(2):175-186
72. Librero J, et al. Edad relativa de los niños en clase y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Estudio poblacional en un departamento de salud. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(11): 471-6.
73. Sayal K et al. Relative age within the school year and diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide population-based study. *Lancet Psychiatry*. 2017 Nov;4(11):868-875

10.1	Protocol per al maneig del TDAH al sistema públic sanitari català	91
10.2	Resolucions del Parlament en relació al protocol de TDAH	145
10.3	Actes del Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental del Departament de Salut.	149
10.4	Resolució del Síndic de Greuges	171
10.5	Principals documents de suport al protocol de TDAH	189

10.1

**Protocol per al maneig del TDAH
al sistema públic sanitari català**

PROTOCOL PER AL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB HIPERACTIVITAT (TDAH) INFANTOJUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

Implementació de la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Departament de Salut (2010)

**Grup de treball sobre el TDAH del
Pla director de salut mental i addiccions
Departament de Salut**



**Generalitat de Catalunya
Departament de Salut**

PROTOCOL PER AL MANEIG DEL TDAH INFANTOJUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

Com esmentar aquesta publicació:

Pla director de salut mental i addiccions. Protocol per al maneig del Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el sistema sanitari català. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2015.

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Primera edició:

Barcelona, maig de 2015

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

PROTOCOL PER AL MANEIG DEL TDAH INFANTOJUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

ÍNDEX

Presentació.....	4
Membres del grup.....	6
Introducció.....	8
Anàlisi de la situació de l'atenció al TDAH infantojuvenil a Catalunya.....	10
Objectiu del projecte.....	13
Metodologia de treball.....	13
Aspectes clau del protocol.....	15
Recomanacions clau del protocol.....	16
En el diagnòstic.....	16
En el tractament.....	16
El tractament integrat: coordinació amb els serveis educatius.....	19
Implementació del protocol.....	20
ANNEX 1. Criteris diagnòstics del TDAH, segons el DSM-IV-TR.....	27
ANNEX 2. Criteris diagnòstics del TDAH, segons la CIM-10.....	29
ANNEX 3. Informació per a pacients, familiars i educadors de la <i>Guia de pràctica clínica</i> del Ministeri.....	30
ANNEX 4. Proposta de formació.....	46
ANNEX 5. Entrenament en tècniques cognitivoconductuals per a pares amb fills amb TDAH.....	47
ANNEX 6. Taula de nivells d'evidència i graus de recomanació de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).....	49
ANNEX 7. Declaració de conflicte d'interessos.....	50
Bibliografia.....	51
Abreviacions.....	52



Presentació

L'atenció als trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència és una de les prioritats del Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut. La millora de l'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions i la qualitat de vida de les persones afectades i les seves famílies són dos dels objectius del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, que es va presentar el passat 14 de juliol del 2014.

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és actualment un dels trastorns més prevalents en psiquiatria infantojuvenil que s'inicia durant la infància i que comporta un patró persistent de conductes de desatenció, hiperactivitat i impulsivitat, o una combinació de les conductes anteriors, que condicionen les funcions bàsiques de l'activitat diària com ara l'aprenentatge o fer amistats.

Aquest trastorn demana especialment intervencions coordinades més enllà de la intervenció sanitària. Cal un treball en xarxa adequat entre els professionals de l'àmbit de l'educació i l'atenció primària, així com amb els serveis especialitzats de salut mental d'adults.

Així mateix, un sistema públic d'atenció sanitària ha de garantir els principis d'equitat, efectivitat i eficiència; això significa que s'han d'impulsar polítiques a favor de disminuir la variabilitat clínica no justificada —mitjançant activitats de formació, avaluació o guies clíniques—, i tenir en compte els resultats de les intervencions.

Des del 2010 disposem de la *Guia de pràctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. La guia està basada en l'evidència científica disponible sobre el TDAH en infants i adolescents i és una ajuda a l'hora de prendre decisions sobre l'atenció sanitària d'aquest trastorn.

L'any 2007 el Parlament de Catalunya va emetre la Resolució 84/VIII, en què s'insta el Govern a millorar l'atenció a la població amb TDAH tant en l'àmbit de la salut com en l'educatiu.

L'any 2013, i d'acord amb aquesta Resolució 84/VIII, el Departament de Salut va encarregar la creació d'un grup de treball al Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions per elaborar un protocol per al maneig del TDAH a Catalunya. Els membres del grup van ser escollits seguint uns criteris de representativitat dels equips que treballen en TDAH (psiquiatria, neuropediatria i psicologia infantil), tant de recursos hospitalaris com de l'assistència ambulatoria (CSMIJ), per tot el territori català. El grup de treball també ha



PROTOCOL PER AL MANEIG DEL TDAH INFANTOJUVENIL EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

tingut la col·laboració i ha disposat de l'expertesa de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) per assegurar-ne el rigor metodològic.

El protocol que us presentem és la implementació de les recomanacions més importants de la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* adaptades al sistema sanitari català. El protocol se centra en el diagnòstic i el tractament de les persones amb TDAH des de la xarxa de salut mental infantil i juvenil i els equips de neuropediatria.

Disposar d'aquest instrument ens ha d'ajudar a reduir al màxim l'heterogeneïtat actual en la detecció i el diagnòstic del trastorn i en el seu abordatge i tractament, així com a millorar la qualitat i la seguretat en el maneig de les persones amb aquest problema de salut i incorporar com a element clau l'atenció a les famílies.

El repte que se'ns presenta ara és la implantació d'aquest protocol, que s'ha de fer mitjançant el treball conjunt entre el sector de la salut i l'escola, amb la participació dels professionals implicats en consonància amb les persones afectades i les seves famílies.

Carles Constante

Director general de Planificació i Recerca
en Salut

PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Membres del grup

Els membres del grup van ser escollits d'acord amb el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut seguint uns criteris de representativitat dels equips que treballen en TDAH (psiquiatria, neuropediatria i psicologia infantil), tant de recursos hospitalaris com de l'atenció ambulatoria (CSMIJ), per tot el territori català. Els membres del grup van rebre el suport de les representants de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Coordinadores:

- Montserrat Pàmias, presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil i membre del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.
- Maria Claustre Jané, vicedegana del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya i membre del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.

Membres del grup

- José Àngel Alda, psiquiatre infantojuvenil de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- Àurea Autet, psiquiatra infantojuvenil de la Fundació Althaia de Manresa i de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil.
- Aitana Bigorra, psicòloga clínica infantojuvenil de l'Hospital Universitari Mútua Terrassa.
- Carme Carrión, de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
- Rosa Calvo, psiquiatra infantojuvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona i de CIBERSAM.
- Maria Dolors Estrada, de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
- Carla Jané, del Pla director de salut mental i addiccions
- Adela Masana, psiquiatra infantojuvenil de l'Institut Pere Mata de Reus.
- Rosa Nicolau, psicòloga clínica infantojuvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona.
- Montserrat Palau, psicòloga clínica infantojuvenil de la Fundació Orienta.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

- Maria Teresa Pi, psicòloga clínica infantojuvenil de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona.
- Joaquim Puntí, psicòleg clínic infantojuvenil de la Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica i membre de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament.
- Josep Antoni Ramos, psiquiatre d'adults de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.
- Anna Sans, neuropediatra de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- Miquel Sisteré, psiquiatre infantojuvenil al Sant Joan de Déu Lleida.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Introducció

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és un trastorn del neurodesenvolupament que s'inicia en la infància i que comporta un patró persistent de conductes de desatenció, hiperactivitat i impulsivitat. Segons els manuals diagnòstics, el trastorn és present quan aquestes conductes tenen una freqüència i una intensitat més gran del que és habitual segons l'edat i el desenvolupament de la persona, i quan aquestes manifestacions interfereixen de manera clarament significativa en el rendiment escolar o laboral i en les seves activitats quotidianes (DSM-IV-TR, 2001).¹

Actualment hi ha evidències suficients que indiquen que en aquest trastorn intervenen factors causals genètics, biològics, ambientals, psicològics i psicosocials; el caràcter interactiu d'aquests factors, juntament amb l'impacte sobre un organisme en desenvolupament, genera una complexitat clínica i etològica que cal tenir en compte.

Aquest trastorn s'associa amb freqüència a altres trastorns comòrbids, com el trastorn de l'aprenentatge, el trastorn negativista desafiament, el trastorn de conducta, el trastorn de l'estat d'ànim, el trastorn d'ansietat o el trastorn de l'espectre autista. Per això és molt important fer un diagnòstic vàlid i específic del trastorn, així com un diagnòstic diferencial i de la comorbiditat adequat, el qual, juntament amb la situació clínica del cas i els factors psicosocials específics, ens ajudarà a definir un pla terapèutic individual per a cada pacient.

Sabem que un diagnòstic en la infància té sentit en la mesura que ens permet elaborar un pla terapèutic. En aquesta etapa, el diagnòstic clínic no és definitiu en molts casos. La plasticitat cerebral, així com les accions de l'entorn de l'infant o l'adolescent, poden modificar el curs de la psicopatologia i presentar evolucions diverses al llarg de la vida. Tot això és especialment important tenir-ho present a l'hora de prescriure tractaments farmacològics, especialment quan aquests són de llarga durada.

També és important remarcar el paper clau dels equips de pediatria en la detecció precoç de signes d'alarma del TDAH i la col·laboració amb els equips d'atenció especialitzada per arribar a un diagnòstic de certesa; en aquest sentit, cal que les societats científiques treballin conjuntament per impulsar la formació i l'actualització en el TDAH.

¹ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a ed. rev. Barcelona: Masson; 2001.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Per aquests motius, el Departament de Salut ha encarregat al Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions la constitució d'un grup de treball que elabori un protocol per al maneig del TDAH a Catalunya sobre base de l'evidència disponible i tenint en compte la necessitat de donar una resposta professional i acurada a una qüestió que té un impacte social important i que genera controvèrsia en diferents àmbits professionals. Per això el grup ha buscat sempre el consens de manera responsable i d'acord amb les proves disponibles, remarcant la necessitat d'un abordatge integral, integrat i basat en les bones pràctiques clíniques. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ha estat membre del grup per vetllar pel rigor metodològic en l'elaboració d'aquest protocol.

Aquest document ha estat revisat pels diferents membres del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut, que han fet aportacions rellevants que s'hauran de treballar en un futur immediat i que tenen a veure amb:

- La prevenció dels trastorns del neurodesenvolupament, la interacció genètica i l'ambient, i la incorporació d'eines diagnòstiques específiques.
- Les alternatives terapèutiques, psicològiques i farmacològiques, la necessitat de pautes d'harmonització del tractament farmacològic i les característiques de la prescripció en el nostre país, així com l'impacte social i familiar del trastorn.

Així mateix, aquestes recomanacions seran traslladades com a proposta al comitè que en aquest moment s'encarrega de la revisió de la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* del Ministeri de Sanitat.

El protocol ha de ser una eina útil i dinàmica; per tant, cal que reculli tota aquella evidència que es vagi generant en el futur que ens ajudi a entendre i tractar millor el TDAH, i que s'hi adapti.



Anàlisi de la situació de l'atenció al TDAH infantojuvenil a Catalunya

En els darrers anys hem observat una tendència a l'increment de la demanda d'atenció en salut mental a Catalunya en general. En la població infantil i juvenil, l'any 2008 es van visitar 47.661 pacients, i el 2013 se n'han visitat 58.013. Aquestes dades representen un increment del 21% de l'atenció en aquesta franja d'edat.

En relació amb el TDAH, i segons la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*,² les dades de la literatura internacional mostren unes prevalences poblacionals entre un 3% i un 10% de la població infantil.

L'any 2013, als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de Catalunya es van atendre un total de 13.738 nens i nenes amb TDAH, els quals representen un 23,46% del total dels pacients atesos en els CSMIJ; el TDAH és el trastorn mental més prevalent als CSMIJ de Catalunya aquest 2013 (vegeu la figura 1). Aquesta xifra representa un 0,97% de la població catalana de 0 a 17 anys.

L'any 2013 es van fer 3.908 primeres visites amb diagnòstic de TDAH (vegeu la figura 2) i 78.037 visites successives, i la mitjana d'edat de la població atesa va ser d'11,83 anys. Cal assenyalar que la situació a Catalunya és dispar i les dades varien molt segons els centres i també segons les regions sanitàries. Les dades d'incidència del 2013 van des de les 0,22 primeres visites per 1.000 habitants en els centres amb una incidència més baixa fins a les 10,82 primeres visites per 1.000 habitants en els centres amb la incidència més alta. El mateix passa amb la prevalença, amb dades que van des dels 0,9 casos per 1.000 habitants fins als 36,3 casos per 1.000 habitants.

L'evolució de la prevalença de casos atesos als CSMIJ de Catalunya de l'any 2008 al 2013 ha sofert un increment important: l'any 2008 representava un 14,84% dels pacients atesos als CSMIJ i l'any 2013 ha estat del 23,46%. Aquesta evolució, però, no ha estat homogènia a totes les regions sanitàries, sinó que també s'ha produït en diferent grau segons la regió sanitària (vegeu la figura 3 i el quadre 1).

En relació amb el gènere, tot i que clàssicament el trastorn és molt més prevalent en nens, s'objectiva un augment dels diagnòstics del TDAH en nenes al llarg d'aquests anys, ja que el 2008 el 19% dels diagnòstics eren en nenes i el 2013 el percentatge és del 23,9%.

² Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministerio de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010.



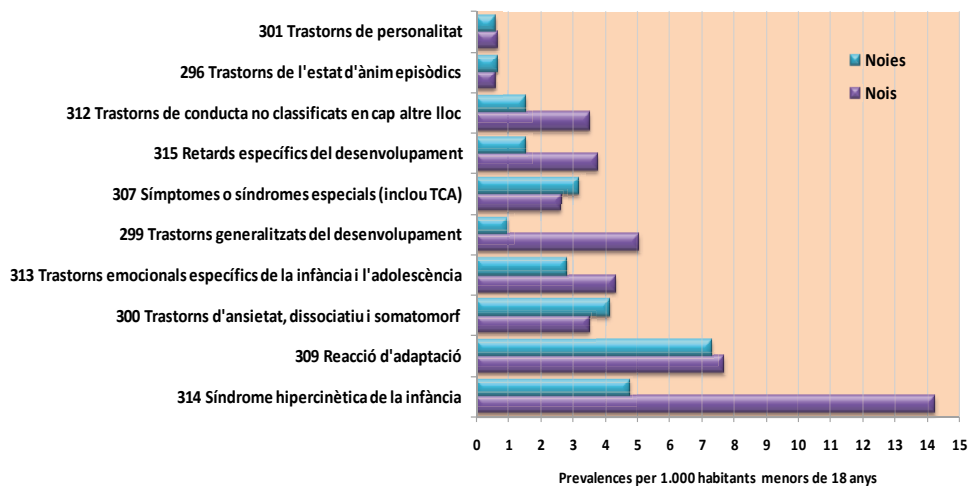
PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Pel que fa referència a les dades disponibles de tractament durant l'any 2013, els pacients diagnosticats de TDAH han rebut un total de 78.037 visites, la qual cosa representa una mitjana de sis visites per persona i any. El 58% de persones ateses per TDAH van rebre tractament familiar i el 33% dels pacients van rebre psicoteràpia individual o grupal.

Atenció al TDAH en els CSMIJ de Catalunya l'any 2013

Figura 1

Prevalences dels 10 diagnòstics més freqüents en la població atesa en CSMIJ. Catalunya, 2013



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Figura 2

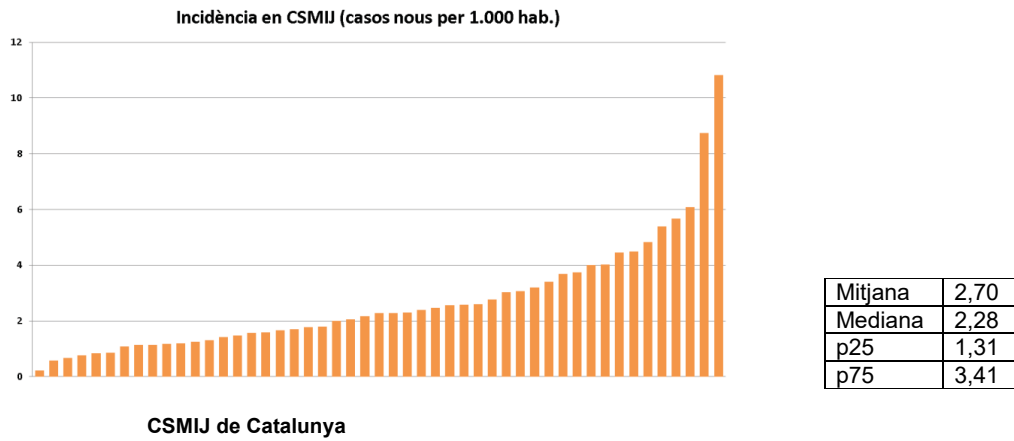
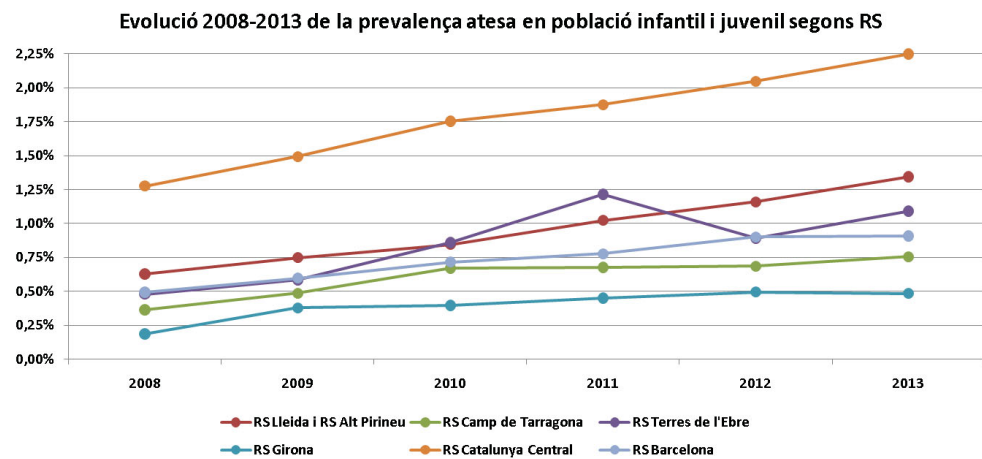


Figura 3



Quadre 1

ANY		2008	2009	2010	2011	2012	2013	Increment 2008-2013
CSMIJ	Primeres visites	2.447	2.876	3.032	3.448	3.900	3.908	57,77%
	Pacients atesos	7.075	8.940	10.617	11.818	13.276	13.738	94,18%

PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Objectiu del projecte

Adaptar la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*² per a la xarxa de salut mental i addiccions de Catalunya, amb l'objectiu de disminuir la variabilitat de la pràctica clínica i garantir una equitat territorial en l'atenció.

Establir les recomanacions de coordinació amb el Departament d'Ensenyament i amb les seves guies d'atenció al TDAH publicades.^{3, 4}

S'estableix com a població diana per a la implementació de la guia els infants en edat d'escolarització: a partir de 6 anys i fins als 18.

Metodologia de treball

Primera fase:

Les recomanacions sobre les quals es va treballar es basen en la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, publicada el 2010.² A partir de l'estudi de les més de 70 recomanacions de la GPC del TDAH, i fruit del treball, les deliberacions i les aportacions dels membres del grup, es va arribar a un consens per tal d'escollir un nombre limitat de recomanacions (10) que es consideren clau en el procés d'implementació de la guia. Per determinar l'elecció de les 10 recomanacions escollides, es van revisar els criteris següents en totes les recomanacions de la guia:

- El nivell d'evidència científica de la recomanació.
- L'heterogeneïtat de l'aplicació actual de les recomanacions en el nostre territori.
- La possibilitat de donar resposta tant al diagnòstic com al tractament del trastorn.
- La situació actual dels recursos a Catalunya.

² Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010.

^{3, 4} El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors. Educació primària. Educació secundària obligatòria. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.

El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) i els orientadors dels instituts. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Els membres del grup van presentar la declaració d'interessos, que és analitzada per les coordinadores del grup i que valora el possible conflicte d'interessos per a cadascuna de les recomanacions seleccionades (vegeu l'annex 7: Declaració de conflicte d'interessos).

Segona fase:

S'elabora també una proposta de recomanacions per a la coordinació amb el Departament d'Ensenyament, especialment amb els equips d'atenció psicopedagògica (EAP), agents importants en la detecció i la derivació des de les escoles i els instituts d'educació secundària (IES). Es convoca una reunió amb els directius responsables del Departament d'Ensenyament per tal de consensuar aquestes recomanacions, que es coordinaran amb les que es definiran en la guia per al TDAH elaborades pel Departament d'Ensenyament.^{3, 4}

Tercera fase:

Com a marc de referència per dissenyar el protocol d'implementació de la guia de maneig del TDAH s'utilitza el manual *Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico*.⁵ Es proposen un total de cinc accions per a la implementació de les recomanacions de la guia (algunes de les accions engloben més d'una recomanació). Per cadascuna de les accions proposades, s'analitzen els agents implicats en la seva implementació, així com les barreres identificades, que es valoren quantitativament, per tal de garantir-ne l'aplicabilitat. I per cada acció es proposen uns indicadors de mesura del grau d'implementació. Això ens hauria de poder permetre vincular la implementació a mesures administratives, així com obtenir uns resultats que puguin mostrar unes millores clíniques en l'assistència al TDAH en el nostre país. Es farà una avaluació de l'impacte de la implementació tot mesurant els mateixos indicadors abans i després d'implementar la guia.

Es presenta el resultat parcial del treball del grup a la reunió del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del dia 22 de juliol de 2013. Es recullen les esmenes del Consell Assessor. Es presenta la tercera fase del projecte en la reunió del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del dia 9 de desembre de 2013 i, després de diverses revisions, finalment s'aprova el document en la reunió del dia 17 de febrer de 2015.

^{3, 4} El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors. Educació primària. Educació secundària obligatòria. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.

El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) i els orientadors dels instituts. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.

