

# Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica

JC. Buñuel Álvarez

Área Básica de Salud Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 4:S25-37

José Cristóbal Buñuel Álvarez, p416ucua@pgirona.scs.es

## Resumen

*El trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es, junto con el asma y la obesidad, una de las enfermedades más prevalentes durante la infancia. Por ello es necesario la realización de un diagnóstico correcto, ya que el tratamiento adecuado mejora el pronóstico de estos pacientes. Revisadas las guías de práctica clínica más actuales, puede concluirse sobre el diagnóstico del TDAH que: 1) el pediatra de Atención Primaria (PAP) debe disponer de los conocimientos necesarios para realizar la valoración del niño con sintomatología compatible con un TDAH; 2) en caso de comorbilidad asociada o de existir problemas de diagnóstico diferencial, es aconsejable la derivación a un psiquiatra infantil; 3) el diagnóstico de TDAH requiere la recopilación, por parte del PAP, de toda la información posible sobre la conducta del niño en su domicilio y en la escuela; es preciso realizar una entrevista con los padres, profesores y con el niño en busca de síntomas compatibles con el trastorno; 4) las escalas y cuestionarios son un instrumento más dentro del proceso diagnóstico, y no constituyen por sí solos la prueba diagnóstica definitiva; 5) es necesaria la realización de una exploración física completa para detectar enfermedades neurológicas y/o descartar problemas de visión y audición que pueden interferir con la capacidad de atención del niño; 6) no es necesaria la realización de pruebas complementarias (exámenes radiológicos, bioquímica sanguínea) a menos que se sospeche la presencia de una enfermedad que justifique su realización.*

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Diagnóstico, Guías de práctica clínica, Atención Primaria de salud.

## Abstract

*The attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD), along with asthma and obesity, is one of the most prevalent diseases in childhood. Therefore, it is necessary to establish a correct diagnosis because an adequate treatment improves the prognosis of these patients. After reviewing the most recent clinical practice guidelines, the conclusion referring to the diagnosis of ADHD is: 1) Primary Care pediatricians (PCP) should have the necessary instruction to be able to carry out the assessment of a child with symptomatology*

*El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.*

that suggests an ADHD; 2) if there is associated comorbidity or if there are doubts about the differential diagnosis, derivation to child psychiatry is recommended; 3) to establish the diagnosis of ADHD the PCP have to obtain information of the child's conduct at home and at school, through an interview with the parents, the school teachers and the child, looking for symptomatology suggestive of ADHD; 4) the rating scales and questionnaires are instruments, along with others, to help establish the diagnosis but they are not by themselves the definite proof of the diagnosis; 5) a complete physical exploration is necessary to be able to determine if there is any neurological disease and/or vision and hearing problems which could interfere with the child's capacity to pay attention; 6) it is not necessary to realize complementary exams (radiological, biochemical) if there is no a suspected disease to justify it.

**Key words:** Attention deficit disorder with hyperactivity, Diagnosis, Practice guidelines, Primary Health Care.

## Introducción

El trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es la enfermedad psiquiátrica crónica más frecuente en la edad pediátrica<sup>1</sup>. Se estima que las cifras de prevalencia actuales oscilan entre un 3 y un 10%<sup>2,3</sup>. El TDAH puede incidir negativamente en el desarrollo del niño en múltiples niveles<sup>4-6</sup>. Por ello se hace necesario disponer de unas pautas claras que ayuden a realizar un diagnóstico certero y a establecer un tratamiento adecuado.

La medicina basada en la evidencia (MBE) es una metodología de trabajo que ayuda a responder a preguntas clínicas siguiendo un procedimiento estructurado que comprende una búsqueda bibliográfica exhaustiva y una lectura crítica de los documentos recuperados con el objeto de determinar la validez de los estudios y la relevancia clínica de sus resultados<sup>7</sup>.

