



Novidades bibliográficas ▶ **Guía de práctica clínica para el diagnóstico, evaluación y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes**

 **Más información**

Artículo original:

Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, *et al.* Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144:e20192528. [PubMed](#)

RESUMEN

La Academia Americana de Pediatría actualiza la guía clínica de 2011 para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), conforme a la última revisión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, el DSM-5, concluyendo que los estudios no apoyan que haya que realizar cambios relevantes respecto de las recomendaciones anteriores. Como novedades señala la necesidad de evaluar y tratar las posibles comorbilidades, contemplar las evidencias en la evaluación, diagnóstico y tratamientos de los grupos de edad extremos (preescolares y adolescentes), y considerar el TDAH como trastorno crónico.

Señala dificultades y alternativas para que el pediatra asuma la atención al TDAH, considerando evaluación, diagnóstico y tratamiento como un proceso continuo y contando con información desde la escuela y la comunidad.

PERLAS CLÍNICAS

1. ¿Qué novedades incorpora?

La referencia del DSM-5 para la evaluación diagnóstica; el papel del pediatra en los distintos niveles de edad y su implicación en procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento; la coordinación con profesionales de salud mental; la necesidad de evaluar y tratar las condiciones asociadas; y la consideración del TDAH como un proceso crónico.

2. ¿Qué otros trastornos habría que explorar en un niño con TDAH?

La mayoría presentan al menos un trastorno comórbido, por negativismo desafiante, de conducta y de consumo de tóxicos en niños, de ansiedad y depresión en niñas. También son frecuentes trastornos del desarrollo (del espectro autista) y del aprendizaje. La comorbilidad empeora el pronóstico, especialmente en adolescentes, y este sería un escenario de posible derivación a salud mental.

3. ¿Cuáles son las implicaciones de considerar al TDAH como un trastorno crónico?

Que su tratamiento requiere planes de necesidades a medio y largo plazo, similares a otras patologías crónicas, ya que los tratamientos, aunque efectivos en reducir los síntomas, no son curativos, confirmándose una elevada prevalencia de conductas de riesgo y trastornos psiquiátricos en adolescentes y adultos.

4. ¿Cuál es el papel del pediatra en la atención al TDAH?

Se le considera el profesional de referencia para iniciar el proceso diagnóstico y el manejo de los cuadros leves y moderados, por su capacidad para detectarlo de forma temprana, dada su cercanía con el niño y familia. Requiere formación tanto en prevención primaria como secundaria, y la necesidad de buena coordinación con profesionales de salud mental infantil.

Conforme al grado de recomendación:

- Nivel A:
 - Indicar como primera opción de tratamiento para preescolares las intervenciones conductuales, a través de consejo a los padres, y en el aula.
 - Para escolares, de 6 a 12 años, recetar medicamentos aprobados junto con asesoramiento a padres y recomendación de apoyos individualizados en el aula.
 - Para adolescentes, de 12 a 18 años, tratamiento farmacológico e intervenciones conductuales individuales si están disponibles.
- Nivel B:
 - Iniciar la evaluación de cualquier niño o adolescente, de 4 y 18 años, que presente problemas académicos o de comportamiento y de falta de atención, hiperactividad o impulsividad, conforme a los criterios del DSM-5, obteniendo información de padres y maestros, incluyendo la detección de posibles condiciones asociadas y descartando cualquier causa alternativa.
 - Considerar y manejar al TDAH como una condición crónica.
 - Sopesar los riesgos del tratamiento farmacológico en los niños menores de 6 años que presenten sintomatología moderada o grave, o su derivación a salud mental.
 - Ajustar las dosis de los tratamientos farmacológicos.

EN PERSPECTIVA

1. Debido a la elevada prevalencia¹ del TDAH y al impacto² de este diagnóstico resulta necesario disponer de actualizaciones del conocimiento basado en la evidencia.
2. Las novedades que ofrece se centran en la utilización de los criterios del DSM-V, delimitar el papel del pediatra de Atención Primaria en el diagnóstico e intervención, su consideración como trastorno crónico y la importancia de la comorbilidad. Respecto a esta, recientes publicaciones coinciden en señalar su importancia a nivel pronóstico³. Son muchas las publicaciones que señalan al pediatra de Atención Primaria como figura esencial en el manejo (diagnóstico e intervención) del TDAH⁴, con un rol activo en las intervenciones (psicosociales principalmente, y también farmacológicas si fuera necesario) en el caso de los preescolares⁵ y planificando intervenciones desde la perspectiva de la cronicidad⁶.
3. Los estudios dejan patente que es necesaria una mayor implicación del pediatra, sobre todo en los casos de niños en edad escolar, impulsando medidas de intervención conductual en los entornos de las familias y la escuela y tomando un papel activo en la supervisión y ajuste de la medicación. Todas las intervenciones deben hacerse conforme a la consideración de un trastorno crónico con elevada tasa de comorbilidad.
4. Aunque no existen unos parámetros claros, las recomendaciones que pueden extrapolarse al contexto clínico de nuestro país sitúan al pediatra como referencia tanto en el diagnóstico (debe iniciar siempre el proceso diagnóstico y puede confirmarlo en casos sin comorbilidad), como en el tratamiento. Es en este último aspecto donde sigue sin clarificarse si puede recaer exclusivamente en el pediatra, ya que esto implicaría atender a las necesidades psicológicas y psicopedagógicas, además del manejo de diferentes tratamientos farmacológicos disponibles. Esto implicaría mejorar la formación en materia de salud mental y disponer de tiempo necesario en la consulta. Por el momento, parece que la alternativa es seguir mejorando la coordinación entre especialistas de salud mental y Pediatría.

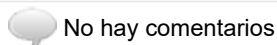
BIBLIOGRAFÍA

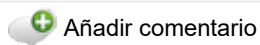
1. Rae T, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135:994-1001.
2. Le HH, Hodgkins P, Postma MJ, Kahle J, Sikirica V, Setyawan J, et al. Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:587-98.
3. Cuffe SP, Visser SN, Holbrook JR, Danielson ML, Geryk LL, Wolraich ML, et al. ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *J Atten Disord*. 2020;24:1345-54.
4. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, Froehlich TE, Liu YH, O'Malley E, et al. 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;41:S35-S57.
5. Tandon M, Pergjika A. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26:523-38.
6. Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, Hechtman LT, Owens EB, Stehli A, et al. Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58:655-62.

Valoración

Nº de votos: 0

[Finalizar y volver al índice >](#)

 No hay comentarios

 Añadir comentario

 Normas de uso del foro

[Compartir](#)