⁵ Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanitat i Política Social; 2009.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Aspectes clau del protocol

1. El coneixement del TDAH que puguin tenir els professionals de l'atenció primària de salut i els de l'àmbit de l'ensenyament és clau per a la detecció adequada del trastorn.
2. El diagnòstic del TDAH l'ha de fer un especialista en psiquiatria infantil, psicologia clínica o neuropediatria. Es recomana seguir els criteris diagnòstics del DSM-IV-TR o la CIM-10. És important descartar la comorbiditat, tenir en compte el moment evolutiu de l'infant o l'adolescent, així com valorar l'entorn familiar, social i escolar.
3. Com a tractament inicial es recomana el tractament psicològic. El tractament psicoterapèutic conductual per a pares està indicat en primera línia en tots els infants i els adolescents amb TDAH.
4. Es destaca la necessitat d'un programa d'intervenció individualitzat a l'escola en tots els infants amb TDAH.
5. En casos de TDAH amb pràctica clínica moderada i greu, es recomana el tractament combinat, que inclou el tractament psicològic, el farmacològic i la intervenció psicopedagògica a l'escola. El tractament farmacològic presenta una elevada eficàcia i seguretat.
6. Les famílies han de rebre una informació completa i vàlida en relació amb el trastorn i el seu tractament: informació sobre el trastorn, opcions terapèutiques i indicacions i normes d'ús dels psicofàrmacs.
7. L'atenció escolar als infants amb TDAH, així com la coordinació entre els serveis clínics i el sistema educatiu, són un punt essencial en l'evolució de l'infant i l'adolescent amb TDAH.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Recomanacions clau del protocol

En el diagnòstic

1. Per al diagnòstic del TDAH en infants i adolescents, es recomana utilitzar els criteris diagnòstics del DSM-IV-TR¹ o de la CIM-10.⁶

(Recomanació 5.1.1 de la GPC. Nivell d'evidència D)

El grup accepta l'ús de les dues classificacions diagnòstiques en el sistema de salut públic de Catalunya: CIM i DSM, en les versions actuals (annexos 1 i 2: Criteris diagnòstics del TDAH).

2. El diagnòstic del TDAH en infants i adolescents l'ha de fer un facultatiu amb entrenament i experiència en el diagnòstic del TDAH i les seves comorbiditats més freqüents.

(Recomanació 5.2.2 de la GPC. Nivell d'evidència D)

El grup considera i especifica quin facultatiu per tal de garantir la validesa i la precisió en el diagnòstic: psiquiatre, psicòleg clínic o neuropediatre.

3. El diagnòstic del TDAH en infants i adolescents ha de fer-se mitjançant entrevistes clíniques als pares i al pacient, l'obtenció d'informació de l'escola, la revisió dels antecedents familiars i personals i l'exploració física i psicopatològica del pacient.

(Recomanació 5.3.1 de la GPC. Nivell d'evidència D)

Annex 3: Informació dirigida a les famílies quan es fa el diagnòstic del TDAH.

En el tractament

4. Es recomana l'aplicació d'un programa d'entrenament conductual per als pares dels infants i els adolescents diagnosticats de TDAH, amb comorbiditat o sense.

¹ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a ed. rev. Barcelona: Masson; 2001.

⁶ OMS. CIM-10. Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, 10a rev. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2010.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

(Recomanació 7.1.2.1 de la GPC. Nivell d'evidència B)

Annex 3: Entrenament en tècniques cognitivoconductuals per a pares amb fills amb TDAH.

5. Es recomana la teràpia cognitivoconductual com a tractament inicial per al TDAH en infants i adolescents en qualsevol de les situacions següents:

- Els símptomes del TDAH són lleus.
- L'impacte del TDAH és mínim.
- Hi ha una notable discrepància sobre la freqüència en la intensitat dels símptomes entre els pares o entre els pares i els professors.
- El diagnòstic del TDAH és incert.
- Els pares rebutgen l'ús del tractament farmacològic.
- Els infants menors de cinc anys (tot i que aquest grup d'edat queda fora de l'abast de la guia).

(Recomanació 7.1.2.2 de la GPC. Nivell d'evidència D)

Algoritme 1: algoritme de decisió de tractament en infants i adolescents amb TDAH de la GPC.

6. Els infants i els adolescents amb TDAH necessiten un programa d'intervenció individualitzat a l'escola que inclogui aspectes acadèmics, socials i conductuals.

(Recomanació 7.2.2.1 de la GPC. Nivell d'evidència B)

Aquestes recomanacions estan incloses en les guies de TDAH del Departament d'Ensenyament: *El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu*, tant la guia per a mestres i professors i com la guia per a EAP.^{3, 4}

7. El metilfenidat i l'atomoxetina són els fàrmacs recomanats a dia d'avui per tractar el TDAH en infants i adolescents per la seva eficàcia i seguretat en les dosis recomanades.

(Recomanació 7.3.2.1 de la GPC. Nivell d'evidència A)

En cas que calgui intervenció farmacològica, cal seguir l'algoritme 2: algoritme de tractament farmacològic de la GPC.

^{3, 4} El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors. Educació primària. Educació secundària obligatòria. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.
El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) i els orientadors dels instituts. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

8. La decisió sobre quin fàrmac cal escollir s'ha de basar en:

- La presència de trastorns comòrbids (trastorns de tics, síndrome de La Tourette, epilèpsia i ansietat).
- Els efectes adversos dels fàrmacs.
- Les experiències prèvies de falta d'eficàcia.
- Les condicions que afecten el compliment; per exemple, problemes associats a la necessitat de prendre dosis a l'escola.
- El potencial d'abús.
- Les preferències de l'infant o l'adolescent i la seva família.

(Recomanació 7.3.5.1 de la GPC. Nivell d'evidència D)

9. Abans d'iniciar el tractament farmacològic s'ha de fer un examen físic que inclogui la mesura de la pressió arterial, la freqüència cardíaca, el pes i la talla. S'han de buscar antecedents personals i familiars de malaltia cardiovascular, d'història de síncope relacionada amb l'exercici o altres símptomes cardiovasculars.

(Recomanació 7.3.12.1 de la GPC. Nivell d'evidència D)

10. En infants i adolescents amb TDAH moderat o greu es recomana el tractament combinat, que inclou el tractament psicològic conductual, el farmacològic i la intervenció psicopedagògica a l'escola.

(Recomanació 7.4.2.1 de la GPC. Nivell d'evidència B)

Algoritme 1: algoritme de decisió de tractament en infants i adolescents amb TDAH de la GPC.



El tractament integrat: coordinació amb els serveis educatius

En el marc del protocol per al maneig del TDAH, el grup de treball ha prioritzat tres recomanacions escollides per consens en relació amb la coordinació amb el Departament d'Ensenyament. L'objectiu de les recomanacions és millorar en la coordinació dels serveis clínics i els equips de psicopedagogia del Departament d'Ensenyament per tal de garantir el tractament integral i integrat del TDAH.

1. Quan en un infant es detecten símptomes clínics de TDAH a l'escola i són valorats per l'EAP o els orientadors del centre a l'etapa d'educació secundària i de batxillerat, s'iniciarà un procés seguint les recomanacions de la guia del TDAH per als EAP del Departament d'Ensenyament.⁴ Si els símptomes són moderats-greus, o si amb aquestes mesures persisteixen les dificultats i la disfunció, d'acord amb la família, es derivarà l'infant al CSMIJ de referència. L'EAP elaborarà un **informe de derivació** que inclourà l'observació escolar en els àmbits següents:

- Conducta.
- Rendiment (en infants en etapa escolar, és important l'adquisició de la lectoescriptura).
- Relació amb altres infants.
- Relació amb adults, professors.
- Resum de les intervencions ja realitzades a l'escola.

2. Al llarg del procés diagnòstic, el tractament i el seguiment del TDAH fet pels serveis clínics, les funcions de l'EAP seran:

- Facilitar **assessorament**, quan calgui, en la recollida de dades o els qüestionaris dirigits als mestres que es puguin sol·licitar des dels serveis clínics assistencials.
- **Seguiment de les mesures acadèmiques, conductuals i socials** a prendre en l'entorn escolar dels infants amb TDAH (segons *El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors* del Departament d'Ensenyament.³

3. Al llarg de l'escolaritat, i mentre duri el seguiment mèdic i psicològic de l'infant, els equips del CSMIJ i l'EAP de referència han d'establir **circuits de coordinació territorial** per facilitar la informació rellevant en l'evolució clínica de l'infant amb TDAH.

⁴ El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) i els orientadors dels instituts. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.

³ El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors. Educació primària. Educació secundària obligatòria. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.



Implementació del protocol

A continuació, presentem les accions proposades per tal d'implementar aquest protocol, així com els indicadors que permetran avaluar-ne l'impacte de la implementació.

Acció 1: Conèixer els criteris diagnòstics, aplicar-los i registrar-los. Corresponent a les recomanacions 1 i 3.

A qui s'adreça: Facultatius dels dispositius assistencials.

Qui l'ha de dur a terme: Facultatius amb experiència en TDAH que diagnostiquen el trastorn.

Com:

- Enviant els criteris actualitzats del DSM-IV-TR i la CIM-10 als responsables dels equips.
- Fent accessible a Canal Salut els criteris diagnòstics en vigor.

Quan: En la primera acció de la fase pilot.

Barreres:

- *Dificultat d'incloure la llista d'avaluació als sistemes informàtics de registres.*
- *Registre manual o descriptiu a la història clínica. Diversitat de mètodes per incorporar-la.*

Indicadors:

Quin: Nombre de criteris clínics (sobre 18) registrats a la història clínica.

Qui: AQuAS - Departament

On: Dades del Departament. Informe diagnòstic a la història clínica compartida.

Quan: Pre.: 2015-2016. Post.: 2016-2017.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

**Acció 2: Assegurar el coneixement i l'experiència en el diagnòstic del TDAH.
Corresponent a la recomanació 2.**

A qui s'adreça: Responsables i facultatius dels dispositius assistencials.

Qui l'ha de dur a terme: Responsables dels equips i facultatius.

Com:

- Designant un professional de referència per a la resta de companys per a l'actualització en el coneixement del trastorn.
- Amb la formació inicial i la formació continuada dels professionals.

Quan: A l'inici de la fase pilot (2014-2015).

Barreres:

- *Diferències en la formació acadèmica dels professionals.*

Indicadors:

Quin:

- Nom de la persona responsable del diagnòstic del pacient.
- Pla de formació anual de cada centre.
- Organització d'una jornada sobre actualització en TDAH, acreditada pel Departament de Salut i per les societats científiques pertinents.
- Primera jornada de presentació del protocol (annex 4).

Qui: Revisors externs, AQuAS.

On: Dades del Departament de Salut. Auditoria i dades aportades pel centre.

Quan: Post.: 1 any (2016-2017).



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

**Acció 3: Criteris i sistema de recollida de la informació a la història clínica.
Corresponent a la recomanació 1.**

A qui s'adreça: Facultatius dels dispositius assistencials.

Qui l'ha de dur a terme: Facultatius amb experiència en TDAH que diagnostiquen el trastorn.

Com: Jornada de formació.

Quan: En la primera acció de la fase pilot.

Barreres:

- *Dificultat d'incloure el resultat de l'entrevista als sistemes informàtics de registres.*
- *Registre manual o descriptiu a la història clínica.*
- *Diversitat de mètodes per incorporar-ho.*

Indicadors:

Quin: Prevalença i incidència del TDAH a cada territori.

Qui: Dades del Departament de Salut.

On: CMBD (els tres primers diagnòstics).

Quan: Pre.: abans d'iniciar la implementació. Post.: 2016-2017.

PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Acció 4: Assegurar el coneixement i l'experiència en el tractament psicoterapèutic del TDAH. Corresponent a les recomanacions 4 i 5.

A qui s'adreça: Psicòlegs clínics dels dispositius assistencials.

Qui l'ha de dur a terme: Responsables dels equips i facultatius.

Com:

- Designant i aplicant en cada servei un programa d'intervenció conductual per a pares d'infants o adolescents diagnosticats a partir de l'inici de la implementació del protocol.
- Demostrant la formació en teràpia cognitivoconductual per als casos a aplicar, segons l'algoritme.
- Inclouent-ho en la cartera de serveis de cada centre.

Quan: A l'inici de la fase pilot. Memòria anual de formació.

Barreres:

- *Diferències en la formació acadèmica dels professionals.*

Indicadors:

Quin:

- Nombre de pacients en teràpia familiar per TDAH, o nombre de diagnòstics del TDAH.
- Nombre de pacients en teràpia psicològica individual per TDAH, o nombre de diagnòstics del TDAH.
- Presentació de la memòria de formació continuada.
- Resultats de l'enquesta de satisfacció de pares o tutors.

Qui i on: Dades del Departament de Salut, CMBD.

Quan: Pre.: 2015-2016. Post.: 2016-2017.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Acció 5: Assegurar el coneixement i l'experiència en el tractament farmacològic del TDAH. Corresponent a les recomanacions 7 i 8.

A qui s'adreça: Responsables i facultatius mèdics dels dispositius assistencials.

Qui l'ha de dur a terme: Responsables dels equips i facultatius.

Com:

- Designant un professional de referència per a la resta de companys per a l'actualització en el coneixement del trastorn.
- Inclouent-ho en la cartera de serveis de cada centre.

Quan: A l'inici de la fase pilot. Memòria anual de formació.

Barreres:

- *Diferències en la formació acadèmica dels professionals.*

Indicadors:

Quins:

- Nombre de pacients amb tractament amb metilfenidat o atomoxetina, o nombre de diagnòstics del TDAH.
- Nombre de pacients amb tractament amb metilfenidat o atomoxetina, o nombre de diagnòstics del no-TDAH.

S'entén com a tractament amb metilfenidat o atomoxetina aquell en què s'hagin dispensat tres envasos o més per any.

Qui: CatSalut.

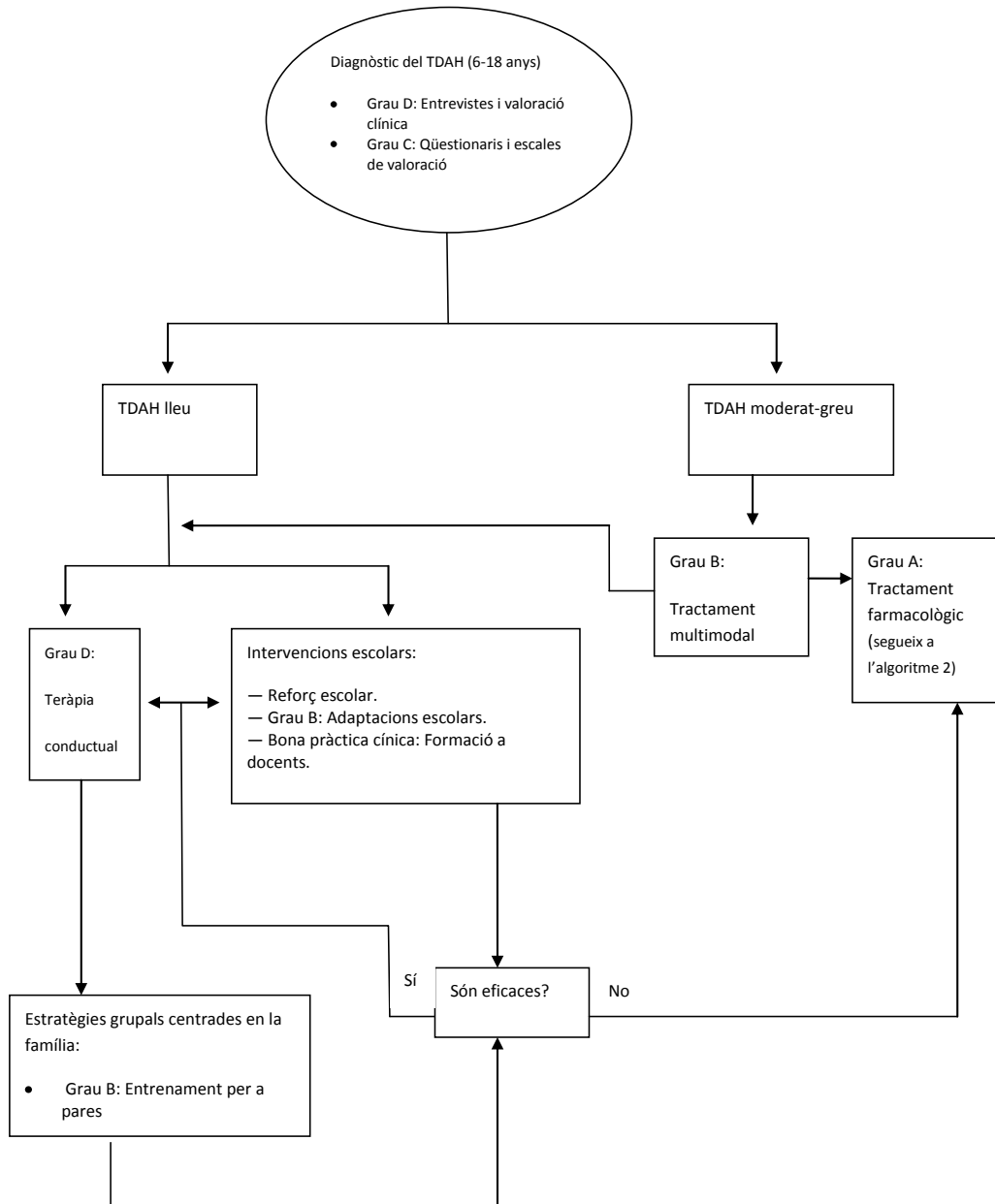
On: Dades del Departament de Salut, CMBD i CatSalut.

Quan: Pre.: 2015-2016. Post.: 2016-2017.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

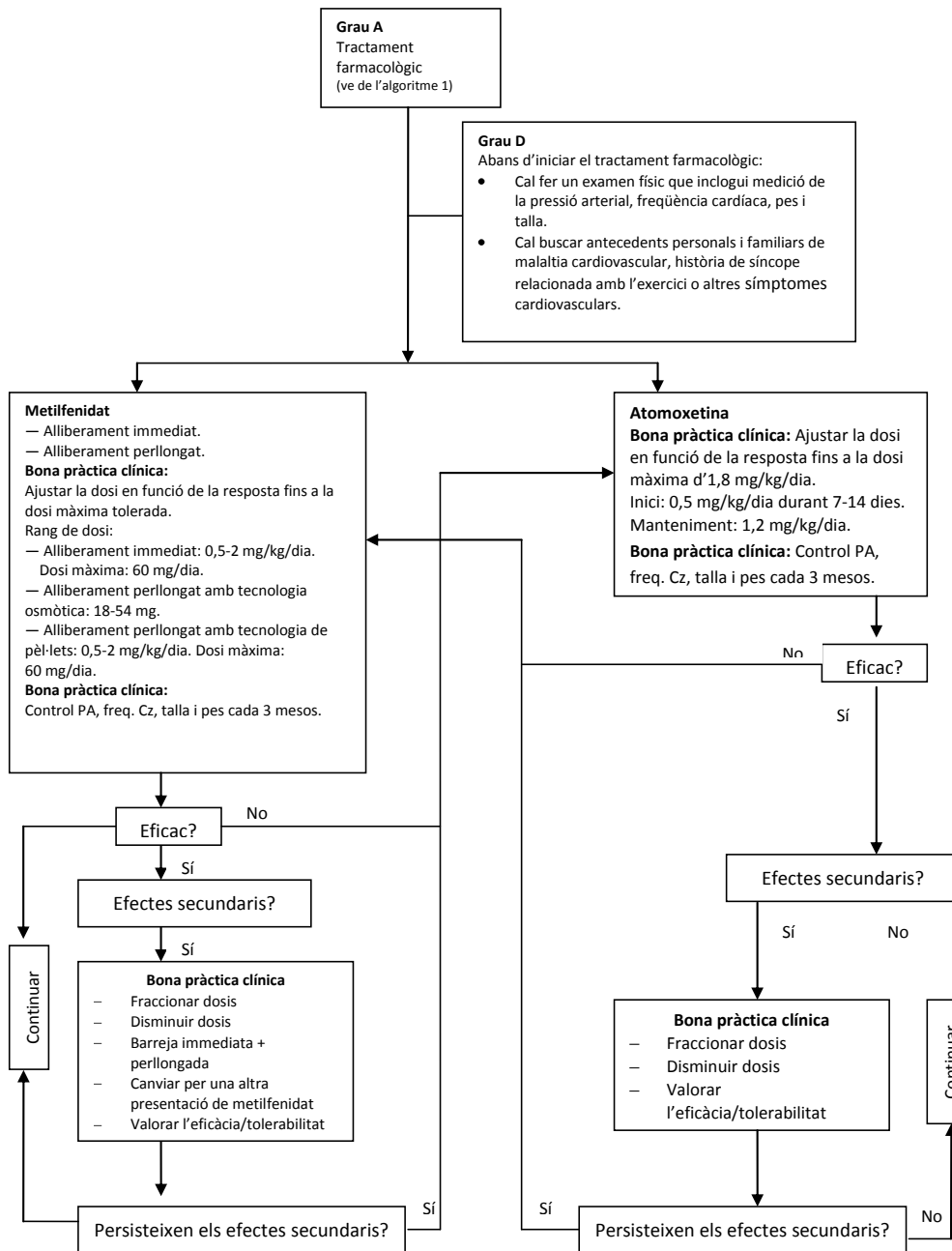
Algorisme 1. Tractament del TDAH en infants i adolescents, segons la *Guia de pràctica clínica del Ministeri*²



² Guia de pràctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministerio de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010.

PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Algorisme 2: Tractament farmacològic del TDAH en infants i adolescents segons la *Guia de pràctica clínica del Ministeri*²



ANNEX 1. Criteris diagnòstics del TDAH, segons el DSM-IV-TR¹

A-1) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención durante al menos seis meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de su misma edad:

Desatención

- No suele prestar atención a los detalles. Comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades.
- Le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico.
- Parece que no escucha cuando se le habla.
- No suele finalizar las tareas o los encargos que empieza y no suele seguir las instrucciones que se le mandan, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones.
- Le resulta complicado organizar tareas y actividades.
- Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido (actividades escolares o tareas domésticas).
- Pierde objetos frecuentemente (ejercicios, lápices, libros, juguetes...).
- Se distrae con cualquier estímulo irrelevante.
- Es descuidado en las actividades de la vida diaria.

A-2) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad durante un período mínimo de seis meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de esa edad:

Hiperactividad

- Suele mover en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento.
- No suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo esté.
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- Tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos.
- Suele estar en movimiento y actuar como si tuviese un motor en marcha continuamente.
- Suele hablar en exceso.