El objetivo del presente artículo es revisar el diagnóstico del TDAH desde la metodología de trabajo propuesta por la MBE. Para ello, se han revisado las principales guías de práctica clínica (GPC) y revisiones sistemáticas sobre este tema.

Una GPC es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones<sup>8</sup>. En la actualidad, podemos distinguir diferentes tipos de GPC dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración:

1. Basadas en la opinión de expertos
2. Basadas en el consenso.
3. Basadas en la evidencia.

En estas últimas la metodología empleada en su elaboración (tanto en la búsqueda de la literatura científica como en la síntesis de la evidencia para construir las recomendaciones finales)

se realiza de forma sistemática, explícita y reproducible, siguiendo un procedimiento altamente estructurado<sup>9</sup>.

### **Búsqueda bibliográfica**

Identificación de GPC basadas en la evidencia: MEDLINE (PubMed), National Guidelines Clearinghouse y TRIP Database (fecha de la búsqueda: 21 de mayo de 2006). Descriptores utilizados: "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity", utilizando en PubMed la opción "Limits" de este recurso para restringir la búsqueda a documentos que tengan resumen, que sean GPC (opción "practice guideline") y dirigidos a la población infantil (opción "All child"), restringiendo la búsqueda a artículos publicados en los últimos seis años. Se recuperaron siete documentos una vez eliminadas las referencias repetidas<sup>10-16</sup>. Se consideraron de potencial interés cuatro<sup>12-15</sup> que cumplieran los siguientes criterios de selección, modificados de Guíasalud.

1. Las GPC incluyen información para ayudar a profesionales de la salud y/o pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada para situaciones clínicas específicas.

2. Las GPC han sido producidas y/o actualizadas y/o evaluada su validez en los últimos siete años.

3. Los datos de los autores –nombre, institución, datos de contacto– y la declaración de conflicto de interés aparecen de forma clara en la GPC.

4. Los métodos de búsqueda de la evidencia científica utilizados deben estar descritos.

5. Las recomendaciones de la GPC deben estar ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.

### **Diagnóstico**

No existe ningún marcador biológico que permita efectuar con certeza el diagnóstico de TDAH. A éste se llega por medio del cumplimiento de unos criterios diagnósticos clínicos específicos en aquellos niños en los que existan algunos síntomas de sospecha de la enfermedad.

Diversas GPC abordan esta cuestión; existe un alto grado de acuerdo entre ellas en las recomendaciones principales aunque con alguna discrepancia puntual entre la literatura norteamericana y la de otros países<sup>12-15</sup>. La guía de la Academia Americana de Pediatría (AMA)<sup>13</sup> y la realizada por la organización SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)<sup>14</sup> tienen la ventaja de proponer un método estructurado para el diagnóstico del trastorno. Ambas recogen,

asimismo, diferentes filosofías a la hora de abordar el diagnóstico del TDAH por lo que pueden considerarse complementarias. La GPC de la AMA se rige, para orientar el diagnóstico, por la clasificación establecida por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV). La guía de SIGN intenta recoger tanto la perspectiva americana como la europea, que, sin descartar la clasificación DSM, tiene en consideración el diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10).

En el presente artículo se recogen las recomendaciones de diversas guías para el diagnóstico del TDAH, y se comentan sus semejanzas y discrepancias cuando éstas aparezcan. Para ello, se partirá de las recomendaciones de la guía de la AMA por un motivo únicamente práctico, ya que esta guía presenta una estructura detallada que resulta útil para ser utilizada como guión de este capítulo. En cada recomendación se comentan las semejanzas y discrepancias con otras GPC relevantes.

