Preguntas para responder

El TDAH

1. ¿Cómo se define el TDAH? ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del trastorno?
2. Etiopatogenia del TDAH: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?
3. En el TDAH: ¿Existen disfunciones neuropsicológicas?
4. ¿Cuál es el curso natural del TDAH?
5. En el TDAH: ¿Cuál es el pronóstico a largo plazo? ¿Cuáles son los factores que influyen en un buen o mal pronóstico? ¿En qué medida el diagnóstico e intervención precoz mejoran el pronóstico del TDAH?
6. En el TDAH: ¿Cuáles son los trastornos comórbidos más frecuentes?

DIAGNÓSTICO

7. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del TDAH en niños y adolescentes?
8. ¿Cómo se diagnostica el TDAH en niños y adolescentes? ¿Quién debe diagnosticarlo?
9. ¿Cuáles son las áreas de valoración que debe incluir el diagnóstico del TDAH?
10. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación neuropsicológica?
11. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación psicopedagógica?
12. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Son necesarias las exploraciones complementarias?
13. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Con qué entidades tendría que realizarse el diagnóstico diferencial?

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

14. ¿Qué instrumentos de cribado y escalas específicas del TDAH en niños y adolescentes son útiles/recomendables para el diagnóstico? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?
15. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué escalas de psicopatología general o de amplio espectro son útiles/recomendables? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?
16. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué entrevistas son útiles/recomendables para el diagnóstico? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?
17. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué pruebas neuropsicológicas y de inteligencia son útiles/recomendables? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?
18. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué herramientas de evaluación psicopedagógica son útiles/recomendables? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

TRATAMIENTO

Tratamiento psicológico

19. El tratamiento psicológico: ¿En qué consiste? ¿Qué debe incluir?
20. ¿Qué tratamiento psicológico es eficaz en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes?
21. El tratamiento psicológico de niños y adolescentes: ¿Ha demostrado eficacia/efectividad a corto y largo plazo?
22. ¿Cuál es la efectividad del tratamiento psicológico del TDAH en niños y adolescentes?
23. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento psicológico? ¿En qué momento del tratamiento se debería valorar su eficacia?

Tratamiento psicopedagógico

24. La intervención psicopedagógica: ¿En qué consiste? ¿Qué debe incluir?
25. ¿Qué intervenciones psicopedagógicas son eficaces/efectivas en el tratamiento del TDAH?
26. La reeducación psicopedagógica: ¿En qué consiste? ¿Qué debe incluir?
27. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué adaptaciones son útiles/recomendables en el contexto escolar?
28. ¿Es la formación a docentes eficaz/efectiva? ¿Qué debe incluir?
29. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento psicopedagógico? ¿En qué momento del tratamiento psicopedagógico se debería valorar su eficacia?

Tratamiento farmacológico

30. ¿Qué fármacos para el TDAH hay disponibles en España?
31. En el TDAH: ¿Qué tratamientos farmacológicos son eficaces/efectivos? ¿Cuál es la seguridad de los tratamientos farmacológicos?
32. En el TDAH: ¿Cuál es la efectividad a corto y largo plazo de los tratamientos farmacológicos?
33. En el TDAH: ¿Cuándo y con qué criterios hay que iniciar el tratamiento farmacológico?
34. En el TDAH: ¿Con qué criterios se realiza la elección del fármaco? ¿Cuáles son las pautas de inicio, supresión y dosis máxima? ¿Cuáles son los fármacos de primera y segunda elección?
35. ¿Cuáles son los efectos secundarios (corto plazo) más frecuentes? ¿Cómo abordar los efectos secundarios?
36. En el TDAH: ¿Cuál debería ser la duración del tratamiento farmacológico?
37. En el TDAH: ¿Se requieren exploraciones complementarias antes de iniciar el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

38. ¿Cuál es la estrategia farmacológica cuando hay respuesta parcial, efectos secundarios o contraindicación? ¿Cómo se hace la combinación de metilfenidato de diferentes presentaciones? ¿Cómo hacer la transición de estimulante a atomoxetina?
39. ¿En qué subtipos de TDAH es el tratamiento farmacológico más eficaz?
40. ¿Existen diferencias de la respuesta en función del género o la edad?
41. ¿Cuáles son los parámetros físicos a controlar antes del inicio y durante el tratamiento farmacológico?
42. ¿Qué evidencia científica existe sobre los efectos a largo plazo en el tratamiento farmacológico? ¿Se relaciona con retraso del crecimiento?
43. El tratamiento farmacológico del TDAH: ¿Causa adicción? ¿Aumenta el riesgo de consumo de sustancias?
44. ¿Disminuye la eficacia del tratamiento farmacológico con el tiempo?
45. ¿Se mantienen los efectos una vez retirado el tratamiento farmacológico?
46. ¿Es recomendable dejar períodos libres de tratamiento farmacológico con estimulantes («vacaciones terapéuticas»)?
47. ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento farmacológico? ¿En qué momento del tratamiento se debería valorar su eficacia?

Tratamiento combinado

48. El tratamiento combinado: ¿En qué consiste? ¿Qué debe incluir?
49. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Cuál es la intervención o combinación de intervenciones que han demostrado más eficacia a corto y largo plazo?

Tratamiento de la comorbilidad

50. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con la epilepsia comórbida?
51. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con los trastornos del espectro autista comórbidos?
52. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con los trastornos del estado de ánimo comórbidos?
53. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con el trastorno bipolar comórbido?
54. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con el abuso de sustancias comórbido?