¹ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a ed. rev. Barcelona: Masson; 2001. Es faciliten en castellà ja que no hi ha cap traducció validada en llengua catalana.

PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Impulsividad

- Suele dar respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas.
- Le cuesta esperar su turno y respetar las colas.
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- Suele interrumpir a los demás y entrometerse en las actividades de otros.

B) Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, casa).

D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.

E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno.

ANNEX 2. Criteris diagnòstics del TDAH, segons la CIM-10⁶

Trastorns hipercinètics F90

Grup de trastorns caracteritzat per un inici precoç (habitualment en els primers cinc anys de vida), la falta de persistència en activitats que requereixen implicació cognitiva i la tendència a passar d'una activitat a una altra sense acabar-ne cap, juntament amb una activitat excessiva, desorganitzada i mal regulada. Poden haver-hi unes quantes anomalies associades més. Els infants hipercinètics solen ser temeraris i impulsius, propensos als accidents, i poden ficar-se en problemes disciplinaris perquè se salten les normes sense pensar-hi, no perquè vulguin desafiar-les deliberadament. Les relacions amb els adults solen ser socialment desimboltes, amb la falta de prudència i reserva normals. Són impopulars entre la resta d'infants i poden quedar-se marginats. La deterioració de les funcions cognitives és comuna, i els retards especificats en el desenvolupament motor i del llenguatge són freqüents de manera desproporcionada. Les complicacions secundàries inclouen comportament dissocial i baixa autoestima.

Exclou: esquizofrènia (F20.-), trastorns d'ansietat (F41.-), trastorns de l'estat d'ànim [trastorns afectius] (F30-F39) i trastorns generalitzats del desenvolupament (F84.-).

F90.0 Alteració de l'activitat i l'atenció

- Síndrome de dèficit d'atenció amb hiperactivitat
- Trastorn hiperactiu per dèficit d'atenció
- Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

Exclou: trastorn hipercinètic associat a trastorn de conducta (F90.1).

F90.1 Trastorn de la conducta hipercinètica

- Trastorn hipercinètic associat a trastorn de conducta

F90.8 Altres trastorns hipercinètics

F90.9 Trastorn hipercinètic no especificat

- Reacció hipercinètica durant la infància o l'adolescència NE
- Síndrome hipercinètica NE

⁶ OMS. CIM-10. Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, 10a rev. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2010.



ANNEX 3. Informació per a pacients, familiars i educadors de la *Guía de práctica clínica del Ministeri*²

Aprendre a conèixer i manejar el TDAH en infants i adolescents

Aquesta guia, dirigida a pacients, familiars i educadors d'infants i adolescents amb TDAH, està basada en la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Té com a objectiu proporcionar informació perquè el pacient i el seu entorn coneguin millor el trastorn i siguin part implicada en la seva detecció, el seu diagnòstic i el seu tractament.

El document fa recomanacions basades en els resultats de la investigació existent fins a dia d'avui.

Conté una llista d'adreces i una bibliografia de consulta on es pot aconseguir més informació sobre el TDAH.

1. Què és el TDAH? Com es manifesta en infants i adolescents?

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és un trastorn d'origen neurobiològic que s'inicia en l'edat infantil i que afecta entre un 3% i 7% d'infants en edat escolar. Els símptomes principals són la **hiperactivitat**, la **impulsivitat** i el **dèficit d'atenció**. Aquests símptomes es presenten amb més intensitat i freqüència del que es preveu en infants de la seva mateixa edat.

Els símptomes nuclears del TDAH són els següents:

Hiperactivitat

Es manifesta per un excés de moviment en situacions en què resulta inadequat fer-ho i en diferents àmbits (casa i escola). Els infants tenen grans dificultats per estar-se quiets quan les situacions ho requereixen (s'aixequen de la cadira, ho toquen tot, no paren quiets, semblen moguts per un motor), parlen en excés i produeixen massa soroll durant les activitats tranquil·les.

Inatenció

Es caracteritza per les dificultats per mantenir l'atenció en tasques que requereixen un esforç mental sostingut. Sovint semblen no escoltar, els costa seguir ordres i instruccions i

² Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministerio de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

tenen dificultats per organitzar tasques i activitats, amb tendència als obllits i a perdre objectes. Acostumen a distreure's amb facilitat davant d'estímuls irrellevants. Les dificultats d'atenció acostumen a aparèixer més freqüentment, durant l'etapa escolar, quan augmenta l'exigència acadèmica.

Impulsivitat

Es manifesta per la impaciència i la dificultat per ajornar respostes o esperar el seu torn. Sovint interrompen i donen respostes precipitades abans que les preguntes hagin estat formulades completament. En general, es caracteritzen per actuar sense pensar i sense avaluar les conseqüències de la conducta.

Els infants i els adolescents amb TDAH tenen problemes per controlar el seu comportament i ajustar-se a les normes, i presenten dificultats d'adaptació familiar, escolar o social.

Hi ha diferents tipus de TDAH?

El **DSM-IV-TR** (*Diagnòstic and Statistical Manual of Mental Disorders* ['Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals'], quarta edició, text revisat, 2001), de l'Associació Americana de Psiquiatria, classifica el TDAH en tres tipus:

- **TDAH, tipus combinat:** Hi són presents els tres símptomes principals (inatenció, hiperactivitat i impulsivitat).
- **TDAH, tipus amb predomini del dèficit d'atenció:** Quan el símptoma principal és la inatenció.
- **TDAH, tipus amb predomini hiperactiu-impulsiu:** La conducta que predomina és la hiperactivitat i la impulsivitat.

Quins són els trastorns que es presenten amb el TDAH?

Amb freqüència els infants amb TDAH poden tenir altres problemes associats, com els trastorns de conducta, l'ansietat o els problemes d'aprenentatge.

2. Quina és la causa del TDAH? Quins factors hi intervenen?

No es coneixen amb exactitud tots els factors que intervenen en l'aparició del TDAH, però és clar que hi ha una interrelació de múltiples factors genètics i ambientals.

Estructures i circuits cerebrals

Hi ha evidència científica que l'origen del TDAH és una alteració en el funcionament cerebral, localitzada en les àrees del còrtex prefrontal i les seves connexions amb els



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

ganglis basals. Diversos estudis han trobat en la població pediàtrica amb TDAH una mida menor d'algunes d'aquestes àrees cerebrals.

Component genètic

Hi ha evidència científica sobre el component genètic del TDAH. Estudis recents mostren la complexitat genètica del TDAH, ja que s'hi han vist implicats diversos cromosomes i gens. El component genètic pot ser que sigui la predisposició més important per patir el TDAH.

Factors neurobiològics

La presència de factors neurobiològics no genètics en l'aparició del TDAH ha estat referida en diversos estudis: prematuritat, encefalopatia hipòxica isquèmica, baix pes en néixer i consum de tabac, alcohol i altres drogues durant la gestació. En edats posteriors, els traumatismes cranioencefàlics (TCE) greus en la primera infància, així com patir infeccions del sistema nerviós central (SNC), s'han relacionat també amb un risc més gran de TDAH. Aquests factors neurobiològics no genètics se'ls denomina, de manera genèrica, *factors ambientals*.

Factors no neurobiològics

S'han descrit també factors de risc psicosocial que poden influir en el desenvolupament de la capacitat de control emocional i cognitiu. Actualment, s'accepta que és possible la interacció de factors ambientals i genètics de manera que la presència de determinats gens afectaria la sensibilitat individual a certs factors ambientals.

Factors dietètics com el tipus d'alimentació, la utilització d'additius alimentaris, el sucre i els edulcorants han estat també motiu de polèmica sense que hi hagi fins ara estudis concloents que els relacionin amb el TDAH.

Hi ha disfuncions neuropsicològiques en el TDAH?

Els estudis neuropsicològics i de neuroimatge funcional han demostrat que els nens i les nenes amb TDAH presenten una alteració cognitiva en les anomenades funcions executives: inhibició de resposta, vigilància, memòria de treball i planificació.

3. Quina és l'evolució del TDAH amb l'edat?

En molts infants els símptomes d'hiperactivitat tendeixen a disminuir durant la infància. La inatenció i especialment la impulsivitat es mantenen en adolescents i adults.

El temps que els infants poden mantenir l'atenció s'incrementa amb l'edat, però en molts infants amb el trastorn l'atenció tendeix a estar per sota del nivell esperat i necessari per



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

realitzar les demandes de la vida diària. **Un alt percentatge d'infants amb TDAH seguiran tenint símptomes en l'adolescència i l'edat adulta, motiu pel qual hauran de continuar en tractament.**

Tot i que els símptomes d'inatenció i hiperactivitat poden persistir en molts casos, és important recordar que molts joves amb TDAH tindran una bona adaptació en l'edat adulta i estaran lliures de problemes de salut mental. Serà més probable un bon pronòstic quan predomina la inatenció més que la hiperactivitat-impulsivitat, no es desenvolupen trastorns de conducta i les relacions amb els familiars i els altres nens i nenes són adequades.

4. Com i qui diagnostica el TDAH?

Com es diagnostica el TDAH?

El diagnòstic del TDAH és exclusivament clínic, això significa mitjançant la informació obtinguda dels infants o els adolescents, els seus pares i els educadors, i ha d'estar sustentat en la presència dels símptomes característics del trastorn, amb una clara repercussió en els àmbits familiar, acadèmic o social, després d'haver descartat altres trastorns o problemes que puguin justificar la simptomatologia observada.

En l'entrevista s'ha d'obtenir informació respecte als problemes actuals de l'infant, la naturalesa dels símptomes (freqüència, durada, variació situacional dels símptomes), edat d'inici i grau de repercussió en els diferents ambients de la vida de l'infant.

S'han d'avaluar també els antecedents familiars (atès el caràcter genètic del trastorn), el funcionament familiar i els antecedents personals (embaràs, part i període perinatal, desenvolupament psicomotor, antecedents patològics i història de la salut mental de l'infant).

S'ha de fer una exploració física i psicopatològica de l'infant i recollir informació de l'escola i sobre el rendiment acadèmic al llarg de tota la seva història escolar.

L'exploració neuropsicològica i psicopedagògica no són imprescindibles per al diagnòstic del TDAH en infants i adolescents. De tota manera, és recomanable l'estudi neuropsicològic quan se sospiti la presència d'un trastorn específic de l'aprenentatge comòrbid o sigui important valorar el perfil de funcionament cognitiu. De la mateixa manera, una avaluació psicopedagògica permetrà valorar l'estil d'aprenentatge i establir els objectius de la intervenció reeducativa.

La realització de proves complementàries de laboratori, de neuroimatge o neurofisiològiques no són necessàries per al diagnòstic del TDAH en infants i adolescents si no és que la història clínica i l'exploració física posin en evidència la presència d'algun trastorn que requereixi fer-les.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Quins instruments d'avaluació s'utilitzen?

Per a l'avaluació del TDAH es necessita obtenir informació de l'infant o l'adolescent, dels pares o els cuidadors i dels docents, en relació amb els símptomes del TDAH. La informació es pot obtenir mitjançant preguntes obertes, preguntes específiques, entrevistes semiestructurades, qüestionaris i escales.

L'ús d'escales de valoració dels símptomes és sempre un complement de l'entrevista clínica. Hi ha escales i qüestionaris, útils per valorar els símptomes del TDAH i la seva intensitat, que s'acostumen a administrar als pares o als cuidadors i als mestres.

També és freqüent utilitzar escales més àmplies de psicopatologia general per detectar si hi ha altres trastorns associats.

Què és el diagnòstic diferencial?

En l'exploració i la valoració de l'infant amb TDAH, s'ha de tenir en compte que no tots els infants moguts i despistats tenen TDAH. Per tant, cal fer un diagnòstic diferencial amb altres malalties que es puguin confondre amb el TDAH.

Els símptomes del TDAH poden aparèixer en una àmplia varietat de trastorns:

- Discapacitat intel·lectual
- Trastorns de l'aprenentatge
- Trastorns de l'espectre autista
- Trastorns del comportament
- Trastorn d'ansietat
- Trastorn de l'estat d'ànim
- Abús de substàncies
- Factors ambientals
- Trastorns mèdics

La majoria d'aquests trastorns poden ser descartats amb una història clínica completa i l'exploració física.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Qui diagnostica el TDAH?

El diagnòstic del TDAH en infants i adolescents l'ha de fer un facultatiu (especialista en psiquiatria, neuropediatria, psicologia clínica) amb entrenament i experiència en el diagnòstic del TDAH i les seves comorbiditats més freqüents.

5. Quin és el tractament del TDAH?

El tractament del TDAH en infants i adolescents es fa de manera individualitzada en funció de cada pacient i la seva família. Tenen com a objectiu millorar els símptomes i reduir l'aparició d'altres trastorns associats, ja que fins avui no hi ha cap cura per al TDAH.

En infants i adolescents amb TDAH amb repercussió moderada o greu en la seva vida diària, es recomana el **tractament combinat**, que inclou tractament psicològic conductual, tractament farmacològic i intervenció psicopedagògica.

La combinació de tractaments farmacològics i psicològics té la potencialitat que exerceix efectes immediats en els símptomes del TDAH amb la utilització de la medicació, així com efectes de llarga durada gràcies al desenvolupament d'estratègies i habilitats cognitives i de comportament proporcionades pel tractament psicològic.

5.1. Tractament psicològic per al TDAH en infants i adolescents

Les intervencions psicològiques que han mostrat evidència científica positiva per al tractament TDAH es basen en els principis de la teràpia cognitivoconductual (TCC).

Els tipus d'intervencions que s'apliquen es descriuen breument a continuació.

Teràpia de conducta

És una teràpia psicològica que es basa en una anàlisi de la conducta. S'identifiquen els factors que estan mantenint la conducta inadequada i es delimiten les conductes que es volen incrementar, disminuir o eliminar, portant a terme la seva observació i el seu registre. Hi ha dos tipus de tècniques:

- Per augmentar conductes positives: s'utilitzen el reforçament positiu com la lloança, l'atenció positiva, les recompenses i els privilegis.
- Per reduir conductes no desitjades: s'utilitzen el cost de resposta, el temps fora i l'extinció (no fer cas de la conducta que es vol reduir o eliminar).

Entrenament per als pares

Es tracta d'un programa de tractament conductual que té com a objectiu donar informació sobre el trastorn, ensenyar als pares a modificar la conducta dels seus fills, incrementar la



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

competència dels pares i millorar la relació paternofilial per mitjà d'una millor comunicació i atenció al desenvolupament de l'infant.

Teràpia cognitiva

Entrenament en tècniques d'autoinstruccions, autocontrol i solució de problemes.

Entrenament en habilitats socials

Els infants i els adolescents amb TDAH presenten sovint problemes de relació amb la família, déficit en habilitats socials i problemes de relació amb els iguals. L'entrenament en habilitats socials acostuma a fer-se en grups petits d'edats similars, i s'utilitzen tècniques de la TCC.

5.2. Tractament psicopedagògic per al TDAH en infants i adolescents

La intervenció psicopedagògica constitueix un pilar fonamental en el tractament combinat del TDAH, ja que inclou des de les intervencions encaminades a millorar el rendiment acadèmic de l'infant o l'adolescent (amb la reeducació psicopedagògica) fins a aquelles dirigides a la millora de l'entorn escolar i, per tant, la seva adaptació a aquest (mitjançant un programa d'intervenció a l'escola i la formació als docents).

La **reeducació psicopedagògica** és un reforç escolar individualitzat que es duu a terme després de l'horari escolar i que té com a objectiu pal·liar els efectes negatius del TDAH en els infants i els adolescents que el presenten en relació amb el seu aprenentatge o la seva competència acadèmica. Es treballa sobre la repercussió negativa del déficit d'atenció, la impulsivitat i la hiperactivitat en el procés de l'aprenentatge escolar.

La reeducació psicopedagògica ha d'incloure accions encaminades a:

- Millorar el rendiment acadèmic de les diferents àrees, les instrumentals i aquelles més específiques per a cada curs escolar.
- Treballar els hàbits que fomenten conductes apropiades per a l'aprenentatge (com el maneig de l'horari i el control de l'agenda escolar) i les tècniques d'estudi (prelectura, lectura atenta, anàlisi i subratllat, síntesis i esquemes o resums).
- Elaborar i ensenyar estratègies per a la preparació i l'elaboració d'exàmens.
- Millorar l'autoestima en relació amb les tasques i l'estudi, identificant habilitats positives i augmentant la motivació per l'assoliment.
- Ensenyar i reforçar conductes apropiades i facilitadores d'un bon estudi i l'acompliment de tasques.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

- Reduir o eliminar comportaments inadequats, com conductes desafiantes o mals hàbits d'organització.
- Mantenir actuacions de coordinació amb l'especialista que tracti l'infant i amb l'escola per establir objectius comuns i oferir al docent estratègies per al maneig de l'infant o l'adolescent a l'aula.
- Intervenir en els pares per ensenyar-los a posar en pràctica, monitorar i reforçar l'ús continuat de les tasques de gestió i organització de l'estudi a la llar.

Els infants amb TDAH requereixen, de manera individualitzada i per a cada un d'ells, un **programa d'intervenció a l'escola** que inclogui tant accions acadèmiques o d'instrucció com conductuals. Aquests programes han d'implicar la major part de l'equip docent per facilitar-ne l'eficàcia recollint:

- Aquelles accions que fan referència a la metodologia (la manera de donar instruccions, explicar els continguts acadèmics o assignar deures i tasques).
- Aquelles que fan referència a l'entorn de treball (la situació física de l'infant o l'adolescent a l'aula, l'ambient estructurat i motivador o l'eliminació d'elements que generin distracció).
- Aquelles que fan referència a la millora del comportament de l'infant o l'adolescent (la supervisió constant, les tutories individualitzades i l'ús de tècniques conductuals).

La **formació de docents** permet que aquests rebin psicoeducació sobre el trastorn, modifiquin pensaments i opinions en relació amb els infants i els adolescents amb TDAH, s'entrenin en pautes de conducta i es capacitin per a la detecció de senyals d'alerta del TDAH, afavorint-ne així la detecció precoç.

5.3. Tractament farmacològic per al TDAH en infants i adolescents

Per què cal utilitzar fàrmacs en el tractament del TDAH en infants i adolescents?

L'efecte beneficiós dels fàrmacs sobre les conductes hiperactives es coneix des de fa més de 70 anys. Els primers fàrmacs per al tractament del TDAH es van comercialitzar a Espanya fa més de 25 anys.

Aquests fàrmacs estan entre els més **estudiats i segurs** de tots els que s'utilitzen en infants i adolescents, i tots ells són molt eficaços per al tractament dels símptomes del TDAH. Entre el 70% i el 80% dels pacients responen de manera favorable al primer tractament utilitzat.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Per tant, per la seva seguretat, l'alta eficàcia i els escassos efectes secundaris, es recomana el tractament farmacològic per al tractament d'aquests pacients.

Amb els fàrmacs **reduïm els símptomes del TDAH i es milloren el rendiment escolar, el comportament** de l'infant i les relacions tant a casa com a l'escola. Al mateix temps, **es potencia l'efecte de les intervencions psicològiques i psicopedagògiques**.

Quins fàrmacs hi ha disponibles a l'Estat espanyol?

En aquests moments, al nostre país disposem de dos grups de medicaments indicats per al tractament del TDAH en infants i adolescents: els estimulants (metilfenidat) i els no estimulants (atomoxetina).

Disposem de tres presentacions de metilfenidat en funció de la forma d'alliberament del fàrmac:

- Alliberament immediat: la durada de l'efecte és d'unes 4 hores; per tant cal administrar unes 2-3 dosis repartides al llarg del dia per tractar de manera adequada el pacient.
- Alliberament perllongat: consisteix en una barreja de metilfenidat d'alliberament immediat i d'alliberament perllongat en una sola dosi diària. La diferència entre l'un i l'altre és la quantitat de fàrmac d'acció immediata i perllongada i el mecanisme d'alliberament emprat; això comporta una durada de l'efecte diferent, unes 12 hores per al metilfenidat d'alliberament perllongat amb tecnologia osmòtica i unes 8 hores per al metilfenidat d'alliberament perllongat amb tecnologia de pèl·lets.

En altres països del nostre entorn existeixen altres presentacions disponibles de fàrmacs estimulants com, per exemple, presentació en pegats, associació de sals d'estimulants, etc.; de moment, aquestes presentacions no estan disponibles a Espanya.

Quin fàrmac cal escollir?

El tractament farmacològic ha de ser prescrit i controlat per un metge o metgessa amb experiència en el TDAH i en el maneig d'aquests fàrmacs i els seus possibles efectes secundaris. El tractament ha de ser **individualitzat**, és a dir, adaptat a les necessitats de cada pacient i de cada família. L'elecció d'un fàrmac o un altre dependrà de:

- L'existència de problemes associats, com tics, epilèpsia, ansietat, etc.
- Els efectes adversos de la medicació.
- L'existència de consum de drogues en l'adolescent.
- Les experiències prèvies de falta d'eficàcia amb un fàrmac determinat.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

- Les preferències de l'infant o l'adolescent i la seva família.
- La facilitat d'administració.

Cal fer alguna prova abans d'iniciar el tractament amb aquests fàrmacs?

No cal fer cap prova complementària (anàlisi de sang, electrocardiograma, etc.) si no és que la història o l'exploració del pacient ho aconsella. Per exemple, en pacients amb antecedents de problemes cardíacs caldrà fer un estudi cardiològic abans d'iniciar el tractament.

En el control del tractament és convenient registrar el pes, la talla, el pols i la pressió arterial de manera periòdica.

Com s'inicia el tractament farmacològic?

Una vegada escollit el fàrmac, es comença amb dosis baixes i s'incrementarà la dosi cada 1-3 setmanes en funció de la resposta del pacient i de l'aparició d'efectes secundaris. El metge o metgessa serà responsable d'avaluar l'eficàcia i la tolerabilitat del fàrmac mitjançant visites periòdiques, molt més freqüents a l'inici del tractament i més distanciades en el temps (cada 3-6 mesos) un cop ajustada la dosi del fàrmac de manera adequada.

Tot i que el tractament és individualitzat, les pautes generals per a cada fàrmac són:

- Metilfenidat d'alliberament immediat: 2-3 dosis al dia.
- Metilfenidat d'alliberament perllongat: 1 dosi al matí.
- Atomoxetina: es recomana administrar en una única dosi al matí; si hi ha problemes de tolerància, cal administrar-la a la nit o repartir la dosi entre el matí i la nit.