La guía de la AMA presenta como principal limitación la ausencia de una descripción exhaustiva de la metodología llevada a cabo para establecer los niveles de evidencia y la fuerza de las

recomendaciones. Sus autores refieren que se calificó una recomendación como fuerte cuando se basaba en estudios de alta calidad metodológica (sin referir el diseño de éstos) o, en ausencia de dichos estudios, cuando existía un alto grado de consenso entre expertos en el tema; los grados de recomendación bueno y débil se basaron en estudios de menor calidad (sin describir su diseño) o en consenso de expertos, con un nivel de acuerdo inferior al necesario para que la recomendación se considerara como fuerte. Para solventar estas limitaciones, se ha completado la información añadiendo, cuando estaban disponibles, los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones de la GPC Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)<sup>14</sup> (tablas 1 y 2), elaborada según un protocolo altamente estructurado. Las guías del Health Policy & Clinical Effectiveness Program (Hospital de Cincinnati)<sup>12</sup> y del Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)<sup>15</sup> también realizan una clasificación de los niveles de evidencia que pueden ser consultados en los documentos originales referidos en la bibliografía y disponibles a texto completo a través de internet. La información de ambas GPC también se ha utilizado para la redacción de este capítulo.

**Tabla I. Niveles de evidencia de la guía SIGN**

- Ia Evidencia obtenida de metaanálisis de ensayos clínicos controlados
- Ib Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado
- Ila Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
- IIb Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado sin aleatorización
- III Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados
- IV Evidencia obtenida de informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas

**Tabla II. Grados de recomendación de la guía SIGN**

- A Requiere al menos un ensayo clínico controlado (niveles de evidencia Ia y Ib)
- B Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien diseñados que no sean ensayos clínicos aleatorios sobre el tema sobre el que se realiza la recomendación (niveles de evidencia Ila, IIb y III)
- C Requiere evidencia obtenida de informes de comités de expertos, opiniones y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables (nivel de evidencia: IV)

**Puntos de buena práctica**

- Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del grupo elaborador de la guía

*Recomendación número 1: en un niño de edad comprendida entre 6 y 12 años que presenta síntomas compatibles con inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta, el médico de atención primaria (AP) debería iniciar una evaluación para el diagnóstico de TDAH (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>. Otras GPC formulan recomendaciones similares sin limitarlas a intervalo de edad alguno<sup>12,14,15</sup>.*

En ocasiones, el motivo de consulta de los padres es la presencia de alguno de los signos nucleares del trastorno. Otras veces la consulta se produce a causa de un deficiente rendimiento escolar o de problemas de comportamiento serios en el colegio o en el ámbito familiar<sup>13,14</sup>. En los niños con subtipo inatento muchos de estos problemas pueden pasar desapercibidos, por lo que esta guía propone una búsqueda activa a partir de cinco preguntas de cribado:

1. ¿Cómo se comporta el niño en la escuela?
2. ¿Existe algún problema en el aprendizaje que los padres y/o profesores del niño hayan advertido?
3. ¿Tu hijo se siente contento en la escuela?
4. ¿Tu hijo presenta algún problema de conducta cuando está en el colegio, en casa o jugando con sus amigos?
5. ¿Tu hijo tiene problemas para terminar los deberes del colegio en casa?

La guía SIGN<sup>14</sup> señala que los médicos de AP y educadores, las personas que inicialmente mantienen contacto con el niño sospechoso de padecer TDAH, han de tener conocimientos sobre la prevalencia del trastorno, sobre sus síntomas nucleares y sobre la posibilidad de la existencia de comorbilidad asociada. Los médicos de AP son los responsables de iniciar la valoración global de un niño sospechoso de padecer TDAH<sup>15,16</sup>. En este primer estadio se requiere explorar tanto la naturaleza del problema (presencia de clínica compatible con los criterios diagnósticos DSM o ICD-10) como su gravedad (presencia de algún grado de disfunción en el entorno familiar, escolar y de relación). La guía SIGN, desarrollada en Escocia (donde no existen pediatras en el primer nivel de aten-

ción, ejerciendo éstos un papel de consultor) recomienda que los niños sospechosos de TDAH sean derivados a un pediatra con conocimientos y experiencia en el control del trastorno o a un psiquiatra infantil (recomendación del panel de expertos desarrolladores de la guía SIGN). La estructura de los sistemas sanitarios de estos países difiere de la española, en la que los pediatras están presentes en AP y pueden por tanto asumir aquellos casos sin comorbilidad asociada.