En algunes ocasions, si la milloria no és suficient o si existeixen altres trastorns associats, caldrà augmentar la dosi fins a la màxima recomanada o combinar diferents tipus de fàrmacs.

Quins són els efectes secundaris més freqüents?

Els efectes secundaris apareixen fonamentalment a l'inici del tractament; són poc freqüents, d'escassa intensitat, transitoris i de poca gravetat. En casos molt rars obliguen a suspendre el tractament. És important poder consultar amb el metge o metgessa responsable del tractament qualsevol efecte advers abans de suspendre l'administració del fàrmac.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Els efectes secundaris més freqüents dels **estimulants (metilfenidat)** són la pèrdua de pes i de la gana, sobretot a l'inici del tractament; la dificultat per conciliar el son (insomni de conciliació); la cefalea, i, de manera molt més infreqüent, els tics i la inquietud.

Els efectes secundaris més freqüents dels **no estimulants (atomoxetina)** són la pèrdua de pes i de la gana, sobretot a l'inici del tractament; la somnolència; els símptomes gastrointestinals, com el dolor abdominal, les nàusees o els vòmits; els marejos, i el cansament. De manera molt infreqüent, pot aparèixer icterícia (la pell agafa un color groguenc a causa de l'augment de la bilirubina), reflex d'un dany hepàtic que obliga a la supressió del tractament.

Quant de temps dura el tractament farmacològic?

La durada del tractament s'ha de plantejar de manera individualitzada en funció de la persistència dels símptomes i de la repercussió d'aquests en la vida de l'infant o de l'adolescent.

Per als pacients que estiguin prenent estimulants, una pràctica acceptada és la realització de períodes curts, d'una setmana o dues anuals, sense tractament farmacològic, amb l'objectiu de poder valorar el funcionament de l'infant o de l'adolescent tant a casa com a l'escola. Un dels millors moments per fer aquesta avaluació sense tractament acostuma a ser a l'inici del curs escolar.

És recomanable fer períodes lliures de tractament farmacològic amb estimulants (“vacances terapèutiques”)?

Tot i que els fàrmacs estimulants milloren els símptomes del TDAH i el rendiment escolar, els seus efectes no es manifesten únicament a l'escola, sinó també a casa i en altres ambients. Per aquest motiu, en el tractament del TDAH en infants i adolescents **no estan recomanats de manera sistemàtica els períodes de descans del tractament farmacològic (“vacances terapèutiques”)**, ja que poden comportar un empitjorament de la simptomatologia del pacient. De totes maneres, la realització o no de les “vacances terapèutiques” serà una decisió consensuada entre el metge o metgessa, la família i el pacient, amb l'objectiu d'avaluar la necessitat de mantenir el tractament o no i reduir els efectes adversos.

Genera addicció el tractament farmacològic?

No hi ha cap evidència científica que hagi demostrat que el tractament amb estimulants produeix addicció.

Sí que s'ha demostrat clarament que els pacients amb TDAH en tractament farmacològic presenten significativament menys problemes de consum de drogues en l'adolescència que els pacients amb TDAH que no reben tractament farmacològic.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

El tractament farmacològic per al TDAH es relaciona amb el retard del creixement?

Els estudis disponibles fins ara són poc concloents. Les últimes dades informen que la talla final dels infants en tractament amb estimulants seria d'1 a 3 cm inferior a l'esperada. El retard en el creixement és més gran en el primer any de tractament, però tendeix a normalitzar-se posteriorment.

Disminueix l'eficàcia del tractament farmacològic amb el temps?

L'ús correcte dels fàrmacs indicats per al tractament del TDAH en infants i adolescents administrats de la manera i en la dosi prescrites no produeixen tolerància, no deixa de ser eficaç ni cal augmentar la dosi, excepte per motius de creixement (increment de la talla i el pes). Hi ha evidència científica que el tractament és efectiu a llarg termini si aquest és continuat.

5.4. Tractaments alternatius i complementaris per al TDAH en infants i adolescents

Arran de l'increment exponencial de la medicina o de les teràpies alternatives i complementàries en els últims anys, els professionals de la salut contínuament reben dubtes i preguntes dels seus pacients i familiars sobre l'ús d'aquestes. Per altra banda, molts pacients no expliquen als seus metges que les utilitzen, amb la possible interferència en el tractament mèdic o els efectes adversos. **És important fer saber al metge o metgessa responsable del tractament si s'utilitzen tractaments alternatius o complementaris.**

Algunes de les teràpies alternatives sense recomanació general aplicable al tractament del TDAH en infants i adolescents inclouen tractaments dietètics, d'optometria, d'homeopatia, de medicina herbàcia, d'estimulació auditiva (mètode Tomatis) i de *biofeedback* per encefalograma (EEG *biofeedback*, *neurofeedback* o neuroteràpia), psicomotricitat i osteopatia.

6. Com es tracten els trastorns associats al TDAH en infants i adolescents?

La teràpia psicològica portada a terme amb els pares (entrenament de pares) és el tractament més efectiu per als trastorns de conducta en els infants; a més a més, les teràpies psicològiques amb els infants, com l'entrenament en habilitats socials, poden ser beneficioses.

En infants i adolescents amb trastorns d'ansietat i TDAH, si fos necessari, el psiquiatre d'infants i adolescents també podria administrar medicaments eficaços i segurs.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Els problemes d'aprenentatge requereixen una avaluació i un pla de tractament psicopedagògics a llarg termini.

7. Com es pot prevenir el TDAH?

Atesa l'etiologia fonamentalment de base genètica del TDAH, la prevenció primària, és a dir, les accions encaminades a aconseguir que el trastorn no arribi a produir-se, no seria factible.

Sí que podem actuar sobre alguns factors biològics no genètics, com són el consum de **tòxics durant l'embaràs** (tabac i alcohol), recomanant evitar-los durant la gestació.

A un altre nivell de prevenció hi hauria la detecció precoç d'aquest trastorn, posant especial atenció, sobretot, en les poblacions de risc, com són els infants amb antecedents familiars de TDAH, la prematuritat, el baix pes en néixer, la ingesta de tòxics durant la gestació i els traumatismes cranioencefàlics greus.

La detecció precoç del trastorn ens ajudarà a iniciar al més aviat possible el tractament adequat, que és fonamental per prevenir els problemes associats (mal rendiment escolar, dificultats en les relacions socials i trastorns de conducta).

8. Què cal fer davant la sospita de TDAH?

En l'àmbit de la sanitat pública, davant una sospita de TDAH, el primer pas seria consultar-ho amb el pediatre d'atenció primària, el qual, en funció de la disponibilitat de la zona, pot fer la derivació de l'infant o l'adolescent a un centre especialitzat en salut mental infantojuvenil o a un servei de psiquiatria i psicologia infantil o de neuropediatria.

9. Què poden fer els pares per ajudar l'infant o l'adolescent amb TDAH?

- Confirmar el diagnòstic del TDAH mitjançant professionals de la salut (pediatres, psicòlegs clínics, psiquiatres infantils, neuropediatres, neuropsicòlegs) amb experiència i capacitat en aquest trastorn.
- Buscar una avaluació professional i un tractament personalitzat.
- Iniciar el tractament amb professionals que tinguin una formació adequada en el TDAH.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

- Buscar informació adequada sobre el trastorn, pràctica, realista i que es fonamenti en dades científiques. Podrà obtenir-la dels professionals que l'atenguin o de les associacions sobre el TDAH.
- Implicar els familiars més propers en l'educació sobre el TDAH.
- Aprendre a gestionar les pròpies emocions negatives (enuig, culpa, amargura) i mantenir una actitud positiva.
- Intentar oferir al seu fill o filla un reforç positiu immediat i freqüent.
- Utilitzar recompenses duradores i eficaces.
- Utilitzar la recompensa abans que el càstig.
- Millorar l'autoestima de l'infant o de l'adolescent i utilitzar missatges positius.
- Fer tangibles els pensaments i la solució de problemes.
- Simplificar les regles de la casa o del lloc on es trobi.
- Ajudar el seu fill o filla a fer les coses pas a pas.
- Assegurar-se que el seu fill o filla ha entès les seves instruccions.
- Ensenyar-li a ser organitzat i fomentar les seves habilitats socials.
- Ser indulgents.

10. Què pot fer-se des de l'escola per ajudar l'infant o l'adolescent amb TDAH?

Les intervencions que es porten a terme des de l'escola han de considerar les estratègies següents:

- Utilitzar tècniques de modificació de conducta: reforçament positiu, sistemes d'economia de fitxes, modelatge, extinció, cost de resposta, tècnica del temps fora, sobrecorrecció, etc.
- Ensenyar a l'infant o l'adolescent tècniques d'entrenament en autocontrol, resolució de problemes, entrenament en habilitats socials o tècniques de relaxació.
- Definir clarament i de manera conjunta amb l'infant o l'adolescent els objectius a curt i llarg termini, tant els que fan referència als continguts curriculars com al seu comportament a l'escola.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

- Adequar l'entorn i controlar el nivell de distractors a l'aula, situant l'infant o l'adolescent en un lloc on pugui ser supervisat fàcilment i allunyat dels estímuls que el puguin distreure.
- Ajustar les tasques i les expectatives a les característiques de l'infant o l'adolescent reduint o simplificant les instruccions que se li donen per dur a terme les tasques, mitjançant instruccions breus, simples i clares.
- Adequar les formes d'avaluació modificant la manera d'administrar i avaluar les proves i els exàmens.
- Complementar, per part del docent, les instruccions orals amb instruccions i recordatoris visuals.
- Oferir a l'infant o l'adolescent sistemes d'ajuda per al control diari de les seves tasques i per al compliment de treballs a curt i llarg termini (control de l'agenda, recordatoris, etc.).
- Procurar un nivell adequat de motivació en l'alumne oferint retroalimentació freqüent sobre les seves millores en el comportament i el seu esforç.

11. Adreces i bibliografia de consulta

11.1. Webs d'interès

AACAP: <http://www.aacap.org/>

AQuAS: <http://aquas.gencat.cat/ca/>

Russell A. Barkley: www.russellbarkley.org

CADDRA: www.caddra.ca

CHADD: www.chadd.org

Fundación ADANA: www.fundacionadana.org

GuíaSalud: www.guiasalud.es

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: www.hsjdbcn.org

NICE: www.nice.org.uk/cg072

NIMH: www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

TDAH Catalunya: www.tdahcatalunya.org

11.2. Bibliografia de consulta

- Barkley R. Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 1999.
- Barkley R. Hijos desafiantes y rebeldes. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 2000.
- Bauermeister JJ. Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces? Guía acerca del Déficit Atencional para padres. Madrid: Grupo Albor-Cohs; 2002.
- Green C, Chee K. El niño muy movido o despistado. Barcelona: Ed. Médici; 2001.
- Mena B, Nicolau R, Salat L, Tort P, Romero B. El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. 3a ed. Barcelona: Ed. Mayo; 2006.
- Orjales I. Déficit de Atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: Ed. CEPE; 1998.
- Rief S. Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Barcelona: Ed. Paidós; 1999.
- Soutullo C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). 2a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.

ANNEX 4. Proposta de formació

Proposta de la primera jornada de formació per a la implementació del protocol per al maneig del TDAH en infants i adolescents a Catalunya

1. Presentació de les recomanacions diagnòstiques i de tractament del protocol del Departament de Salut (coordinadores de la guia).
2. Resum de les guies clíniques ja presentades del Departament d'Ensenyament (delegació territorial o inspecció d'Ensenyament).
3. Principals punts en la implementació (psiquiatre del grup de TDAH):
 - a. Aspectes diagnòstics: sistemes diagnòstics i ús.
 - b. Algoritmes de decisió en el tractament.
 - c. Algoritme de tractament farmacològic i repàs de les principals normes d'ús del metilfenidat i l'atomoxetina.
4. Formació específica en el disseny d'un programa d'entrenament per a pares d'infants amb TDAH

Formació continuada en actualització del TDAH acreditada pel Departament de Salut i les societats científiques



ANNEX 5. Entrenament en tècniques cognitivoconductuals per a pares amb fills amb TDAH

En l'abordatge del TDAH destaca l'eficàcia demostrada de l'entrenament per a pares en el maneig de contingències en els trastorns de conductes perturbadores, especialment en preescolars i escolars: amb l'entrenament per a pares hi ha un percentatge superior al 65% de resposta positiva en preescolars enfront del 50-64% en escolars i el 25-35% en adolescents, segons Barkley. Barkley (1997, 2006) sosté que, en el tractament del negativisme desafiant, el que ha demostrat més efectivitat és l'entrenament per a pares, sobretot quan s'aplica en infants preescolars. Així mateix, Taylor *et al.* (1998) també assenyalen l'eficàcia demostrada d'aquest tractament en diferents estudis. Aquest tractament s'inclou en el pla terapèutic del TDAH perquè el TDAH presenta una elevada comorbiditat amb el trastorn de conducta i amb el negativisme desafiant. Però no és només aquesta la raó de la seva inclusió, és important destacar que les famílies que tenen un nen o una nena amb TDAH, així com les que tenen un infant amb algun altre trastorn del comportament, tenen més estrès i frustració parental, més desacord marital i més freqüència de divorcis. L'impacte personal, familiar i social del trastorn pot ser molt elevat (NIH, *Special Communications*, 2000).

Tots els programes tenen un objectiu principal: els pares poden actuar amb els fills de manera automàtica (sense pensar) o de manera deliberada (entrenada).

Cada territori adaptarà, en funció de les seves necessitats i recursos, el programa de formació per a pares. A continuació es descriu el contingut bàsic d'aquests programes:

La majoria de programes duren entre 10 i 12 sessions de dues hores de durada i inclouen els continguts següents:

1. Revisió del trastorn.
2. Principis de maneig conductual i de la teoria de l'aprenentatge social.
3. Establiment d'objectius positius: registre casa/escola, objectius i recompenses (sistemes de monitoratge i economia de fitxes).
4. Donar atenció positiva a la conducta adaptativa i ignorar les conductes menors.
5. La manera com donar ordres efectives.
6. Reforçament del compliment de normes.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

7. Procediments de temps fora i altres alternatives al càstig: extinció, retirada de privilegis, conseqüències naturals, etc.
8. Sistemes de recompensa i cost de resposta.
9. Aplicació del sistema de recompenses fora de casa.
10. Tècniques de resolució de problemes (Meichembaum, Kendall).
11. Manteniment del programa.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

ANNEX 6. Taula de nivells d'evidència i graus de recomanació de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Nivells d'evidència

1++	Metanàlisi d'alta qualitat, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics d'alta qualitat amb molt poc risc de biaix.
1+	Metanàlisis ben realitzades, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics ben realitzats amb poc risc de biaix.
1-	Metanàlisi, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics amb un alt risc de biaix.
2++	Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls. Estudis de cohorts o de casos i controls amb un risc molt baix de biaix i amb una alta probabilitat d'establir una relació causal.
2+	Estudis de cohorts o de casos i controls ben realitzats amb un baix risc de biaix i amb una moderada probabilitat d'establir una relació causal.
2-	Estudis de cohorts o de casos i controls amb un alt risc de biaix i un risc significatiu que la relació no sigui causal.
3	Estudis no analítics, com informes de casos, sèries de casos o estudis descriptius.
4	Opinió d'experts.

Graus de recomanació

A	Almenys una metanàlisi, una revisió sistemàtica o un assaig clínic classificat com a 1++ i directament aplicable a la població diana de la guia; o un volum d'evidència formada per estudis classificats com a 1+ i amb una gran consistència entre ells.
B	Un volum d'evidència formada per estudis classificats com a 2++, directament aplicable a la població diana de la guia i que demostrin gran consistència entre ells; o una evidència extrapolada des d'estudis classificats com a 1++ o 1+.
C	Un volum d'evidència formada per estudis classificats com a 2+ directament aplicables a la població diana de la guia que demostrin una gran consistència entre ells, o una evidència extrapolada des d'estudis classificats com a 2++.
D	Evidència de nivell 3 o 4, o evidència extrapolada des d'estudis classificats com 2+.

Els estudis classificats com a 1- i 2- no s'han d'utilitzar en el procés d'elaboració de recomanacions pel seu elevat potencial de biaix.

Bona pràctica clínica

✓ *	Pràctica recomanada basada en l'experiència clínica i el consens de l'equip redactor.
-----	---

* De vegades el grup elaborador s'adona que hi ha algun aspecte pràctic important sobre el qual es vol posar èmfasi i per al qual no hi ha, probablement, cap evidència científica sobre la qual es recolzi. En general, aquests casos estan relacionats amb algun aspecte del tractament considerat com a bona pràctica clínica i que ningú no qüestionaria habitualment. Aquests aspectes són valorats com a punts de bona pràctica clínica. Aquests missatges no són una alternativa a les recomanacions basades en l'evidència, sinó que s'han de considerar únicament quan no hi ha cap altra manera de destacar aquest aspecte.



ANNEX 7. Declaració de conflicte d'interessos

Aitana Bigorra, Carme Carrión, Ma.Dolors Estrada, Ma.Claustre Jané, Carla Jané, Montserrat Palau i Ma. Teresa Pi declaren absència de conflicte d'interessos.

José Angel Alda declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire/ Lilly/ Otsuka/ Janssen i Juste. Honoraris de ponent de Shire/ Lilly i Janssen. Finançament per la recerca de Shire/ Lilly i Instituto Carlos III. Consultoria Shire i Lilly. En interessos no personals, ajuda per contractació de Instituto Carlos III.

Aurea Autet declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire/ Lilly/ Janssen i Juste.

Rosa Calvo declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Juste/ Janssen/ Lilly i Shire.

Adela Massana declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Lilly/ Janssen. Finançament per la recerca de Shire.

Rosa Nicolau declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire/Janssen.

Montse Pàmias declara haver rebut honoraris de ponent i per assistència a reunions i congressos de Shire/ Lilly/ Janssen i Juste.

Joaquim Puntí declara haver rebut honoraris de ponent de la Fundació Alicia Koplowitz.

Josep Antoni Ramos declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire. Honoraris de ponent de Shire i Lilly. Finançament per la recerca de Shire. Finançament de programes educatius de Lilly. Consultoria de Shire i Lilly.

Anna Sans declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire, Juste, Lilly i Janssen. Honoraris de ponent de Shire, Lilly i Janssen. Consultoria de Shire, Janssen i Lilly. Ajuda econòmica per a l'organització de cursos i jornades formatives de Shire, Juste, Lilly i Janssen.

Miquel Sisteré declara haver rebut finançament per assistència a reunions i congressos de Shire. Honoraris de ponent de Shire. Finançament creació unitat de Janssen/ Lilly i Juste. Finançament de programes educatius de Shire.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÉFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a ed. rev. Barcelona: Masson; 2001.
2. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
3. El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors. Educació primària. Educació secundària obligatòria. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.
4. El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) i els orientadors dels instituts. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya; 2013.
5. Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministeri de Sanitat i Política Social; 2009.
6. OMS. CIM-10. Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, 10a rev. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2010.



PROTOCOL PEL MANEIG DEL TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB O SENSE HIPERACTIVITAT

Abreviacions

AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
CIM-10	<i>Classificació internacional de malalties</i> , 10a edició
Cost DDD	cost per dosi diària definida
CMBD	conjunt mínim basic de dades
CSMIJ	centres de salut mental infantil i juvenil de Catalunya
DSM-IV-TR, 2001	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> ['Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals'], 4a edició revisada
EAP	equips d'atenció psicopedagògica
GPC	guia de pràctica clínica
IES	instituts d'educació secundària
RS	regió sanitària
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNC	sistema nerviós central
TCC	teràpia cognitivoconductual
TCE	traumatismes cranioencefàlics
TDAH	trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

10.2

**Resolucions del Parlament en
relació al protocol de TDAH**

10.2.1

Resolució 84/VIII del Parlament de Catalunya, sobre el tractament del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

Tram. 250-00303/08

Adopció: Comissió d'Educació i Universitats
Sessió núm. 10, 08.11.2007, DSPC-C 179
Publicació: BOPC 163

COMISSIÓ D'EDUCACIÓ I UNIVERSITATS

La Comissió d'Educació i Universitats, en sessió tinguda el dia 8 de novembre de 2007, ha estudiat el text de la Proposta de resolució sobre el tractament del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (tram. 250-00303/08), presentada per tots els grups parlamentaris.

Finalment, d'acord amb l'article 146 del Reglament, ha adoptat la següent

RESOLUCIÓ

El Parlament de Catalunya insta el Govern a:

- a) Elaborar i trametre al Parlament, durant el proper curs escolar, un estudi sobre la complexitat dels problemes de conducta que presenten els infants i els adolescents, entre d'altres els afectats pel trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), i, de manera específica, sobre les necessitats educatives que generen, i també de les variables de la trajectòria personal que hi poden incidir i de les estratègies d'intervenció.
- b) Crear una mesa tècnica amb membres dels departaments de Salut i d'Educació i les entitats que treballen en el TDAH, en col·laboració amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania, per a contrastar perspectives i estratègies d'intervenció i establir referents departamentals per als afectats.
- c) Incorporar als plans de formació del personal dels departaments de Salut i d'Educació el coneixement sobre la naturalesa i els tractaments possibles del TDAH. El Departament d'Educació ha de garantir que aquesta formació s'adrexi al professorat i als professionals d'assessorament psicopedagògic a partir del curs 2007-2008.

Palau del Parlament, 8 de novembre de 2007

La secretària La presidenta de la Comissió
Marina Llansana Rosich Flora Vilalta Sospedra

10.2.2



PARLAMENT DE CATALUNYA

Resolució 898/X del Parlament de Catalunya, sobre l'elaboració de protocols d'avaluació diagnòstica i terapèutica i d'actuació a les escoles amb relació al trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat

Tram. 250-01256/10

Adopció
Comissió de Salut
Sessió 25, 04.12.2014, DSPC-C 554

Publicació: BOPC 471

La Comissió de Salut, en la sessió tinguda el 4 de desembre de 2014, ha debatut el text de la Proposta de resolució sobre l'elaboració de protocols d'avaluació diagnòstica i terapèutica i d'actuació a les escoles amb relació al trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (tram. 250-01256/10), presentada pel Grup Parlamentari de Ciutadans, i les esmenes presentades pel Grup Parlamentari Socialista (reg. 88288), pel Grup Parlamentari de Convergència i Unió (reg. 88950) i pel Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana de Catalunya (reg. 88993).

Finalment, d'acord amb l'article 146 del Reglament, ha adoptat la següent

RESOLUCIÓ

El Parlament de Catalunya insta el Govern a:

- a) Desplegar arreu del territori de Catalunya la consultoria i el suport en psiquiatria, infermeria psiquiàtrica i psicologia en tota la xarxa d'atenció primària de salut –un 70% de grau d'implantació en adults i un 52% en infants i joves, amb gran variabilitat territorial– per tal de garantir el diagnòstic precoç dels trastorns mentals greus, i també la protocol·lització conjunta dels diagnòstics de malaltia mental i les indicacions terapèutiques amb un enfocament biopsicosocial.
- b) Desplegar arreu del territori de Catalunya el programa de diagnòstic de malaltia i trastorns mentals en nens i joves amb fracàs escolar, que inclogui el protocol específic relatiu al trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH).
- c) Establir una regulació i un control específics respecte a la prescripció farmacològica en trastorns i malalties mentals dins el grup poblacional infantil i juvenil.
- d) Impulsar la creació de protocols d'avaluació diagnòstica i terapèutica en el TDAH i, concretament, protocols per a valorar i trobar les causes etiològiques del trastorn.
- e) Facilitar als pares o responsables legals dels menors tota la informació necessària sobre els mètodes de diagnòstic, les possibles causes del trastorn i els riscos i beneficis del tractament prescrit en cada cas.
- f) Establir protocols d'actuació específics en els centres escolars per tal d'evitar un sobrediagnòstic del TDAH, i reservar als experts en salut mental l'avaluació i els consells terapèutics d'aquest trastorn.
- g) Promoure una acció interdisciplinària i interdepartamental –per mitjà dels departaments de Salut, Educació i Benestar Social i Família– per a poder determinar els infants en situació de risc i donar eines per al creixement personal de la població infantil i juvenil de Catalunya.

Palau del Parlament, 4 de desembre de 2014

La secretària en funcions
Comissió
Fulcarà

El president de la Comissió de la
Violant Cervera i Gòdia Pere Vila i

10.2.3



PARLAMENT DE CATALUNYA

Resolució 493/XI del Parlament de Catalunya, sobre l'aplicació del Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense

250-00698/11

Adopció

Comissió de la Infància, sessió 10, 21.02.2017, DSPC-C 331

La Comissió de la Infància, en la sessió tinguda el dia 21 de febrer de 2017, ha debatut el text de la Proposta de resolució sobre l'aplicació del Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense (tram. 250-00698/11), presentada pel Grup Parlamentari de Catalunya Sí que es Pot, i les esmenes presentades pel Grup Parlamentari de Junts pel Sí (reg. 46580).

Publicació: BOPC 350

Finalment, d'acord amb l'article 165 del Reglament, ha adoptat la següent

RESOLUCIÓ

El Parlament de Catalunya insta el Govern a:

- a) Completar el nom del «Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat» afegint-hi «o sense», per a precisar que aquest trastorn també es pot donar sense hiperactivitat. Així mateix, canviar a l'interior del document el terme *trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat per trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense* tantes vegades com aparegui.
- b) Implantar a tot Catalunya el Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense (TDAH), amb relació a la població infantil i juvenil, en el sistema sanitari català, per mitjà del Departament de Salut, i concretament del Grup de treball sobre el TDAH del Pla director de salut mental i addiccions, publicat al maig del 2015, d'acord amb les conclusions de les experiències pilot que es duen a terme conjuntament amb el Departament d'Ensenyament, i que estaran disponibles a partir del setembre del 2017, i amb l'actualització de l'evidència científica disponible.
- c) Fer una avaluació territorial de l'atenció als infants i adolescents amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense (TDAH) i llurs famílies, que incorpori necessàriament indicadors d'accessibilitat, de qualitat assistencial i de satisfacció dels usuaris.

Palau del Parlament, 21 de febrer de 2017

La secretària de la Comissió, Eva Martínez Morales;
la presidenta de la Comissió, Montserrat Palau Vergés

Enllaç

- **Resolució 493/XI del Parlament de Catalunya, sobre l'aplicació del Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o sense**
 - Número d'expedient: 250-00698/11

10.3

**Actes del Consell Assessor del Pla Director
de Salut Mental del Departament de Salut**

ACTA REUNIÓ NÚM. 2

CONSELL ASSESSOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

ACTA REUNIÓ NÚM. 2

Data de la reunió	22 de juliol de 2013
Lloc:	Sala Canongia, Departament de Salut
Secretària de la reunió:	Esther Jordà

RELACIÓ DE MEMBRES I ASSISTÈNCIA

Nom i càrrec	Assisteix	S'excusa	No assisteix
Cristina Molina. Directora PDSMiAd	X		
Pere Bonet Dalmau. President	X		
Lluís Albaigés Sans. Vocal	X		
Antoni Bulbena i Vilarassa. Vocal	X		
Miquel Casas Brugué. Vocal	X		
Pilar Casaus Samatán. Vocal	X		
Josefina Castro Fornieles. Vocal	X		
Maite Garolera Freixa. Vocal	X		
Maria Claustre Jané Ballabriga. Vocal	X		
Maria Leon Sanroma. Vocal		X	
Víctor Martí Carrasco. Vocal		X	
Diego Palao Vidal. Vocal		X	
Montse Pàmias Massana. Vocal	X		
Víctor Pérez Solà. Vocal	X		
Josep Ramos Montes. Vocal		X	
Marta Torrens Mèlich. Vocal	X		
Tina Ureña Hidalgo, Vocal	X		
Antonio Vaquerizo Cubero. Vocal		X	
Joan Vegue Grillo. Vocal	X		
Francesc Vila Codina. Vocal	X		
Francisco Villegas Miranda. Vocal	X		
Joan Colom. PDSMiAd	X		
Carla Jané. PDSMiAd	X		
Esther Jordà i Sampietro PDSMiAd	X		
Bibiana Prat Pubill. PDSMiAd	X		
Joan Cornet. Tic-Salut i m-health	X		

ORDRE DEL DIA:

1. Aprovació, si s'escau, de l'Acta anterior.
2. Incorporació del representant del Col·legi de Treball Social de Catalunya i altres informacions.
3. Informació Pla integral d'atenció a les persones amb problemes de salut mental i addiccions: Proposta de grup de treball per tal d'aportar innovació, suggeriments i actuacions en aquest àmbit .
4. Informació vers el "mHealth Mobile World Capital Barcelona" per part del seu Director, **Sr Joan Cornet**. Proposta de grup de treball.
5. Informació de la feina realitzada pel grup de treball: Aplicació de la guia de pràctica clínica del TDAH, **Dra C Jané i Dra M. Pàmias**
6. Propostes d'altres grups de treball, cronograma i implementació dels mateixos.
7. Precs i preguntes.

Documentació repartida:

1. Acta de reunió del 29 d'abril
2. Presentació de la 2a. Reunió del Consell Assessor
3. Presentació del projecte IPS a Catalunya, per a la inserció laboral de persones amb malaltia mental
4. Presentació sobre el Pla Integral a les persones amb TEA
5. Presentació sobre el projecte mhealth, en el context del Barcelona Mobile World Capital
6. Presentació sobre el protocol de TDAH

Desenvolupament de la reunió: temes tractats

S'inicia la reunió d'acord amb els punts previstos a l'Ordre del Dia

1. No es llegeix l'Acta de la reunió anterior, i es requereix als assistents perquè envïïn esmenes i consideracions, per si cal rectificar algun punt.
2. Es presenta la Sra. Tina Ureña, com a nou vocal del Consell Assessor en representació del Col·legi de Treball Social de Catalunya. La Sra. Tina Ureña és

una professional de reconeguda i dilatada experiència en l'atenció comunitària de persones amb Trastorn Mental Greu, i professional en actiu com a responsable dels serveis de rehabilitació del CPB.

3. S'informa que en data 18 d'abril de 2013 es va constituir la Comissió Interdepartamental del Salut Mental presidida pel sr. Jordi Baiget i coordinada pel departament de la Presidència. En aquesta comissió estan representants diferents departament de la Generalitat (Presidència, Ensenyament, Salut, Economia i Coneixement, Benestar Social i Família, Justícia I Interior) i entitats del sector (ADEMM, Salut Mental Catalunya, UCH, CSSC, FORUM, ENCAIX , FEDAIA). S'explica que per part del Departament de Salut a més de les entitats del sector estiguessin representants els professional a través del president del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions.

D'acord amb la documentació repartida (document 2) s'informa als assistents de les línies de treball prioritzades pel sector. Per cada línia prioritzada s'han elaborat unes fitxes de treball, que seran properament enviades als membres del Consell assessor perquè puguin realitzar les seves aportacions.

S'insisteix molt especialment en la necessitat d'aprofundir en la línia de treball sobre atenció integral a la infància i adolescència, i garantir que el lideratge es pugui fer des del sector de salut.

Respecte d'aquest mateix punt de l'Ordre del Dia, es fa una breu explicació de dos projectes que han estat presentats a la premsa com accions de Govern en matèria de Salut Mental: El projecte IPS (document 3) i el Pla Integral dels TEA, amb la posta en marxa de les proves pilot de les 7 Unitats Funcionals (document 4).

4. El Sr. Joan Cornet, membre de la Fundació Tic-Salut i director del centre de competència en mHealth, en el marc de Barcelona Mobile World Capital ha estat convidat per presentar al Consell Assessor el projecte m-health (document 5). Els objectius principals d'aquest projecte són la millora de l'atenció mèdica i sociosanitària mitjançant la tecnologia mòbil, i contribuir, amb això, a la transformació i la innovació en l'atenció sanitària. En síntesi, s'estan ja desenvolupant 3 línies d'actuació:

- Promoció de la salut i hàbits saludables.

- Suport en el seguiment de persones amb malaltia crònica.
- Accés a la carpeta personal de salut.

El Sr. Cornet anima al Consell Assessor a promoure iniciatives i fer propostes d'aplicacions App en temes de salut mental, i aprofitar l'oportunitat que comporta el lideratge de Barcelona Mobile World Capital. Concretament en matèria de salut mental, es pensa en tres grans àmbits d'actuació:

- Diagnòstic, impulsar adherència i compliment terapèutic.
- Psicoteràpia on line.
- Seguiment individualitzat remot, recordatori, suport a les crisi, etc...

Actualment ja s'estan realitzant algunes experiències de diferents tipologies. Es demana als membres del consell assessor que facin arribar idees, que expliquin experiències que ja existeixen, i que puguin proposar iniciatives.

A principis de Octubre es farà una reunió entre un grup del Consell Assessor i el Sr Cornet , per tal de escollir i/o prioritzar experiències de futur.

S'acorda que la Sra. Bibiana Prat del Pla Director farà una cerca d'informació de diferents projectes que en les línies proposades s'estiguin en vies de desenvolupament per part de les entitats proveïdores del sector

5. La Dra. Montse Pàmies presenta el resultat del grup de treball constituït amb l'objectiu d'establir un protocol per aplicar les recomanacions de la GPC del TDAH de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (document 6). La necessitat d'establir aquest protocol ve donada, per una banda, perquè és una prioritat per part de l'AQUAS treballar la metodologia d'implantació de les GPC, especialment les elaborades des de l'Agència. En segon lloc l'oportunitat de fer coincidir l'actuació sanitària amb el protocol elaborat per part del Departament d'Ensenyament. Ja s'ha presentat formalment el protocol dirigit als professionals docents i actualment s'està ultimant un protocol per als equips psicopedagògics especialitzats, que són els referents dels CSMIJ en els territoris. Per aquest motiu, l'elaboració del protocol dels serveis de salut ha de permetre organitzar el procés assistencial de manera intersectorial, i deixa clares les responsabilitat de cadascú. El diagnòstic i tractament correspon als professionals de salut.

Es genera un debat sobre algunes de les recomanacions efectuades.

El Sr. Francesc Vilà expressa la necessitat de reconèixer el dret a decidir de les famílies i dels professionals, a l'hora de rebre i prestar atenció. Per això opina que les recomanacions que s'efectuïn siguin de caràcter genèric i que, sobretot, no siguin excloents sobre determinades intervencions. Recordar que el diagnòstic es fa sempre a partir d'un judici clínic que fa un professional.

La Dra. Pàmias respon que hi ha hagut un consens total en el grup d'experts que ha treballat les recomanacions de la guia. En aquest grup, format per 20 persones, han estat representades les diferents disciplines i orientacions. Del total de recomanacions efectuades per la GPC-TDAH, se n'han prioritzat 10 que són les que han mostrat una evidència més contundent.

Tothom coincideix en la importància del dret a decidir i el paper rellevant que les famílies tenen en tot el procés. En aquest sentit, es comenta que en la versió castellana de la GPC editada pel ministeri existeix un annex adreçat a les famílies i que pot ser un bon instrument, un cop estigui traduït es pot incloure en el protocol d'aplicació de la GPC-TDAH a Catalunya.

El Dr. Albaigès comenta la importància d'assolir un consens per un grup expert, i que aquest consens permet establir un marc general d'actuació, però cal parlar de l'evidència amb cura i fugir d'interpretacions reduccionistes, i prioritzar la visió general del procés. Comenta també que l'actuació clínica, diagnòstic i tractament, depenen de la formació que els professionals han rebut o puguin rebre, i que això pot explicar bona part de la variabilitat existent en la pràctica clínica existent.

Altres membres del grup com la Sra. Fina Castro, la Sra. Maite Garolera i el Sr. Victor Pérez van destacar que en l'actualitat l'evidència científica és la que ens ofereix la possibilitat de prendre decisions sobre el diagnòstic i el tractament basades en els millors estudis disponibles. Això no vol dir que les recomanacions que d'aquests estudis s'obtinguin siguin inamovibles, sinó que de la mateixa manera que es fa en la resta de disciplines mèdiques, la evidència científica ens ofereix les recomanacions amb major solidesa fins que la mateixa ciència no ens ofereixi noves evidències.

El Dr. Bonet recorda que l'encàrrec fet al grup de treball és per tal de fer recomanacions de la adaptació de la guia amb els protocols d'educació, no de reelaboració de la guia.

6. El President del Consell Assessor passa a comentar la proposta de grups de treball (document 2) i es proposen unes persones com a referents/coordinadors de cada grup i també alguna proposta de membres. Els grups no haurien de ser molt amplis per facilitar que siguin operatius. Els coordinadors dels grups de treball són membres del Consell Assessor, però en els desenvolupament de treball es poden fer propostes a d'altres professionals.

Respecte del GT sobre el proper Pla d'Acció de la OMS per Europa, es demana al plenari del Consell assessor les seves opinions i consideracions

ACORDS ADOPTATS

		Termini	Persona de contacte
1	Els membres del Consell Assessor revisaran l'acta i faran arribar les consideracions que estimin pertinents	ASAP	gsalmeron@catsalut.cat amb còpia al president
2	Des del PDSMiA s'enviaran les fitxes dels temes prioritzats pel Pla interdepartamental de salut mental per tal que els membres del Consell assessor facin arribar les seves consideracions	11/09/2013	pere.bonet@gencat.cat
3	Els membres del Consell Assessor enviaran al PDSMiA idees, propostes, i experiències que es coneguin i/o s'estiguin desenvolupant a nivell telemàtic, on line, etc.	Abans de finals setembre 2013	biprat@catsalut.cat
3	Grups de Treball. Les persones interessades en formar part d'algun dels grups de treball proposats, enviïn e-mail al President, així com propostes de professionals per integrar els grups de treball	Setembre 2013	pere.bonet@gencat.cat
4	Pla d'Acció OMS –Europa. Els membres del Consell Assessor enviaran les seves aportacions	Setembre 2013	pere.bonet@gencat.cat jramos@pssjd.org
...			

S'han previst dues dates per properes reunions del Consell Assessor de Salut Mental i Addicions:

- **2 de desembre de 2013, a les 15 hores**

S'enviarà convocatòria de recordatori amb Ordre de dia corresponent

ACTA REUNIÓ NÚM. 3

CONSELL ASSESSOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

ACTA REUNIÓ NÚM. 3

Data de la reunió	9 de desembre de 2013
Lloc:	Sala Palmeres, Departament de Salut
Secretària de la reunió:	Esther Jordà

RELACIÓ DE MEMBRES I ASSISTÈNCIA

Nom i càrrec	Assisteix	S'excusa	No assisteix
Cristina Molina. Directora PDSMiAd	x		
Pere Bonet Dalmau. President	x		
Lluís Albaigés Sans. Vocal	x		
Antoni Bulbena i Vilarassa. Vocal		x	
Miquel Casas Brugué. Vocal	x		
Pilar Casaus Samatán. Vocal	x		
Josefina Castro Fornieles. Vocal	x		
Maite Garolera Freixa. Vocal	x		
Maria Claustre Jané Ballabriga. Vocal	x		
Maria Leon Sanroma. Vocal	x		
Víctor Martí Carrasco. Vocal	x		
Diego Palao Vidal. Vocal	x		
Montse Pàmias Massana. Vocal	x		
Víctor Pérez Solà. Vocal		x	
Josep Ramos Montes. Vocal		x	
Marta Torrens Mèlich. Vocal		x	
Tina Ureña Hidalgo, Vocal	x		
Antonio Vaquerizo Cubero. Vocal	x		
Joan Vegué Grillo. Vocal	x		
Francesc Vila Codina. Vocal	x		
Francisco Villegas Miranda. Vocal	x		
Joan Colom. PDSMiAd		x	
Carla Jané. PDSMiAd	x		
Esther Jordà i Sampietro PDSMiAd	x		
Bibiana Prat Pubill. PDSMiAd	x		
Mercè Mercader	x		
Pilar Duro PDSMiAd		x	
Jordi Cid PDSMiAd	x		
Montse Dolz PDSMiAd	x		

ORDRE DEL DIA:

1. Aprovació, si s'escau, de l'Acta anterior.
2. Codi Risc Suïcidi
Sra. Mercè Mercader
3. Estat de situació dels grups de treball del Consell Assessor

Nom Grup de Treball	Coordinadors
Revisió del Mental Health Action	Josep Ramos
Propostes per Mobile Word Congres	Miquel Casas/ Maite Garolera
Integració Salut Mental i Drogues	Marta Torrens
Cartera de serveis de salut pública	Josep Ramos
Pacient crònic Complex i alternatives assistencials	Pere Bonet Adults: Pilar Casaus Infants i Joves: Montse Pamias
Revisió del Model de cartera de serveis de SM i Ad a l'APS	Diego Palao/ Maria Leon
Protocol pel TDHA. Adaptació de la Guia	Maria Claustre Jané, Montserrat Pamias

4. Resultats preliminars Projecte Refinement (Research on Financing System's Effect on the Quality of Mental Health Care) Sr. Jordi Cid
5. Precs i preguntes.

Desenvolupament de la reunió: temes tractats

S'informa als membres del Consell Assessor de diferents qüestions rellevants a comentar, gestionats des del Pla Director de Salut Mental i Addiccions i també de l'estat de situació dels diferents grups de treball.

Es comenten de manera molt sintètica els temes tractats:

1. Presentació del Codi Risc Suïcidi. Mercè Mercader

S'adjunta la presentació, no es van fer comentaris destacables per constar en Acta.

2. Central de resultats. Bibiana Prat

S'adjunta la presentació. Es comenta en la reunió la importància de poder incidir en disminuir la variabilitat entre centres, i la importància de fer una reflexió com Consell Assessor. Els punts clau serà el poder determinar estàndards i la proposta de millora sobre indicadors. En Lluís Albaigès comenta que fora bo que els centres haguessin pogut disposar de les dades prèviament a la seva

publicació. També es comenta que a la primera edició penjada a la web de l'AQuAS hi ha bastants errors.

En relació a aquest punt, la Maria León comenta també que les dades referents als diagnòstics de l'APS hi pot haver una sobrevaloració de determinats diagnòstics atès que a la pràctica clínica molts metges deixen actius els diagnòstics per dificultats de l'e-cap per recuperar-los un cop desactivats. Igualment es comenta que hi poden haver errors de diagnòstics per canvis de codificació.

3. Projecte IPS d'inserció laboral. En Pere Bonet informa que s'està realitzant la fase de seguiment d'acord amb el pla previst, amb l'lideratge dels 3 territoris on es realitzen les experiències pilot. S'ha procedit a la delimitació dels centres participants.
4. Pla Integral de Salut Mental. Pere Bonet i Cristina Molina. S'informa als assistents que el Pla integral, que depèn del Departament de Presidència, s'està desenvolupant segons calendari previst amb la participació dels diferents grups de treball. S'informa també de la presentació que ha tingut lloc recentment, de la pàgina web sobre trastorns de la conducta alimentària, com a minisite en el Canal Salut. També s'informa de la creació de la taula de diàleg entre tots els actors implicats. Aquesta taula de diàleg està presidida per la Sra. Helena Rakosnik i es coordina des del Departament de Consum.
5. Estat de situació dels diferents grups de treball del Consell Assessor
 - European Mental Health Plan Action. S'està efectuant una revisió dels objectius i accions proposats per la UE, amb l'objectiu que els grup pugui realitzar les oportunes propostes d'acció aplicables a Catalunya. S'ha fixat el calendari de treball i es preveu disposar d'un document a finals de març.
 - Cartera de Serveis de Salut Mental en APS. Maria León informa que un petit grup de treball ha dissenyat una enquesta per prioritzar les accions i cartera de serveis mínima que cal garantir a tot el territori de Catalunya. Aquest grup compta amb el suport de la Fundació Avedis Donabedian i està previst realitzar dues rondes de recollida d'opinió entre professionals assistencials dels diferents àmbits seguint una metodologia Delphi de treball. Es preveu tenir resultats a finals el primer trimestre del 2014.
 - S'ha constituït el grup de treball per definir la cartera de serveis de salut pública en matèria de salut mental i addiccions.