*Recomendación número 2: el diagnóstico de TDAH requiere que el niño cumpla los criterios DSM-IV (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>. Otras guías coinciden en esta recomendación<sup>12,15</sup>.*

El establecimiento de unos criterios estandarizados que faciliten el diagnóstico del trastorno tiene por objeto disminuir la probabilidad de sobre- e infradiagnóstico. El criterio "A" del DSM-IV exige el cumplimiento de un número determinado de ítems para poder clasificar al niño en cualquiera de los tres subtipos de TDAH: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. Sin embargo, son imprescindibles la presencia adicional de otros criterios, sin los cuales no puede

diagnosticarse a un niño de TDAH: impedimento funcional, presencia de los síntomas en dos o más ambientes diferentes, conducta que afecta negativamente a su adaptación social, escuela u otros ambientes<sup>12,13,15</sup>. El pediatra de AP puede obtener la información necesaria a partir de las notas escolares, de la información proporcionada por los padres, de otros profesionales sanitarios, de una entrevista directa con el niño y de un examen clínico de éste.

Los criterios DSM-IV presentan diversas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta<sup>13</sup>: su desarrollo inicial se realizó en consultorios y servicios de salud mental; no se conoce bien su rendimiento cuando se utilizan en consultas de AP. Los criterios actuales no tienen en cuenta las diferencias de género o las variaciones normales en el desarrollo de la conducta del niño. Un último aspecto que hay que tener en cuenta es que, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo para elaborar unos criterios estandarizados de diagnóstico, su presencia o ausencia está sometida a la subjetividad de las personas (médico, padres, profesores) involucradas en la valoración de la conducta del niño<sup>14</sup>. Ante esta situación, la prudencia y la experiencia clínica individual del profesional juegan un papel fundamental.

*Recomendación número 3: la valoración del TDAH requiere información obtenida directamente de los padres o cuidadores sobre la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en varios ambientes diferentes, la edad de inicio de éstos, la duración de los síntomas y del grado de impedimento funcional (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>.*

Todas las guías realizan la misma recomendación<sup>11,12,14,15</sup>. La guía SIGN<sup>14</sup> hace hincapié en que la valoración de un niño sospechoso de TDAH es un proceso laborioso que requiere la inversión de una gran cantidad de tiempo. Debe incluir una entrevista al niño y a sus padres o tutores legales, valoración psicoeducativa, realización de cuestionarios y examen físico. El diagnóstico no se debe realizar sólo tras una breve consulta (nivel de evidencia: IIa). La información proporcionada por los padres acerca de los síntomas que presenta su hijo es un componente esencial de la valoración diagnóstica (grado de recomendación: B, basada en estudios con un nivel de evidencia III). Asimismo, es importante recoger información, si es posible, de otros miembros de la familia que mantengan contacto regular con el niño<sup>14,15</sup>.

La guía SIGN establece una serie de recomendaciones dirigidas a psiquiatras

o pediatras con experiencia en el manejo del trastorno:

- En la historia clínica deben recogerse antecedentes personales de posibles complicaciones obstétricas y perinatales (grado de recomendación: B). Se sabe que ciertos factores tales como el parto pretérmino y el consumo materno de tabaco, alcohol u otras sustancias están asociados con una mayor prevalencia del trastorno (nivel de evidencia: III).
- Debe realizarse una historia detallada sobre el desarrollo psicomotor del niño con la finalidad de determinar si han existido dificultades en la adquisición de habilidades a lo largo del tiempo (grado de recomendación: B, basado en estudios con un nivel de evidencia IIa).
- Deben recogerse en la historia clínica la presencia de antecedentes familiares de TDAH u otras enfermedades psiquiátricas. Diversos estudios demuestran la posible contribución de factores genéticos para el desarrollo del trastorno (nivel de evidencia: III).
- Ha de efectuarse una entrevista con el niño. Dicha entrevista es útil para determinar la existencia de problemas con escasa expresividad clínica externa, como pueden ser síntomas

relacionados con ansiedad o depresión, importantes para el diagnóstico de procesos comórbidos (nivel de evidencia: IV).