- Integració de SM i Addiccions. Es posposa la posta en marxa del grup a primers del 2014,
- E-mobile. S'ha realitzat una enquesta per conèixer quins projectes es desenvolupen des dels serveis de salut mental. S'han recollits un total de 16 projectes. L'objectiu és disposar d'aplicacions App per telèfons mòbils. Es posarà en marxa el grup de treball amb la coordinació i suport de TIC Salut.
- Pacient crònic complex en salut mental. Ha finalitzat el GT d'infantil. La Montse Pàmies presenta les conclusions del GT, segons presentació adjunta. En Pere Bonet presenta els criteris que s'estan treballant per a la definició del PCC en la població adulta, segons presentació adjunta. Es produeixen alguns suggeriments per part dels assistents. La idea és disposar de criteris d'inclusió amplis pel que fa als diagnòstics d'inclusió per no deixar fora de classificació persones que es puguin beneficiar del nou model d'intervenció, i dels aspectes preventius associats. Es comenta també el problema que suposa la desigual territorialització dels recursos entre els diferents departaments Salut, Benestar Social, Ensenyament, etc.). Pel que fa als adults, es considera molt rellevant el criteri d'ús de serveis, especialment el relacionat amb un ús inadequat, les hospitalitzacions evitables i la desvinculació dels pacients. Es proposa també incloure l'avaluació de la funció cognitiva. Es discuteix sobre les escales d'avaluació i els sistemes de registre.
- Implantació de la GPC del TDAH. La Montse Pàmias explica que el grup de treball ha consensuat les recomanacions a efectuar i els indicadors d'avaluació. El Francesc Vilà fa un advertiment sobre la oposició de determinats sectors i professionals a emetre recomanacions i propostes d'acció basades en un pensament únic i que excloguin altres plantejaments. Expressa la necessitat de generar espais i reaccions que permetin una visió àmplia i que no transcendeixin, més enllà de la visió clínica, les diferències o discrepàncies que existeixen en el món de la salut mental. La Cristina Molina ressalta que el protocol per a l'aplicació de les recomanacions de la GPC del TDAH s'ha fet sobre les bases i les aportacions de l'AQuAS, d'acord amb l'evidència disponible i amb el màxim rigor possible. I que sobretot, cal intentar donar resposta a les demandes dels afectats i familiars, de posar ordre en l'atenció en a la salut mental en els serveis públics.

Atesa la durada de la reunió, queda pendent la presentació del Projecte de recerca europea Refinement, a càrrec del Jordi Cid

Per la propera reunió

ACORDS ADOPTATS

		Termini	Persona de contacte
1	Presentació projecte Refinement a la propera reunió del CA		Pere Bonet / Jordi Cid
...			

ACTA REUNIÓ NÚM. 4

CONSELL ASSESSOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

ACTA REUNIÓ NÚM. 4

Data de la reunió	17 de febrer de 2015
Lloc:	Departament de Salut
Secretària de la reunió:	Esther Jordà

RELACIÓ DE MEMBRES I ASSISTÈNCIA

Nom i càrrec	Assisteix	S'excusa	No assisteix
Cristina Molina. Directora PDSMiAd	X		
Pere Bonet Dalmau. President	X		
Lluís Albaigés Sans. Vocal	X		
Antoni Bulbena i Vilarassa. Vocal	X		
Miquel Casas Brugué. Vocal	X		
Pilar Casaus Samatán. Vocal	X		
Josefina Castro Fornieles. Vocal	X		
Maite Garolera Freixa. Vocal	X		
Maria Claustre Jané Ballabriga. Vocal	X		
Paloma Lago Baylin	X		
Maria Leon Sanroma. Vocal	X		
Víctor Martí Carrasco. Vocal	X		
Diego Palao Vidal. Vocal	X		
Montse Pàmias Massana. Vocal	X		
Víctor Pérez Solà. Vocal	X		
Josep Ramos Montes. Vocal	X		
Marta Torrens Mèlich. Vocal	X		
Tina Ureña Hidalgo, Vocal	X		
Antonio Vaquerizo Cubero. Vocal*		X	
Joan Vegué Grillo. Pla Integral SMiAd	X		
Francesc Vila Codina. Vocal	X		
Francisco Villegas Miranda. Vocal	X		
Joan Colom. PDSMiAd	X		
Carla Jané. PDSMiAd	X		
Esther Jordà i Sampietro PDSMiAd	X		
Bibiana Prat Pubill. PDSMiAd	X		
Pilar Duro PDSMiAd	X		

Jordi Cid PDSMiAd	X		
Montse Dolz PDSMiAd	X		
Carles Constante, Director General de Planificació i Recerca en Salut		X	

Assisteixen també com a convidats: Jordi Blanch, Regina Carreras (*per delegació del Sr. Antonio Vaquerizo) Marta Poll, M^a José Sampio, Xavier Trabado, Edgar Vinyals.

ORDRE DEL DIA:

1. Benvinguda a càrrec del Dr. Carles Constante, director general de Planificació i Recerca en Salut.
2. Aprovació, si s'escau, de l'Acta anterior.
3. Tancament dels grups de treball . 5 minuts per grup màxim

Nom Grup de Treball	Coordinadors
Revisió del Mental Health Action	Josep Ramos
Propostes per Mobile Word Congres	Miquel Casas/ Maite Garolera
Integració Salut Mental i Drogues	Marta Torrens
Cartera de serveis de salut pública	Josep Ramos
Protocol pel TDHA. Adaptació de la Guia	Maria Claustre Jané, Montserrat Pamias
Essencial	Jordi Blanch
Revisió del Model de cartera de serveis de SM i Ad a l'APS	Diego Palao/ Maria Leon
Pacient crònic Complex i alternatives assistencials	Pere Bonet Adults: Pilar Casaus Infants i Joves: Montse Pamias

4. Informació del projecte Activa't per la salut Mental. Maria Jesús San Pío i Marta Poll. 10 minuts
5. Presentació de la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona (VEUS). 5 minuts
6. Propostes de nous grups de treball
7. Precs i preguntes..

Desenvolupament de la reunió: temes tractats

1. Benvinguda

Cristina Molina excusa l'absència del Carles Constante, director general, i transmet la satisfacció del director respecte la tasca desenvolupada pel Consell

Assessor i les aportacions realitzades amb els seus grups de treball. Comenta també, en nom del director la rellevància i protagonisme que en el nou Pla de Salut 2015-2020 es vol donar als Plans directors, i concretament al de salut mental. Fruit de les aportacions dels professionals que van participar a la darrera jornada del novembre de 2014 a Sitges, s'han incorporat aportacions que han de ser claus en la política sanitària dels propers anys.

En Josep Ramos pren la paraula per explicar que comença una nova etapa a nivell personal, rel la propera jubilació. Expressa l'enorme satisfacció i agraïments pel treball desenvolupat pel Consell Assessor, i rep els millors desitjos per part de tots els assistents.

El Pere Bonet, com a President de l'actual Consell Assessor, dóna inici a la ronda de presentacions de les conclusions dels diferents grups de treball, alhora que expressa també els agraïments i la satisfacció per la feina realitzada. Recorda també, la importància i necessitat que donar continuïtat a la tasca de col·laboració iniciada entre els tres protagonistes principals: professionals, usuaris i familiars.

2. Aprovació acta reunió anterior

S'aprova sense cap esmena

3. Grups de Treball

S'inicia el torn de presentacions. Es recullen en acta únicament comentaris rellevants, el material està disponible en la documentació lliurada i les presentacions a disposició dels assistents.

- 1) Montse Pàmies presenta les conclusions del protocol per l'abordatge del TDAH en població infantil i juvenil. Comenta que s'han incorporat els comentaris i les aportacions recollides dels membres del Consell Assessor, tant a nivell tècnic com a nivell conceptual, bona part de les quals han estat incorporades a la introducció del protocol així com en l'explicació de les fites i principals objectius.
- 2) Josep Ramos presenta els resultats als què ha arribat el grup de treball l'aplicabilitat de les propostes efectuades en el Pla d'Acció per Europa 2020. A nivell general, el grau de compliment a Catalunya de les accions proposades pel pla europeu és bastant elevat. El Grup de treball ha formulat un seguit de

propostes de millora que estan recollides, i que s'està pendent de prioritzar, atenen a la seva rellevància i factibilitat.

- 3) S'ha finalitzat també un document amb propostes de les accions a incloure en la cartera de serveis de salut pública en salut mental i addiccions que caldrà debatre amb l'equip responsable del PINSAP.
- 4) Maite Garolera comenta també els treballs desenvolupats en el grup de treball e-health i els productes identificats i propostes de properes accions. Comenta que el dia 8 d'abril es realitzarà el Mobile World Congress i que més endavant es farà una jornada específica de salut mental.
- 5) Marta Torrens presenta els treballs desenvolupats en el grup de treball sobre integració en Salut Mental i Addiccions, on es recull una anàlisi de situació, propostes de millora, factibilitat i priorització de les propostes i la identificació dels principals elements facilitadors, com és aplicar la metodologia definida en el concepte de Pacient Crònic Complex.
- 6) Jordi Blanch presenta conclusions sobre el projecte essencial (power point)
- 7) Maria Leon presenta les conclusions sobre la proposta de cartera de serveis de salut mental i addiccions en Atenció Primària de Salut, consensuada en les diferents rondes realitzades amb metodologia Delphi (power point)
- 8) Pere Bonet presenta el projecte de Pacient Crònic Complex en Salut Mental i Addiccions i el model d'atenció definit. Aquest projecte s'integra en el marc de Pla Interdepartamental d'Atenció Integral Social i Sanitària (PIAISS). Es preveu que properament es desenvoluparà una experiència pilot a un territori de Catalunya

Comentaris generals, debat sobre els punts tractats

- Cristina Molina comenta la continuïtat del programa de formació MEF/PEF
- Francesc Vilà comenta que valora positivament el resultat del grup de treball sobre maneig del TDAH, tot esmentant que hauria estat desitjable obrir més el debat per assolir un consens més ampli.

Més enllà del debat obert a nivell general sobre la consideració del TDAH com a malaltia, vers una opció més relacionada amb el model de societat actual, expressa la necessitat d'impulsar polítiques socials, més àmplies, que complementin la visió estrictament sanitària. En aquest sentit, creu interessant debatre el tema en el marc del Pla Integral.

Davant aquesta opinió, s'expressa la satisfacció de diferents assistents, i des del Consell Assessor i el Pla Director de Salut Mental i Addiccions es troba desitjable i oportú incorporar possibles millores a partir de l'oportunitat que comporta el Pla Integral, per alinear polítiques interdepartamentals, socials i d'educació. Es remarca que el protocol definit únicament compet a aspectes sanitaris, i que les recomanacions pretenen millorar l'equitat.

Altres assistents (Pere Bonet, Diego Palao) es fan ressò sobre la necessitat de disminuir la variabilitat inter-territorial tot insistint que l'objectiu és millorar l'adequació més que no entrar en discussions sobre infradiagnòstic o sobrediagnòstic o directament sobre la prescripció. S'insisteix que el protocol recomana que l'abordatge ha de ser fet per professionals especialitzats, formats i la resposta basada en un maneig integral, on la el tractament farmacològic no és mai la primera elecció terapèutica.

Es parteix de les limitacions que qualsevol Guia de Pràctica Clínica comporta, que no dóna mai resposta al 100% de tots els problemes, però si que posa cert ordre en aspectes concrets, que si tenen evidència

- Maite Garolera expressa un debat sorgit en el marc del Grup de Treball sobre cartera de serveis de SM en APS, i el posicionament dels professionals psicòlegs clínics en reformular l'expressió sobre les intervencions psicoterapèutiques amb l'expressió de tractaments psicològics. Més enllà d'aspectes semàntics, el concepte de tractament psicològic reforça el paper del psicòleg clínics i la importància de disposar d'una oferta de serveis amb indicacions concretes per diferents problemes de salut. Com a representant de la Societat Catalana de Psicologia Clínica, ofereix el suport d'aquesta societat científica per col·laborar i elaborar les recomanacions adients.

Cristina Molina insisteix en la necessitat d'imposar un criteri de realitat i que les propostes que sorgeixin del Consell Assessor siguin factibles amb el recursos actualment disponibles, ateses les limitacions econòmiques que possiblement seguiran els propers anys. Cal tenir present que, amb l'actual escenari, les propostes han de ser de mínims.

Pere Bonet recorda, també que cal tenir present que aquest és un debat que també ha sorgit en el treballs de definició de les rutes assistencials, i que hi ha al darrera aspectes essencials de competències professionals. El desenvolupament òptim d'una cartera de serveis de salut mental a primària no és, ara per ara, una qüestió semàntica, sinó de recursos.

Es genera debat, l'opinió general és que la cartera bàsica actual de serveis no permet garantir programes de psicoteràpia no tractaments especialitzats a tot el territori. Hi altres intervencions, no obstant, de caràcter individual, grupal o no presencial (on line) que poden fer altres professionals.

Lluís Albaiges expressa que en una situació de recursos limitats, millorar la coordinació i la formació són altament eficients i que caldria avançar en aquesta línia en el treball col·laboratiu amb l'APS

Jordi Cid reforça el concepte de tractaments psicològics i proposa definir i focalitzar determinades intervencions en APS i concretar, segons context territorial, cultural, indicacions i a quines persones ha d'anar adreçat.

- Rel la discussió, i a propòsit d'aspectes semàntics, convé també deixar de parlar de "suport" a l'APS, i parlar en termes de col·laboració i treball integrat
- Integració Salut Mental i Addiccions: en el cas del treball de col·laboració amb APS, els professionals de SM que es desplacen a primària assumeixen part de la tasca d'addiccions
- Víctor Pérez (sobre debat de consens) recorda que consens no sempre significa unanimitat i reforça la idea d'aprofitar les oportunitats en la millora de formació. Respecte del problema del gap en els casos de persones adolescents i adults joves ateses, en la transició de CSMIJ a CSMA, proposa un grup de treball sobre aquest tema
- Joan Vegué comenta que en relació al PCC s'ha fet una bona feina en la definició dels criteris per a la identificació i opina favorablement sobre el canvi de concepte entre TMS a PCC. Recorda, no obstant, que en el PAE-TMS existeix la possibilitat també de sortir del programa. Pregunta com queda aquest punt en el cas del PCC. Pere Bonet respon que la primera fase comporta identificar i quantificar les persones PCC-SM als diferents territoris. Sobre que el model d'atenció i què es pot fer i com cal fer-ho, la prova pilot a desenvolupar orientarà les pautes cap a un model d'atenció transversal, social i sanitari, entre tots els serveis territorials implicats.
- Paloma Lago felicita per la feina que han fet els grups de treball. Expressa la opinió que el treball integrar SM-APS té 3 objectius principals:
 - Disminuir la mortalitat en persones amb malaltia mental (suïcidi, TMS/PCC)

- Millorar l'adequació de les derivacions, caldria disposar d'aquesta informació i estudiar bé el tema. Comenta un estudi fet a l' AIS Barcelona Nord.
- Què passa amb les persones que no volen anar als CSMA? Perquè els TMG infantil i juvenil no passen a CSMA? Amb determinats pacients els metges de família són bons referents i treballar en col·laboració pot ajudar a disminuir el gap
- Comenta també les dades de Central de Resultats 2012 i 2013 i com determinats indicadors mostren que el percentatge de persones TMS/TMG a la xarxa especialitzada es, en general, baix, tenint en compte que són la població d'atenció preferent. Opina que la xarxa de salut mental ha de millorar aspectes bàsics de gestió clínica i del model d'atenció: Centrat en el pacient, global, integral incloent aspectes psicosocials i que encara queda el repte de saber què volen realment els pacients.
- Montse Dolz recorda que ja disposem d'experiències de treballar integradament i en noves formes de coordinació, com per exemple els programes de psicosis incipient
- Xavier Trabado aporta la seva visió sobre 3 punts:
 - Col·laboració amb APS. D'acord amb ser possibilistes, però això no treu que no es pugui tenir certa ambició en els plantejaments i que es poden tenir propostes clares que hagin mostrat ser eficients perquè quan millori el tema econòmic es pugui avançar sense demores
 - Sobre TDAH, expressa la demanda de les famílies en millorar l'equitat i disminuir la variabilitat inter-territorial. Valora positivament l'esforç per millorar la variabilitat en la practica clínica, tot i què no es disposa de prou informació sobre la cartera de serveis de cada territori, les intervencions que es desenvolupen i el prescripció farmacològica
 - Sobre aspecte de transparència i caldria millorar la disponibilitat de dades territorials. Considera molt preocupant la desvinculació de persones amb TM Greus

Pere Bonet aclareix que certes mancances en la informació poden explicar part d'aquesta desvinculació. El sistema no disposa de dades sobre tots els serveis sanitaris, per exemple les Consultes Externes hospitalàries.

4. Presentació del programa Activa't. Marta Poll i M^a Jesús San Pío

El Projecte Activa't té per objectius principals millorar l'atenció i donar eines i formació a les persones afectades per tal que puguin estar més presents en el seu tractament i ser agents actius en el seu procés de recuperació. (Veure power point)

5. Presentació de la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona (VEUS)

Edgar Vinyals presenta la federació VEUS. Es va endegar fa 7 mesos, i es troba encara en procés de constitució, i compta amb 6 entitats adherides, d'un total d'11 previstes, i amb coordinació amb d'altres entitats. La Junta directiva es presenta diversa i complexa.

L'entitat pretén ser un referent davant conflictes ètics i potenciar un debat intern i de reflexió. Pretén també ser transparent i retre comptes sobre la seva feina. Al llarg del 2015 es presentarà un projecte de treball i un ideari que volen compartir a partir del debat en sessions de treball

La Raó fonamental de la seva creació és generar complicitats, amb el desig de compartir i la implicació de tots, professionals i afectats.

Demanen suport i compressió i que es facilitin les vies per iniciar un camí per on anar junts.

6. Propostes de nous grups de treball

Cristina Molina recorda que s'acabi d'enviar els documents pendents dels grups de treball i s'informa als assistents de la previsió de posta en marxa de 3 nous grups de treball, al llarg del segon trimestre de 2015

1. Atenció infantil i juvenil. Té per objectiu efectuar les propostes de reordenació dels serveis d'hospitalització total i parcial. Permet abordar el tema adolescència i adults joves. Coordinació Fina Castro
2. Cartera de Serveis d'atenció a la psicosis incipient. Té per objectiu formular les propostes per poder fer extensiu el programa a tots els territoris de Catalunya. Coordinació Pilar Casaus, amb el suport de la comissió pedagògica del Pla Director de Salut Mental i addiccions.

3. Alta especialització en psiquiatria. Te sentit parlar d'alta especialització?
Es proposa generar un debat sobre el tema i definir en quins casos està justificada i en quins casos no. Quan convé general programes especials?

ACORDS ADOPTATS

		Termini	Persona de contacte
1	Remetre els documents i presentacions i recollir les aportacions que es vulguin fer	obert	Pere Bonet
2	Propera reunió del Consell Assessor abans o després d'estiu	Juny-setembre	Pere Bonet Cristina Molina

10.4

**Resolució
del Síndic de Greuges**



SÍNDIC
EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Resolució dels expedients Q-08963/2015 i Q- 9824/2014 relatives a les queixes que s'han rebut a aquesta institució amb relació a l'atenció de casos de trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat d'infants i adolescents a Catalunya

Antecedents

Darrerament el Síndic ha rebut diverses queixes sobre l'atenció als casos de TDAH a Catalunya.

En concret, l'any 2014 l'entitat Comisión Ciudadada de Derechos Humanos va presentar una queixa, 9824/2014, en què es plantejava una possible sobrediagnosticació i sobremedicalització de trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) entre la població infantil i juvenil a Catalunya.

En el marc d'aquella queixa us vaig demanar informació respecte:

- el nombre de casos diagnosticats amb TDAH a Catalunya els darrers dos anys, evolució respecte els darrers 10 anys i distribució per edats.
- D'aquest, el nombre de casos que reben tractament farmacològic.
- El tipus de facultatiu que realitza la prescripció farmacològica en cada cas, si és un metge pediatra generalista o un metge psiquiatra infanto-juvenil, si el diagnòstic i tractament prové i es realitza des del CAP, CSMIJ o Hospital.
- El coneixement i seguiment que es fa de la Guia de Pràctica Clínica sobre TDAH en nens i adolescents, publicada pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, a Catalunya tant per part de professionals en centres d'atenció primària, com en centres d'atenció especialitzada, com en centres hospitalaris.
- Els protocols establerts per al diagnòstic del trastorn: possibilitat o exigència de proves diagnòstiques complementàries tals com la revisió de la dieta alimentària del menor i la realització de proves d'audició i de visió.
- La informació facilitada als pares, tutors i menors sobre efectes secundaris de la medicalització, model de document de consentiment informat ofert amb la prescripció de tractament farmacològic.
- Els casos diagnosticats de TDAH en què teníeu constància s'estava seguint un tractament psicològic en el sistema de salut públic, edats, freqüència, durada i intensitat en el tractament, combinats o no amb tractament farmacològic i avaluació d'aquests tractaments.

El mes d'octubre de 2015, després de la presentació del Protocol per al maneig del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infanto-juvenil en el

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig de Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat



Sistema Sanitari Català, el Síndic rep una nova queixa on s'exposa un posicionament contrari al Protocol. Aquesta queixa es recolza en un manifest que ve signat per 1750 persones i les 98 adhesions institucionals següents:

ACIP Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica
 ACPO Associació Catalana de Psicopedagogia i Orientació
 ACTO. Assistència Psicoanalítica, Psiquiàtrica i Psicològica. Barcelona
 ADAIP Associació d'Ajuda, Integració i Psicologia. Granollers
 AFABAR Associació de Famílies Acollidores de Barcelona
 APERTURA. Estudio, Investigació i transmissió del Psicoanàlisi. Barcelona
 APTGD Asociación de Psicólogos y Terapeutas Gestalt para el Desarrollo
 AWB Associació Winnicott Barcelona
 Acompanyament Terapèutic Comunitari. Barcelona
 Ajuntament de Rellinars. Barcelona
 Ajuntament de Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona
 Àmbits de Psicopedagogia i Orientació
 Asociación E. de Psicoterapia Psicoanalítica. AEPP
 Asociación E. de constelaciones familiares Bert Hellinger
 Asociación Española de Terapia Gestalt
 Asociación Europea de Historia del Psicoanálisis
 Asociación para la Docencia y la Investigación en Salud Mental. ADISAMEF
 Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación
 Assembla de la Crida per Granollers-CUP. Granollers
 Associació Alibi. Girona
 Associació Catalana per a la Clínica i l'Ensenyament de la Psicoanàlisi. ACCEP
 Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública
 Associació Clínica Psicoanalítica de Tarragona
 Associació DIOMIRA. Infància, Adolescència i Joventut. Barcelona
 Associació Educativa Joggi Dalmar. Castelldefels
 Associació Nadocat. Iniciativa catalana per l'assistència integral del nadó i la família
 Associació Psicòlegs Sense Fronteres. Catalunya
 Associació Socio Cultural Ràdio Nikosia
 Associació TEADIR de pares, mares i familiars de persones amb autisme
 Associació de famílies de nens amb TDAH ANOIA. Igualada
 Associació per l'Educació Activa i la Salut Comunitària. Barcelona
 Ateneu de Clínica Psicoanalítica Catalunya
 Aula de Psicoanàlisi. Barcelona
 BELLERA-KOLACNY. Entitat Social. Girona
 Barcelona en Comú
 CAPI – Centre d'Atenció Psicològica Infantil. Cornellà del LL.
 CAPS Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Barcelona
 CEIB Centre d'Estimulació Infantil de Barcelona
 CSMVA Cercle d'Estudis en Salut Mental del Vallès. Granollers
 CIPAIS Equip Clímic. Barcelona
 CUP Crida Constituent
 Centre D'Higiene Mental de Cornellà del LL.
 Centre NEIVAL. Neurointegració. Granollers
 Centre d'Higiene i Salut Mental de Badalona
 Centre de Psicologia de Mataró
 Centre de psicoanàlisi AÏNA. Mataró
 Cintrapsicologia. Psicologia clínica salut i creixement personal. Barcelona
 Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya
 Comunitat Terapèutica del Maresme
 Coordinadora Antic-Privatització da Sanidade Pública. Galicia
 DECLARACION DE ATOCHA. Movimiento en defensa de la atención pública en salud mental
 DRECERA, Cooperativa d'Iniciativa Social

EL DANA. (Departament d'Anàlisi de Nens i Adolescents) de la SEP. Societat Espanyola de Psicoanàlisi
 EL.LYPSY Associació d'Estudis de Psicologia i Psicoanàlisi. Vilanova i la Geltrú
 EPBCN Espacio Psicoanalítico de Barcelona
 Escuela de Clínica Psicoanalítica con niños y adolescentes (ECPNA)
 Espai Freud
 Esquerra Unida i Alternativa. Catalunya
 FEDAIA Federació d'Entitats d'Atenció i Educació a la Infància i Adolescència. Barcelona
 Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
 Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
 Fundación Europea para el Psicoanálisis
 Fòrum Psicoanalític Tarragona
 Fórum Opció Escola de Barcelona
 Fórum Psicoanalític Mare Nostrum. Tarragona
 Fórum Psicoanalític de Barcelona
 GESTALT Barcelona. Formació i Psicoteràpia. Barcelona
 GRADIVA. Associació d'Estudis Psicoanalítics. Barcelona
 Gabinet Psicopedagògic MENTOR. Barcelona
 Gabinet de Psicoteràpia. Barcelona
 INTERCANVIS. Revista de Psicoanàlisis
 Institut Carl Gustav Jung. Barcelona
 Institut Gestalt de Barcelona
 KAIROS Associació per l'Estudi, recerca i Divulgació de la Psicoanàlisi
 KOAN Centre de Psicologia i Formació. Granollers
 L'H Psicoanàlisi. Espai d'atenció psicològica. Hospitalet de Ll.
 LA REVOLUCION DELIRANTE. Asociación de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental
 LIBERI. ESCOLA ACTIVA. Premià de Mar
 La Casa de la Paraula
 La Otra Psiquiatría
 Logos. Clínica Psicoanalítica
 METÀFORA, tallers d'art i arteteràpia. Barcelona
 OME Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria del País Vasco y Navarra
 Psicologia Granollers. Centro clínico de Psicología. Granollers
 RAP. RED ATENCIÓN PSICOANALÍTICA. BARCELONA
 SEPA Sociedad E. de Psicología Analítica con sede en Barcelona
 SEPIA Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana
 Secció Clínica de Barcelona. Institut del Campo Freudia
 Seminari de Psicoanàlisi. Tarragona
 Servei Psicologia Clínica Fundació Puigvert. Barcelona
 Sindicat de Professors de Secundària (ASPEPC-SPS)
 Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius
 Síndic municipal de Greuges de Sant Feliu de Llobregat
 UMBRAL, Red de Asistencia "psi"
 Xarxa de Dones per la Salut. Barcelona
 iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental
 iPsi, Formació Psicoanalítica. Barcelona
 psm - PLATAFORMA PER A LA DEFENSA DE L'ATENÇÓ PÚBLICA EN SALUT MENTAL A CATALUNYA

En aquest manifest es pretén evidenciar que no hi ha un consens entre els professionals de la salut mental sobre el diagnòstic i el tractament indicat per a l'anomenat TDAH.

Segons s'exposa en aquest manifest, aquest Protocol ha estat elaborat per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut i es presenta com la implementació de la *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

D'acord amb la informació proporcionada, aquesta Guia hauria estat rebutjada per la Federació d'Associacions per a la Defensa de la Sanitat Pública.

A diferència del Protocol del Departament de Salut, la *Guía de Práctica Clínica del Ministerio* no és d'obligat compliment ni substitueix el judici clínic del personal sanitari.

Pel que fa al Protocol, s'objecta que els membres del grup de treball que han elaborat el Protocol foren seleccionats pel Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions i el vist i plau de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya però segons les aportacions d'aquestes entitats no s'adequarien a tots els models de formació i pràctica clínica que existeixen a la xarxa de salut mental pública sinó que representen majoritàriament només al model biomèdic-cognitiu-conductual.

D'altra banda, també s'argumenta i el Síndic ha pogut constatar, que certament dels disset membres del grup de persones que elaboren el Protocol, deu declaren en el mateix annex 7 del Protocol conflicte d'interessos i, nou d'aquests deu, declaren haver rebut finançament de laboratoris farmacològics.

En data 17 de juliol de 2015 la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto juvenil, la Societat Catalana de Pediatria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i la Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica i la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament han difós també un manifest en què expressen el seu recolzament total del Protocol per al maneig del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat elaborat pel grup de treball del Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental i Addiccions ja que consideren que es basa en l'evidència científica i que només es pot realitzar per part dels centres que pertanyen al sistema sanitari públic català una pràctica clínica en el camp de la psiquiatria i psicologia clínica infantil que es pugui avaluar des de l'àmbit científic i que aquesta guia facilita avançar en aquest sentit.

Aquest segon manifest recolzat per les societats científiques esmentades aplega més de 2700 professionals que treballen en l'àmbit de la psiquiatria, psicologia, pediatria i neuropediatria tant de la sanitat pública com privada de Catalunya, segons exposen.

Així, atesa la pública divergència en el sector respecte l'aprovació del protocol, us vaig demanar ampliar la informació que us havia sol·licitat i que m'indiquéssiu també :

-el treball que s'havia fet entre els diferents models de formació i pràctica clínica en la salut mental i els seus representants per tal d'arribar a un consens pel que fa al diagnòstic i tractament de l'anomenat TDAH.

-Així com les dificultats en què us hàviu trobat i la informació proporcionada a les entitats contràries al Protocol que us havien manifestat la seva oposició explícitament.

A aquestes dues peticions d'informació, rebo informe de la Direcció General de Planificació i Recerca Sanitàries el dia 24 de febrer d'enguany.

En aquest informe es dóna resposta a algunes de les qüestions plantejades que a continuació desglosso per temes.

Prevalença i incidència del TDAH a Catalunya

En el vostre informe de 24 de febrer de 2016 indiqueu en primer lloc que el nombre de persones ateses amb TDAH als CSMIJ de Catalunya segons franges d'edat (0-11 i 12-17 anys) ha evolucionat a l'alça des del 2004 fins l'actualitat, des d'un total de 2.329 pacients atesos durant l'any 2004 amb aquest diagnòstic fins a un total de 13.858 de pacients atesos amb TDAH l'any 2014 i amb una evolució progressiva a l'alça durant aquest període.

En el vostre informe feu constar també que, del total de 13.309 casos de pacients amb diagnòstic de TDAH atesos el 2013 als CSMIJs de Catalunya, un 60,6% (8.016 pacients) van rebre tractament farmacològic amb atomoxetina o metilfenidat.

No obstant això, en la resposta a la pregunta parlamentària al Govern sobre els casos de trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat diagnosticats i tractats (pregunta 314-00622/11) es fan constar xifres diverses que les que m'heu fet arribar en el vostre informe.

En concret a la resposta que consta registrada el 7 de març de 2016 presentada pel Departament de Salut s'inclou:

-el nombre de primeres visites ateses en centres CSMIJ per TDAH durant l'any 2014: un total de 3743;

-i els pacients amb TDAH tractats farmacològicament a càrrec de la xarxa sanitària pública a Catalunya l'any 2014 menors de 18 anys: 17.151 pacients (6.471 dels quals menors de 12 anys). Durant l'any 2013 es comptabilitzen 17.024 pacients menors de 18 anys amb TDAH tractats farmacològicament a Catalunya.

Desconec si la diferència en les dades facilitades al Parlament i a la institució es deuen al tipus de fàrmac que s'empra en aquests pacients o a si es tracta en el primer cas de pacients amb TDAH tractats en CSMIJs i en el segon de pacients que tot i estar tractats farmacològicament pel TDAH no reben atenció del CSMIJ de referència.

Per un o altre motiu però, la diferència entre la xifra de pacients de TDAH menors de 18 anys que prenen medicació a Catalunya que m'heu facilitat en el vostre informe i la que apareix a la resposta a la pregunta parlamentària de referència és

de més del doble, sobrepassant la xifra de pacients medicalitzats a la xifra total de pacients amb TDAH atesos en CSMIJs que m'havíeu aportat per al mateix any.

Entenc que aquests pacients podrien haver estat atesos en serveis privats, serveis de neuropediatria hospitalaris o des de l'atenció primària de salut, però en tot cas la mediació que prenen i per tant el tractament indicat és a càrrec de la xarxa sanitària pública a Catalunya i amb prescripció d'algun facultatiu de la xarxa.

Seguint amb les xifres de prevalença i d'acord amb les dades aportades en el vostre informe, que coincideixen amb les que vareu aportar el dia que vareu fer la presentació pública del Protocol, i que també es fa constar al Manifest "Per un consens clínic del TDAH", la xifra de diagnòstic de TDAH respon a un 0,97% de la població catalana d'entre 0 i 17anys.

Per aquest motiu, lluny de les xifres que parlen d'un 3-10% de la població catalana entre els informes que plantegen que existeix una fortíssima inflació diagnòstica, la prevalença certament no és alarmant.

Tot i això cal tenir present que aquesta xifra ha anat en fort ascens i que aquests casos representarien un 22,36% dels casos atesos als CSMIJ, d'acord amb les dades facilitades per la Regió Sanitària de Barcelona per a l'any 2013, que s'aporten en el document "Per un consens clínic del TDAH".

També en aquestes dades, es pot llegir que entre els CSMIJs de la Regió Sanitària de Barcelona facilitats existiria una diferència de percentatge de diagnòstic de TDAH que oscil·laria entre el 2,48% del total dels pacients atesos al CSMIJ de Molins de Rei diagnosticats amb TDAH i el 58,78% dels pacients atesos al CSMIJ de Sant Cugat del Vallès amb el mateix diagnòstic.

Així s'evidencia una heterogeneïtat important que sembla que s'explicaria en els criteris de valoració diagnòstica més que en altres factors.

Tractament

Pel que fa al tractament, en les dades que aporteu no es pot verificar quin facultatiu realitzà la prescripció farmacològica en el seu inici. Una de les queixes plantejades per la primera entitat que s'adreça a aquesta institució versava precisament en què els facultatius que prescrivien la medicació no tenien la qualificació especialitzada suficient i que aquest fet podia inflar el diagnòstic i afavorir la hipermedicalització, però en tot cas el Protocol per al maneig del TDAH destaca que el diagnòstic i tractament ha de ser realitzat per un psiquiatre o psicòleg clínic, segons indiqueu, cosa que clarament suposa una millora respecte l'estadi anterior.

El Protocol també estableix el tractament psicològic i conductual per a pares indicat en primera línia per a tots els nens i adolescents amb TDAH, es destaca la necessitat d'un programa d'intervenció individualitzat a l'escola i en casos de clínica moderada i greu es recomana el tractament combinat que inclou tractament psicològic, farmacològic i la intervenció psicopedagògica a l'escola.

En el vostre informe indiqueu que, pel que fa a la psicoteràpia individual, grupal i el tractament familiar, durant els anys 2012, 2013 i 2014 es van realitzar, del total de persones fins a 17 anys ateses al CSMIJ amb diagnòstic de TDAH (que el 2012 era de 12.908 pacients): 7.181 tractaments familiars (6.700 dels quals de menys de 6 sessions), 3.653 tractaments de psicoteràpia individual (3.329 dels quals de menys de 6 sessions) i 603 de teràpia grupal.

L'any 2013 del total de diagnosticats amb TDAH (13.309): 7798 van rebre tractament familiar (7273 dels quals de menys de 6 sessions), 3720 van rebre atenció de psicoteràpia individual i 646 de teràpia grupal.

L'any 2014, que el total de pacients diagnosticats amb TDAH havia augmentat fins als 13.858 pacients: el nombre de pacients que varen rebre tractament familiar va ser de 7649 (7100 amb menys de 6 sessions), individual, 3164 pacients (2915 amb menys de sis sessions) i 763 pacients, amb tractament grupal.

Així veiem que la major part de teràpia que s'ofereix per part del CSMIJ en pacients de TDAH és familiar i consta de menys de sis sessions l'any. Desconec si els pacients que apareixen en tractament psicoterapèutic individual, poden estar rebent també tractament familiar i/o grupal i a la inversa, i per tant si són els mateixos pacients i familiars que reben més d'un tipus de teràpia o si, per interpretar correctament les dades, s'han de sumar els pacients que han rebut cada tipus de tractament per obtenir el total de pacients amb TDAH que han rebut tractament de tipus psicoterapèutic al CSMIJ i saber quin tipus de tractament han rebut en cada cas.

En la hipòtesi que se sumessin perquè els pacients de TDAH en el moment del diagnòstic en funció de la gravetat i altres criteris clínics es valorés que han de rebre un tipus de servei o un altre, durant l'any 2013, tindriem que 12.164 dels 13.309 pacients de TDAH tractats al CSMIJ haurien rebut tractament psicoterapèutic, d'aquests, un 0,45% haurien rebut un tractament de psicoteràpia individual de més de 12 sessions, un 59% un tractament familiar de menys de 6 sessions, la majoria, i un 28 % psicoteràpia individual de menys de 6 sessions.

Del total de pacients tractats al CSMIJ, recordem que d'acord amb les dades facilitades un 60,6% varen rebre tractament farmacològic (8016 infants i adolescents). Dades que no cal perdre de vista que cal comparar amb les aportades a través de la pregunta parlamentària, que ascendirien a 17.024 pacients de TDAH menors de 18 anys tractats farmacològicament a càrrec de la xarxa sanitària pública durant l'any 2013 (superant així la xifra total de pacients menors de 18 anys atesos pel CSMIJ).

Protocol pel maneig del TDAH a Catalunya

Pel que fa al Protocol indiqueu que és la implemtnació a Catalunya de les recomanacions més importants de la Guia de Pràctica Clínica sobre TDAH en la infància i adolescència del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat l'any 2010.

Els membres del grup que va elaborar el protocol van ser escollits, tal i com indiqueu, seguint uns criteris de representativitat dels equips que treballen en TDAH (psiquiatria, neuropediatria i psicologia infantil) tant de recursos hospitalaris com ambulatoris (CSMIJ) per tot el territori català i ha comptat amb la col·laboració i expertesa de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Per altra banda, el Protocol, indiqueu, ha d'ajudar a reduir al màxim les diferències territorials tant pel que fa a la detecció i diagnòstic del trastorn com pel que fa referència al seu abordatge i tractament basat en les bones pràctiques clíniques basades en l'evidència científica disponible.

El Protocol destaca per reconèixer que: el coneixement per part de professionals d'ensenyament i atenció primària de salut és clau per a la detecció i que, no obstant això, el diagnòstic l'ha de realitzar un especialista en psiquiatria infantil, psicologia clínica o neuropediatria.

Es recomana seguir els criteris diagnòstics del DSM-IV o CIM-10, descartar comorbiditat, tenir en compte el moment evolutiu del nen o adolescent i valorar l'entorn familiar, social i escolar del nen. S'han de realitzar entrevistes clíniques als pares i al pacient, obtenir informació de l'escola, revisió antecedents familiars i personals i explorar física i psicopatològicament al pacient. Aquesta també ha estat una de les reivindicacions de les entitats i professionals que denuncien l'hiperdiagnòstic de TDAH, que l'exploració sigui àmplia i descarti comorbiditats.

Com a tractament inicial, el Protocol, tal i com ja s'ha esmentat, recomana el psicològic i el tractament conductual per a pares en primera línia per a tots els nens i adolescents amb TDAH. Es destaca la necessitat d'un programa d'intervenció individualitzat a l'escola i en casos de clínica moderada i greu es recomana el tractament combinat que inclou tractament psicològic, farmacològic i la intervenció psicopedagògica a l'escola. Durant tot el procés, mentre duri el seguiment mèdic i psicològic del nen, els equips CSMIJ i EAP de referència han d'establir circuits de coordinació territorial per facilitar informació rellevant.

Abans d'iniciar el tractament farmacològic s'ha de realitzar un examen físic que inclogui la mesura de la pressió arterial, freqüència cardíaca, pes i talla, buscar antecedents personals i familiars de malaltia cardiovascular, història de síncope relacionat amb l'exercici o altres símptomes cardiovascular.

Informació a les famílies

El Protocol també destaca la importància que les famílies rebin informació complerta i vàlida en relació al trastorn i el seu tractament, les opcions terapèutiques i les indicacions i normes d'ús dels psicofàrmacs. Aquest serà un punt, es remarca, que es contemplarà en l'avaluació de la implantació del protocol.

Pel que fa a la informació als pares, tutors i menors sobre els efectes secundaris de la medicalització, seguint la normativa vigent, el Reial Decret 1015/2009, de 19 de

juny, únicament és necessari firmar un consentiment informat quan es prescriu l'administració d'atomoxetina i/o metilfenidat fora de les indicacions recomanades, abans dels 6 anys.

A l'Annex 2 del protocol es troba el document de 17 pàgines dirigides a pacients, familiars i educadors on s'informa sobre el TDAH.

Elaboració del Protocol i representativitat

Pel que fa al procés d'elaboració del Protocol s'ha seguit el mateix procediment que es fa en altres grups de treball. El Departament de Salut ho va encarregar al Consell Assessor l'any 2013, que està format per 20 professionals sanitaris experts en salut mental i addiccions en representació dels diferents àmbits assistencials, societats científiques, associacions de professionals més representatives del sector, entitats associatives i col·legis professionals.

El Consell assessor va designar dos coordinadors, Dra. Pàmies (Presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatria infanto-juvenil) i la Dra. Jané (en aquell moment Vicedegana del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya). Els membres del grup, segons indiqueu, van ser escollits seguint criteris de representativitat dels equips que treballen en TDAH tant de recursos hospitalaris com ambulatoris. Van participar 17 professionals representatius dels territoris de Girona, Lleida, Tarragona, Catalunya Central, àrea metropolitana de Barcelona i Barcelona Ciutat i va rebre el suport d'AQuAS.

Es va tenir en compte el Manual d'implementació de guies de pràctica clínica en el SNS i es varen proposar un total de cinc accions per a la implementació de les recomanacions de la guia, es van analitzar els agents implicats, les barreres i es van proposar uns indicadors de mesura del grau d'implementació.

No va participar la societat civil en l'elaboració del protocol per la necessària expertesa clínica per tirar endavant l'encàrrec, però en tot moment es va tenir en compte l'opinió dels afectats i les famílies i aporteu les cartes recolzant el protocol de la Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Afectats de TDAH i de la societat catalana de psiquiatria i salut mental, la societat catalana de psiquiatria infanto-juvenil i la societat catalana de pediatria.

Es fa saber que el Protocol també ha estat coordinat amb el Departament d'Ensenyament, especialment amb els EAP i orientadors de centre a l'etapa d'educació secundària i batxillerat. Aquestes recomanacions van ser consensuades amb els directius responsables del Departament d'Ensenyament i estan alineades amb les recomanacions que es defineixen a la Guia per al TDAH elaborades pel Departament d'Ensenyament i l'objectiu és millorar la coordinació dels serveis clínics i els equips de psicopedagogia del Departament d'Ensenyament per tal de garantir el tractament integrat i integral del TDAH.

El Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions després de diverses revisions va aprovar per àmplia majoria el document en la reunió del dia 17 de febrer de 2015 i el dia 6 de maig de 2015 es feu l'acte públic de presentació.

Actualment s'estan mantenint reunions amb el Departament d'Ensenyament per implementar conjuntament el protocol a nivell del territori per assegurar l'atenció integral sanitària i educativa i la coordinació dels serveis especialitzats i es preveu comptar amb el suport de l'AQuAS per realitzar un seguiment de la implementació i resultats obtinguts.

Consideracions

Amb relació a la prevalença del diagnòstic de TDAH a Catalunya en infants i adolescents menors de 18 anys

Certament el Comitè de Drets de l'Infant de Nacions Unides en les darreres observacions finals per a Espanya l'any 2010 dins l'apartat de salut i serveis de salut, destaca en les observacions 48 i 49, que els problemes d'alt predomini en desordres emocionals i psicològics no han estat tractats adequadament i expressa preocupació perquè en un curt període de temps s'ha augmentat la prescripció de psicoestimulants en nens diagnosticats amb TDAH.

El Comitè recomana que s'examini amb cura aquest fenomen i que es prenguin iniciatives per proveir als nens diagnosticats amb TDAH i altres desordres del comportament així com als seus pares i professors un ampli rang de mesures i tractaments educacionals i psicològics i demana especialment que s'examini el fenomen de la prescripció excessiva de medicaments als infants. El Comitè anima a l'Estat a investigar en el camp de la psiquiatria infantil, parant especial atenció als determinants socials de la salut i els trastorns mentals.

No obstant això, la prevalença global mundial de menors de 18 anys s'ha estimat al voltant d'un 5% amb variabilitat en funció del gènere (3 nois per cada noia), localització (front a un % inferior al 5% a Àsia, entre un 5 i un 20% a Amèrica), origen ètnic (nacionals més diagnosticats que immigrants), criteris diagnòstics (DSM IV (criteris de l'Associació Americana de Psiquiatria) dóna una probabilitat fins a 5 vegades més alta de diagnòstic de TDAH que amb els criteris del CIE-10 (OMS)) i segons nivell assistencial (només el 24% dels nens derivats a salut mental des d'atenció primària són confirmats de patir un TDAH). Els Estats Units destaquen especialment per tenir un 11% els nens entres 4 i 17 anys diagnosticats en algun moment de TDAH i fins un 69% reben medicació psicoestimulant.