Si persisten dificultades a la hora de realizar el diagnóstico debido a la presencia de trastornos comórbidos, a la persistencia de dudas sobre los síntomas nucleares del trastorno o bien existe otra patología psiquiátrica asociada, está indicado derivar al niño para un estudio más completo a un psiquiatra infantil<sup>12,14,15</sup>.

*Recomendación número 3A: la utilización de las escalas es una opción clínica cuando se evalúa a un niño con posible TDAH (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>.*

*Recomendación número 3B: el uso de escalas de banda ancha no se recomienda para el diagnóstico de TDAH, aunque pueden ser útiles para otros propósitos (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>.*

La información sobre la presencia de síntomas en el niño debe recogerse por diversos métodos: preguntas abiertas/cerradas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas.

Es importante recalcar el hecho de que las escalas y cuestionarios, por sí solos, no permiten efectuar el diagnós-



tico de TDAH<sup>14</sup>. Resultan útiles sólo en asociación con la información recogida de otras fuentes<sup>12,14,15</sup>. La guía escocesa<sup>14</sup> pone de manifiesto otro hecho que conviene tener presente: los cuestionarios deben ser interpretados con precaución cuando se administran a poblaciones diferentes de aquella en la que el cuestionario fue desarrollado y validado (nivel de evidencia: IV). En contraste con la guía de la AMA, no recomienda su realización rutinaria como parte del proceso diagnóstico del TDAH. Dichos cuestionarios deberían reservarse, según estos autores, para ser administrados en casos concretos (grado de recomendación basado en el consenso de los autores de la guía)<sup>14</sup>.

Existen cuestionarios y escalas específicamente diseñadas para ayudar a realizar el diagnóstico de TDAH (escalas de banda estrecha), dirigidas a los profesores. Según la GPC de la AMA<sup>13</sup>, se han mostrado eficaces para distinguir a niños con el trastorno de niños sanos en estudios de base comunitaria (sensibilidad y especificidad superiores al 94%). Estos datos contrastan con los de otras guías<sup>14</sup> que inciden en las limitaciones de las escalas para distinguir a niños con TDAH de los que padecen otros trastornos e incluso de niños sin patología psiquiátrica (nivel de evidencia: IIa). Se re-

comienda por tanto prudencia a la hora de su aplicación en poblaciones y ámbitos geográficos distintos de aquellos en los que el cuestionario fue creado y validado (nivel de evidencia: III)<sup>14</sup>. Los cuestionarios tienen sin duda un lugar en el proceso diagnóstico del niño con TDAH, pero siempre en asociación con información derivada de otras fuentes. Pueden también ser útiles para controlar la respuesta al tratamiento una vez iniciado éste (recomendación basada en el consenso de los componentes del panel que elaboró la GPC SIGN)<sup>14</sup>.

Los cuestionarios globales para la detección de trastornos de conducta en el niño no son útiles para ayudar al diagnóstico de TDAH. Estos cuestionarios, también llamados de "banda ancha", presentan una sensibilidad y una especificidad inferiores al 86% para el diagnóstico de TDAH y no se recomienda su uso para este cometido<sup>13</sup>.

*Recomendación número 4: la valoración de un niño con posible TDAH requiere obtener información directamente del profesor sobre los síntomas nucleares del trastorno, la duración de los síntomas, el grado de impedimento funcional y otras condiciones coexistentes. El médico debería revisar los informes de la evaluación multidiscipli-*

*naria del niño en la escuela (si existen), los cuales incluyen la valoración del profesor o de otros profesionales del colegio (nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte)*<sup>13</sup>.