A Espanya la prevalença se situa entorn el 1,2-4,6% en funció del criteri diagnòstic utilitzat. Aquestes dades s'extreuen de l'article publicat pel Sr. Luis Carlos Saiz Fernández, Coordinador d'Investigació en Farmacoteràpia i prestacions farmacèutiques al Butlletí d'informació farmacoterapèutica de Navarra amb dades actualitzades a març de 2014.

Front a aquests percentatges, els casos atesos pels CSMIJs a Catalunya diagnosticats amb TDAH, un 0,97% dels infants i adolescents disten molt d'aquestes xifres, malgrat certament hi ha una discrepància entre les xifres que s'han facilitat per part

del Departament de Salut al Parlament en data 7 de març de 2016 sobre pacients tractats farmacològicament amb TDAH fins a 17 anys a Catalunya i la xifra de pacients diagnosticats i atesos al CSMIJ, que podria fer entreveure que molts d'aquests pacients no són atesos pels CSMIJs, sinó per la xarxa privada o per centres d'atenció primària o per altres unitats de salut pública i la prescripció pot haver estat realitzada per algun professional no especialista. D'acord amb aquestes segones dades la prevalença a Catalunya seria superior i el tractament amb medicació d'un percentatge superior respecte els pacients diagnosticats que m'heu traslladat en el vostre informe.

Independentment de la prevalença total que considerem es dóna a Catalunya de diagnosi de TDAH entre població infantil i juvenil, cal evidenciar que aquesta és heterogènia i diversa en funció de l'enfocament del professional a l'hora d'abordar el quadre clínic i el criteri diagnòstic seguit, CIE 10 o DSM IV, ambdós admesos pel Protocol.

Aquesta diferència s'aprecia d'acord amb les dades de prevalença desglossades per CSMIJ a Catalunya que oscil·len entre 0,9 casos cada 1000 habitants fins a 36,3 casos cada 1000 habitants, que entenc que varien de manera tan manifesta en funció de l'orientació dels professionals del CSMIJ en qüestió i no en base a altres criteris explicatius que, d'altra banda, no s'han estudiat i/o manifestat.

Respecte les xifres totals de prevalença, i prenent de nou les dades aportades a aquesta institució de pacients amb TDAH atesos als CSMIJ, cal dir que, malgrat la prevalença no és exagerada comparat amb altres països, certament ha augmentat significativament, pràcticament s'ha multiplicat per 6, en els darrers 10 anys a Catalunya.

En tot cas, i amb relació al criteri diagnòstic, cal remarcar que el Protocol exigeix que sigui un psiquiatre o psicòleg el qui realitzi el diagnòstic i tractament i també estableix un procediment d'examen físic exhaustiu per eliminar comorbiditat que és un avenç respecte l'estadi inicial, que finalitza amb les anomalies que es donaven fins ara i que podrien explicar, entre altres factors com el públic-privat, les enormes diferències de dades entre pacients medicalitzats i pacients diagnosticats i tractats als CSMIJ.

Amb relació a l'aprovació i implantació del protocol

El Protocol, seguint la Resolució 84/VIII que el Parlament va fer arribar al Departament de Salut l'any 2007 per tal que millorés l'atenció a la població afectada així com en el marc de les Estratègies de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut i el projecte "Optimització en l'abordatge del TDAH 2013-2015", pretén garantir l'equitat de l'atenció i reduir la variabilitat en el diagnòstic i tractament del TDAH existent.

Certament les guies de pràctica clínica són útils en aquest sentit ja que en un sistema assistencial públic cal garantir que l'atenció rebuda pel pacient és adequada a les seves necessitats i cal aportar seguretat i confiança als ciutadans en el

diagnòstic rebut i el tractament oferts, recolzats en criteris científics i professionals demostrats i consensuats; protegint i allunyant al pacient i familiars de la confusió que s'ha de resoldre en el marc del debat entre professionals sobre l'abordatge, criteri diagnòstic i tractament més adequats.

Però per tal que aquesta guia sigui útil cal que sigui realitzada amb un enorme rigor metodològic i prevenint el biaix evitable. Elaborar un protocol d'obligat compliment en un context on la realitat assistencial presentada en xifres a Catalunya mostra unes fortes discrepàncies entre els professionals a l'hora de diagnosticar i tractar els pacients de TDAH té el risc d'eliminar les diferències d'orientació clínica, entorpir la pràctica professional i enfortir un sol enfocament, en aquest cas, sembla que el de tipus biomèdic conductual cognitiu vers altres enfocaments també defensats des del rigor professional i que es donen actualment en el sistema de salut pública a Catalunya més de tipus psicosocial.

És aquest criteri professional divergent també present en la realitat assistencial catalana que presenta al Síndic la seva oposició frontal a l'aplicació del Protocol i que sembla que queda reflectit en l'explicació de les grans diferències diagnòstiques que es donen entre CSMIJ's arreu de Catalunya.

Per aquest motiu, sense disposar d'elements tècnics per qüestionar el contingut tècnic del Protocol elaborat per professionals i experts en la matèria, el Síndic valora, davant les explícites manifestacions discordants, que l'aplicació del Protocol de manera obligada arreu de Catalunya en aquest moment, malgrat pretengui garantir una atenció pública el màxim de garantista possible que és un objectiu que ha de perseguir l'atenció de la salut pública a Catalunya, no és respectuosa amb la realitat de debat professional existent.

Amb relació al consens en l'elaboració

El Síndic valora que el consens pretès en l'elaboració del Protocol no s'ha assolit i entén que cal seguir treballant per facilitar un debat obert i rigorós entre els professionals sobre l'abordatge d'aquest trastorn i el tractament més adequat tot i respectant el criteri de cada professional dins la deontologia pròpia d'aquesta disciplina.

En aquest debat s'haurien d'incloure els col·legis professionals que intervenen en l'atenció i tractament d'infants i adolescents afectats, com ja s'ha fet, en tant que interpel·lats pel debat existent, i també professionals que treballen en aquest àmbit de diferents orientacions i escoles de tractament per tal que el debat sigui el més plural i enriquidor possible.

En tot aquest debat cal fer prevaldre de manera clara i contundent per part de l'Administració la independència i transparència dels professionals intervinents per tal que els possibles conflictes d'interessos que moltes vegades es donen entre els experts que hi participen enterboleixi el debat tècnic i professional que es defensa.

Cal que aquest element jugui un paper clau en la composició dels participants en aquests debats i l'elaboració de documents de consens.

Amb relació al tractament farmacològic

Aquest debat no hauria d'entorpir la pràctica professional i la garantia en la intervenció individualitzada a cada persona afectada sinó reforçar-la i adequar-la per al seu benefici en interès superior de cada infant i adolescent afectat i les seves famílies.

En tot cas, entenc que l'atenció i tractament rebut, a banda de l'orientació teòric-pràctica en què es basa ha de ser de la intensitat i completitud que cada pacient requereix.

El mateix Protocol reconeix com a primer tractament indicat en pacients de TDAH el tractament psicològic i d'acord amb les xifres aportades des del CSMIJ i el parer de professionals del sector sovint no s'ofereix ni en tots els casos ni amb la intensitat necessària per a cada pacient.

De fet, la discordància entre les dades de pacients de TDAH menors de 18 anys que reben medicació a Catalunya i els pacients de CSMIJ indiquen que hi ha una deficiència en la cobertura pública de tractament de tipus psicoterapèutic a aquests pacients.

En aquest marc de necessitat de reforçar i augmentar els recursos públics existents, serà el professional el que, en base a criteris tècnics, indiqui en cada cas concret el tractament més convenient sempre prevenint i informant a les famílies i el propi pacient de les diferents possibilitats i els efectes de l'opció escollida a curt i a llarg termini.

Cal recordar que el Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya en el seu número del març-abril de 2010 recull un article sobre la toxicitat dels fàrmacs per al trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat i es destaquen: l'insomni, labilitat emocional, disminució de la gana, cefalea, mareig, somnolència, símptomes gastrointestinals, hipertensió, taquicàrdia, arítmies i palpitations. També recull que més rarament es descriuen casos de tics, convulsions i retard en el creixement i alguns casos de psicosis amb al·lucinacions visuals o tàctils i d'ideació i conducta suïcida.

També es fa constar que una comissió especialitzada va examinar les notificacions de mort sobtada entre nens i adolescents tractats amb psicoestimulants per al TDAH i va recomanar incloure un requadre negre d'advertència sobre els riscos cardiovasculars al es fitxes tècniques dels fàrmacs i l'Associació Americana de Cardiologia va recomanar practicar un electrocardiograma als nens abans d'iniciar el tractament.

La conclusió d'aquest article és la següent: “el metilfenidat i l'atomoxetina s'han associat a efectes adversos greus, com trastorns cardíacs i psiquiàtrics i poden produir retard de creixement a llarg termini. Els riscos d'aquests fàrmacs reforcen la necessitat d'una valoració acurada de la relació benefici-risc en aquesta població i justifiquen que se'n restringeixi l'ús a casos molt especials. La notificació de les sospites de reaccions adverses per aquests medicaments permetrà conèixer millor el seu perfil de toxicitat.”

Igualment al número de juliol-setembre de 2014 d'aquest mateix butlletí s'inclou un article sobre un nou efecte advers rar, el priapisme, a un dels fàrmacs.

Cal alertar d'aquestes qüestions a les famílies i en tot cas garantir el tractament psicoterapèutic necessari perquè en cap cas el tractament farmacològic substitueixi o complementi el que un tractament psicoterapèutic amb major grau d'intensitat podria assolir sense necessitat de recórrer al fàrmac o amb el recurs del fàrmac amb menor dosi o intensitat.

En aquest sentit el Síndic també rep molt favorablement la inclusió en el protocol de la informació a les famílies com a element d'avaluació de la seva implementació així com també que el tractament farmacològic es reservi a casos de clínica moderada i greu, malgrat no s'alerta amb la mateixa contundència que es fa en el Butlletí de Farmacologia i també per part d'alguns professionals del sector dels greus riscos i de la implicació amb aquests per part del professional en la seva valoració en el moment de la prescripció.

Amb relació a la informació a les famílies i l'escolta de l'infant o adolescent

S'ha d'escoltar sempre el menor amb TDAH i informar-lo de la forma més complerta possible i adequada al seu nivell de comprensió, compartint la informació amb pare o tutors en funció del seu grau de maduresa i necessitat de complementar el procés informatiu, en casos de 12 a 16 anys s'haurà de respectar en la mesura del possible la confidencialitat de la informació i dades sanitàries sobre TDAH del menor madur i amb judici suficient, especialment sota demanda explícita per part seva i s'hauran de ponderar els riscos i beneficis de cedir o comunicar aquesta informació als pares o tutors, evitant entregar la documentació clínica a tercers sense consentiment del menor excepte en situació de risc greu degudament justificada; i a partir dels 16 anys s'haurà de preservar la confidencialitat del menor igual que si fos major d'edat.

Amb relació al treball conjunt entre Departaments i específicament amb el Departament d'Ensenyament

Per últim, dins l'objectiu de definir una estratègia conjunta entre el vostre Departament i Ensenyament per tal que l'atenció sigui de qualitat, s'ha promogut un estudi sobre l'impacte dels problemes de salut en el fracàs escolar i s'ha treballat un abordatge integral elaborant una guia sobre TDAH per a mestres i professors i ha elaborat i publicat una guia sobre TDAH per a psicòlegs i pedagogs dels EAP.

En aquest sentit el Síndic també considera que és crucial que es treballi conjuntament perquè l'atenció als infants i adolescents amb trastorns de conducta i en aquest cas els afectats per TDAH puguin rebre l'atenció més adequada a les seves necessitats a l'aula i es congratula que s'estiguin esmerçant esforços en aquest sentit.

Recomanacions

1. Atès que el Síndic valora que el consens buscat en l'elaboració del Protocol no s'ha assolit, **suggereix a l'Administració que segueixi treballant per facilitar un debat obert i rigorós entre els professionals sobre l'abordatge d'aquest trastorn i el tractament més adequat tot i respectant el criteri de cada professional dins la deontologia pròpia d'aquesta disciplina.**

En aquest debat s'haurien d'incloure els col·legis professionals que intervenen en l'atenció i tractament d'infants i adolescents afectats, com ja s'ha fet, en tant que interpellats pel debat existent, i també professionals que treballen en aquest àmbit de diferents orientacions i escoles de tractament per tal que el debat sigui el més plural i enriquidor possible.

Cal fer prevaldre de manera clara i contundent per part de l'Administració la independència i transparència dels professionals intervinents per tal que els possibles conflictes d'interessos entre els experts que hi participen enterboleixi el debat tècnic i professional que es defensa.

2. Sense que sigui funció del Síndic qüestionar el contingut tècnic del Protocol existent actualment elaborat per professionals i experts en la matèria, el Síndic valora, davant les explícites manifestacions discordants, que l'aplicació del Protocol de manera obligada arreu de Catalunya en aquest moment, malgrat pretengui garantir una atenció pública el màxim de garantista possible que és un objectiu que ha de perseguir l'atenció de la salut pública a Catalunya, no és respectuosa amb la realitat de debat professional existent.

Per aquest motiu **suggereix que es valori el seu ús com a guia de pràctica clínica i no s'exigeixi el seu obligat compliment mentre no s'extreuen conclusions més consensuades entre els professionals respecte el seu contingut.**

3. El Síndic suggereix que es valori si es consideren les conclusions que recollia el Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya sobre la toxicitat dels fàrmacs metilfenidat i atomoxetina que s'utilitzen per tractar el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. S'afirma en aquest article del Butlletí que els riscos d'aquests fàrmacs **reforcen la necessitat d'una valoració acurada de la relació benefici-risc en aquesta població i justifiquen que se'n restringeixi l'ús a casos molt especials, així com la notificació de les sospites de reaccions adverses per aquests medicaments.**

El Protocol recull l'ús de fàrmacs per a casos de clínica "moderada i greu" però no per a casos "molt especials", com ho fa el Butlletí de Farmacovigilància, i per aquest motiu considera que és necessari que es valori l'adequació de l'ús que es recomana d'aquests fàrmacs amb les conclusions que recollia el Butlletí. Així mateix que s'activin i es promoguin els circuits de notificació de sospites de reaccions adverses, si no s'està realitzant.

4. El Síndic es fa ressò de l'alerta respecte la toxicitat i el possible ús abusiu de la medicació que es fa d'infants i adolescents que estan diagnosticats amb TDAH, i entén que **el sistema públic de salut ha de garantir en tot cas el tractament psicoterapèutic que està indicat pel mateix Protocol com a principal tractament**

amb l'amplitud i intensitat necessàries per a cada pacient, de manera que el tractament farmacològic mai substitueixi o complementi el que un tractament psicoterapèutic amb major grau d'intensitat podria assolir sense necessitat de recórrer al fàrmac o amb el recurs del fàrmac amb menor dosi o intensitat.

4. Cal alertar d'aquestes qüestions a les famílies i garantir una informació completa i adequada a les famílies i els pacients de TDAH tal i com es garanteix en el Protocol.

El Síndic recomana també que es reculli i garanteixi l'escolta de l'infant o adolescent amb TDAH i demana que se l'informi també de la forma més completa possible i adequada al seu nivell de comprensió, compartint la informació amb pare o tutors en funció del seu grau de maduresa i necessitat de complementar el procés informatiu. En casos de 12 a 16 anys s'haurà de respectar en la mesura del possible la confidencialitat de la informació i dades sanitàries sobre TDAH del menor madur i amb judici suficient, especialment sota demanda explícita per part seva i s'hauran de ponderar els riscos i beneficis de cedir o comunicar aquesta informació als pares o tutors, evitant entregar la documentació clínica a tercers sense consentiment del menor excepte en situació de risc greu degudament justificada; i a partir dels 16 anys s'haurà de preservar la confidencialitat del menor igual que si fos major d'edat.



Rafael Ribó
Síndic

Barcelona, 4 de maig de 2016

10.5

**Principals documents de
suport al protocol de TDAH**

Carta de suport del les associacions de familiars



Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Afectats de TDAH

Riereta, 4 08830- Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Inscrita al Registre d'Associacions n° 573 CIF G64681810

Benvolgut

Tenim coneixement de que un anomenat “Consens clínic del TDAH” s’ha adreçat a tots els parlamentaris i totes les parlamentaries sol·licitant l’adhesió a un document titulat: “Per un consens clínic del TDAH”.

A la seva introducció diu que les associacions d’afectats i familiars d’afectats han signat l’esmentat document, afirmació completament falsa ja que cap de les associacions de Catalunya ha signat el document i en canvi si que van donar el suport al Protocol assistint a l’acte de presentació el passat 6 de maig de 2015, ja que havíem col·laborat i participat a la redacció i elaboració del mateix.

La Resolució 84/VIII del Parlament de Catalunya de l’any 2007 va sorgir per la compareixença d’aquesta Federació en representació de totes les associacions d’afectats i familiars d’afectats federades.

En aquesta compareixença varem sol·licitar al Parlament un protocol d’actuació a l’àmbit de salut i a l’àmbit de l’ensenyament donat tots els problemes que els afectats i familiars d’afectats ens trobàvem tant a la sanitat pública com als centres escolars, que no volien reconèixer el trastorn i abocaven els nostres infants al fracàs escolar i a no ser atesos amb teràpies adequades a l’àmbit de la salut, quan la mateixa Organització Mundial de la Salut reconeix el trastorn.

Els resultats, entre d’altres, d’aquesta compareixença han estat:

- Juny 2013: Presentació per part del Departament d’Ensenyament de la guia “El TDAH: detecció i actuació en l’àmbit educatiu”.
- Maig 2015: Presentació per part del Departament de Salut del “Protocol per el maneig del TDAH infanto-juvenil en el Sistema Sanitari Català”

Tant la guia com el protocol són velles reivindicacions d’aquesta federació i per tant dels afectats i familiars d’afectats del TDAH i amb la consecució de les intencions de que els dos Departaments col·laborin en l’atenció dels nostres fills i filles, per tal d’evitar el fracàs i abandó escolar, que es situa en un 50% en aquest col·lectiu..

Hem llegit el document de l’anomenat “Consens clínic del TDAH” i no volem entrar a rebatre totes les afirmacions que fan, no paga la pena.

El que si tenim molt clar els afectats i familiars d’afectats és la travessia del desert que han patit les famílies quan han caigut en mans de professionals de la tendència psicoanalista de la psicologia: han passat anys sense un diagnòstic i sense un tractament pels seus infants, veient com any rere any els anaven perdent, fins que desesperats acudeixen a les associacions que els orientem i aconsellem que canviïn a la tendència

cognitivo-conductual, que és la que presta atenció i tracta el TDAH amb major èxit. Suficient motiu per tal de que el protocol sols consideri aquesta com una millor atenció i les famílies estem completament convençudes que és la que funciona i no culpabilitza els pares del trastorn dels seus fills i filles.

Com federació defensem que la primera intervenció ha de ser la teràpia cognitivo-conductual i quan cal i si el professional de la salut ho consideri necessari complementar-la amb la medicació adient. Malgrat alguns comentaris i els titulars de la premsa, actualment a tot l'estat només es mediquen el 10% dels afectats i afectades. I és cert: tots els medicaments tenen efectes secundaris inclosos els analgèsics que prenem habitualment.

Quan els nostres fills i filles són medicats, realment, guanyen qualitat de vida, presten una major atenció, incrementen el seu rendiment escolar i les seves relacions socials, els hi puja l'autoestima pels nous èxits que tenen. Tots surten guanyant, els afectats, les famílies, les escoles i la societat.

Entenem les queixes constants dels psicoanalistes, "per cada nen o nena tractat un de menys al divan", i les famílies pateixen molt quan cauen a les seves mans o quan s'organitzen campanyes detractores del TDAH per determinats professionals, que quasi sempre tenen en comú la publicació d'un llibre.

Com a federació donem tot el nostre suport al Protocol per al maneig del TDAH infanto-juvenil en el Sistema Sanitari Català i us demanem a tots els parlamentaris del vostre grup que no doneu suport al document anomenat: "Per a un consens clínic del TDAH", ja que serà en perjudici dels afectats i familiars d'afectats.

Rebeu una cordial salutació.



Signat: Marià Merino Alcántara – NIF 46016559E
President

PARLAMENT DE CATALUNYA – GRUP PARLAMENTARI DE JUNTS PEL SÍ
I. Sr. Jordi Turull i Negre

Manifest de les societats científiques



Manifest de les Societats científiques en suport al protocol de TDAH aprovat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

1. La Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil, la Societat Catalana de Pediatria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i la Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica i la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament **recolzen totalment el Protocol per al maneig del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat elaborat pel grup de treball del Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental i Addiccions.**
 - a. Perquè està basat en la Guia de pràctica clínica de TDAH del Ministerio que recull l'evidència científica sobre aquest trastorn en el moment de la publicació.
 - b. Perquè el protocol també preveu l'adaptació en cada nova versió de la Guia de Pràctica clínica (que es revisa cada 4 anys)
 - c. Perquè el procés d'implementació ha estat dirigit per l'Agència Catalana d'Avaluació seguint els criteris de metodologia científica d'aquesta implementació.
 - d. Perquè compartim la responsabilitat social que tots els nens i adolescents de Catalunya puguin accedir a tractaments basats en l'evidència científica.
 - e. Perquè aquestes societats apleguen més de 2700 professionals que treballen en l'àmbit de la psiquiatria, psicologia i la pediatria i neuropediatria tant de l'àmbit de la sanitat pública com privada a Catalunya, tant en el vessant assistencial, com d'investigació i de gestió.
 - f. Perquè aconsellem una avaluació rigorosa des de l'àmbit científic de la pràctica clínica realitzada en el camp de la psiquiatria i psicologia clínica infantil per part dels centres que pertanyen al sistema sanitari públic català. La implementació d'aquestes Guies de pràctica clínica, facilita la possibilitat d'avançar en aquest sentit.
2. La Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil, la Societat Catalana de Pediatria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i la Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica i la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament **no fomentaran el debat sobre aspectes que no estiguin estrictament relacionats amb l'evidència científica.**

Barcelona , 17 de juliol del 2015