Es preciso determinar la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en más de un ambiente<sup>12-15</sup>. La obtención de una adecuada descripción de las características del comportamiento del niño en la escuela es importante para su evaluación. La descripción de su conducta puede obtenerse por diversas fuentes: narración verbal o escrita, cuestionarios y escalas. Es importante recoger, en las entrevistas presenciales o narraciones escritas, aquellas conductas relacionadas con los síntomas nucleares del trastorno.

Existe consenso entre todas las guías<sup>12-15</sup> en la importancia de la entrevista con los profesores y educadores del niño. Se conoce la coexistencia de trastornos del aprendizaje y de otros trastornos psiquiátricos asociados en un amplio porcentaje de niños con TDAH (nivel de evidencia: IV)<sup>12</sup>. Por todo ello, es necesaria una valoración del niño en el ambiente escolar con la finalidad de confirmar el diagnóstico y de identificar trastornos del aprendizaje (grado de recomendación: C, basada en estudios con un nivel de evidencia IV)<sup>14</sup>.

En ocasiones existen discrepancias entre padres y profesores en cuanto a la percepción del comportamiento del niño. En estos casos puede ser útil, si es posible, la obtención de información adicional de otras personas que tengan trato con él.

*Recomendación número 4A: el uso de las escalas de banda estrecha constituye una opción clínica para ayudar a diagnosticar a un niño con posible TDAH (nivel de evidencia: fuerte; fuerza de la recomendación: fuerte)*<sup>13</sup>.

*Recomendación número 4B: el uso de cuestionarios globales de banda ancha dirigidos a profesores no está recomendado para el diagnóstico del TDAH, aunque pueden resultar de utilidad para otros propósitos (nivel de evidencia: fuerte; fuerza de la recomendación: fuerte)*<sup>13</sup>.

Las escalas y cuestionarios genéricos, que evalúan una gran cantidad de síntomas conductuales (escalas de banda ancha), no son útiles para diferenciar a niños con TDAH de niños sin el trastorno (sensibilidad y especificidad inferior al 86%)<sup>11,14</sup>. Las escalas orientadas específicamente a detectar a niños sospechosos de padecer TDAH son un instrumento más, en conjunción con la historia clínica completa, la exploración

física, las entrevistas con el niño, sus padres y profesores. Por sí solas no son útiles para el diagnóstico de certeza de TDAH<sup>14,15</sup>.

*Recomendación número 5: la evaluación de un niño con TDAH debería incluir el estudio de posibles patologías comórbidas (nivel de evidencia: fuerte; grado de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>.*

Se estima que alrededor de un tercio de los niños con TDAH presentan algún trastorno comórbido<sup>16</sup>. El médico de AP debe tener presente este hecho. Los trastornos más comúnmente asociados al TDAH son el trastorno oposicionista desafiante, trastornos del humor, de ansiedad y del aprendizaje. Asimismo, el pediatra debe estar alerta para investigar la coexistencia de TDAH en aquellos niños cuyo diagnóstico inicial sea cualquiera de los mencionados. Existen escalas y cuestionarios que por sí solos no constituyen una herramienta para realizar un diagnóstico seguro de una determinada condición comórbida, pero pueden servir de orientación al pediatra de AP para establecer una sospecha de su presencia<sup>13</sup>.

*Recomendación número 6: no está indicado realizar otras pruebas diagnósticas de rutina para establecer el*

*diagnóstico de TDAH (nivel de evidencia: fuerte; grado de la recomendación: fuerte)<sup>13</sup>.*

Según los conocimientos actualmente disponibles, no está indicado realizar de forma rutinaria determinaciones de plomo en sangre, niveles de hormonas tiroideas, electroencefalogramas o pruebas de neuroimagen en niños con sospecha de TDAH. Otras guías coinciden en esta recomendación<sup>13-15</sup>, reservando en todo caso la realización de pruebas complementarias en niños en los que exista una fundada sospecha de otra enfermedad que indique la realización de éstas (grado de recomendación: B<sup>14</sup>).

Es necesario realizar una exploración física<sup>11-15</sup> que tiene como objetivo la identificación de otros problemas médicos subyacentes que puedan contribuir de alguna manera (o confundirse con) el diagnóstico de TDAH. Es importante descartar problemas de la visión y la audición. Asimismo, la exploración es necesaria para identificar trastornos que puedan constituir una posible contraindicación para el tratamiento farmacológico.

A la luz de todo lo expuesto, y según la información actualmente disponible extraída de las GPC, pueden formularse las siguientes conclusiones sobre el proceso diagnóstico del TDAH:

1. El TDAH es, junto con la obesidad y el asma, la enfermedad crónica más frecuente en las consultas de pediatría de AP.

2. El pediatra de AP debe disponer de los conocimientos necesarios para realizar la valoración del niño con sintomatología compatible con un TDAH.

3. En caso de comorbilidad asociada (aproximadamente un tercio de los pacientes) o de existir problemas en cuanto al diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas, es aconsejable la derivación a un psiquiatra con experiencia en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

4. El diagnóstico de TDAH requiere la recopilación, por parte del pediatra de AP, de toda la información posible acerca de la conducta del niño en su domicilio y en la escuela.

5. Para ello es fundamental realizar una entrevista con los padres, los profesores y con el niño en busca de síntomas compatibles con el trastorno.

6. Las escalas y cuestionarios son un instrumento más dentro del proceso diagnóstico, y no constituyen por sí solas la prueba diagnóstica definitiva.

7. Es necesaria la realización de una exploración física completa para detectar enfermedades neurológicas y/o descartar problemas de visión y audición que pueden interferir con la capacidad de atención del niño.

8. No es necesaria la realización de pruebas complementarias (exámenes radiológicos, bioquímica sanguínea) a menos que se sospeche la presencia de una enfermedad que justifique su realización.

---

## Bibliografía

1. Fernández M, López MM. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: manejo pediátrico. *Bol Pediatr.* 2006;46:249-57.

2. August GJ, Realmuto GM, MacDonald III AW, Nugent SM, Crosby R. Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24:571-95.

3. American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Di-*

*sorders* (4 ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.

4. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:629-38.

5. Swensen A, Birnbaum HG, Ben Hamadi R, Greenberg P, Cremieux PY, Secnik K. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Health.* 2004;35:1-9.

6. Seidman LJ, Biederman J, Weber W, Hatch M, Faraone SV. Neuropsychological function in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;44:260-8.
7. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone España; 1997.
8. Casariego E, Briones E, Costa C. ¿Qué son las guías de práctica clínica? *Fisterra.com* [Fecha de consulta 18/07/2006]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/fmc/queson.asp](http://www.fisterra.com/guias2/fmc/queson.asp)
9. Castiñeira C, Rico R. Cómo evaluar una guía de práctica clínica [Fecha de consulta 18/07/2006]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/fmc/evaluar.asp](http://www.fisterra.com/guias2/fmc/evaluar.asp)
10. Viana C, Rotaache R. Elaboración y diseño de una GPC. Planificación. [Fecha de consulta 18/07/2006]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/fmc/planificacion.asp](http://www.fisterra.com/guias2/fmc/planificacion.asp)
11. Marzo M, Viana C. Síntesis de la evidencia [Fecha de consulta 18/07/2006]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp](http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp)
12. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004 [Fecha de consulta 21/04/2006]. Disponible en [www.cincinnatichildrens.org/health/info/mental/diagnose/adhd.htm](http://www.cincinnatichildrens.org/health/info/mental/diagnose/adhd.htm)
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Clinical Practice Guideline. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105:1158-70.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline 2001 [actualizada: agosto de 2005][Fecha de consulta 26/06/2006]. Disponible en [www.sign.ac.uk/pdf/sign52.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign52.pdf)
15. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 [Fecha de consulta 21/04/2006]. Disponible en [www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=163](http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=163)
16. August GJ, Realmuto GM, MacDonald III AW, Nugent SM, Crosby R. Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;24:571-95.