Medicina alternativa y complementaria

55. La medicina alternativa y complementaria: ¿En qué consiste?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

56. En el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes: ¿Son eficaces las terapias alternativas y complementarias?

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

57. ¿Cuáles son los principios éticos a tener en cuenta en la relación con el menor o adolescente con TDAH?
58. ¿Qué cautela debe tomarse, desde el punto de vista ético, en el ámbito del diagnóstico del TDAH?
59. ¿Cuáles son los estándares éticos correctos para el inicio de una intervención terapéutica en el TDAH?
60. ¿Cuál debe ser el grado de implicación del menor en la toma de decisiones en el contexto del diagnóstico y tratamiento del TDAH?
61. ¿Cuáles son los derechos del menor en el ámbito de la información y la confidencialidad relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del TDAH?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Las GPC son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Esta *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes* es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria en el ámbito del SNS español. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

La GPC dispone de algoritmos de detección y diagnóstico, y de tratamiento, que deben seguirse ante el reconocimiento de las sucesivas situaciones clínicas que se producen.

En el momento de la prescripción, los costes siempre deben ser tenidos en cuenta por el clínico dado su impacto sobre la sostenibilidad del sistema.

En este apartado, se presentan las recomendaciones siguiendo la estructura de la guía. Los capítulos 1, 2 y 3 de la GPC tratan sobre Introducción, Alcance y objetivos, y Metodología, respectivamente. El capítulo 4, trata sobre el TDAH. Todos estos capítulos son descriptivos y, por consiguiente, no se han formulado recomendaciones para la práctica clínica. El capítulo 5, Diagnóstico, es el primero que tiene recomendaciones. Se han omitido de este apartado las preguntas clínicas que no presentan recomendaciones.

A continuación aparecen las letras correspondientes a los grados de recomendación y la calidad de la evidencia científica:

Grado de recomendación: A, B, C o D, según sea muy buena, buena, regular o baja la calidad de la evidencia científica (**Anexo 1**)
✓ Buena práctica clínica: recomendación por consenso del grupo de trabajo.

5. Diagnóstico

5.1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del TDAH en niños y adolescentes?

D	5.1.1.	Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes se recomienda emplear los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o de la CIE-10.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.2. ¿Cómo se diagnostica el TDAH en niños y adolescentes? ¿Quién debe diagnosticarlo?

Recomendaciones		
D	5.2.1.	El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico.
D	5.2.2.	El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe realizarse por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes.

5.3. ¿Cuáles son las áreas de valoración que debe incluir el diagnóstico del TDAH?

Recomendación		
D	5.3.1.	El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe hacerse mediante entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información de la escuela, revisión de antecedentes familiares y personales, y exploración física y psicopatológica del paciente.

5.4. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación neuropsicológica?

Recomendaciones		
C	5.4.1.	No es imprescindible la evaluación neuropsicológica para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes.
✓	5.4.2.	La exploración neuropsicológica del TDAH en niños y adolescentes resulta útil para conocer el perfil de habilidades y dificultades en el funcionamiento cognitivo y la comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje.
C	5.4.3.	No es imprescindible para el diagnóstico del TDAH que exista una alteración en los resultados de los test neuropsicológicos que evalúan las funciones ejecutivas.

5.5. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Es necesaria la evaluación psicopedagógica?

Recomendaciones		
D	5.5.1.	La evaluación psicopedagógica es útil para valorar las dificultades y el estilo de aprendizaje, y establecer los objetivos de la intervención reeducativa.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.6. En el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes: ¿Son necesarias las exploraciones complementarias?

Recomendaciones		
B	5.6.1.	Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes no están indicadas las pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas, a menos que la valoración clínica lo justifique.

6. Instrumentos de evaluación

6.1. ¿Qué instrumentos de cribado y escalas específicas del TDAH en niños y adolescentes son útiles/recomendables para el diagnóstico? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?

Recomendaciones		
C	6.1.1.	Las escalas específicas para el TDAH en niños y adolescentes pueden usarse, de forma complementaria y nunca como sustitutos de la entrevista clínica, para detectar la presencia y evaluar la intensidad de los síntomas nucleares.
✓	6.1.2.	La información que proporcionan padres y docentes, mediante las escalas de evaluación, es útil para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes y para evaluar la evolución de la sintomatología y la respuesta al tratamiento.

6.2. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué escalas de psicopatología general o de amplio espectro son útiles/recomendables? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?

Recomendaciones		
✓	6.2.1.	Los cuestionarios de psicopatología general pueden usarse para el cribado de la comorbilidad.

6.3. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué entrevistas son útiles/recomendables para el diagnóstico? ¿Cuáles han sido validadas en la población española?

Recomendaciones		
✓	6.3.1.	Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son útiles para establecer el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades en niños y adolescentes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. Tratamiento

7.1. Tratamiento psicológico

7.1.2. ¿Qué tratamiento psicológico es eficaz en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes?

Recomendaciones		
B	7.1.2.1.	Se recomienda la aplicación de un programa de entrenamiento conductual para los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, con o sin comorbilidad.
D	7.1.2.2.	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial para el TDAH en niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes situaciones: • los síntomas del TDAH son leves • el impacto del TDAH es mínimo • hay una notable discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre éstos y los profesores • el diagnóstico de TDAH es incierto • los padres rechazan el empleo de medicación • en niños menores de 5 años (aunque este grupo de edad queda fuera del alcance de esta guía).

7.1.5. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento psicológico? ¿En qué momento del tratamiento se debería valorar su eficacia?

Recomendaciones		
✓	7.1.5.1.	En los programas de tratamiento psicológico de niños y adolescentes con TDAH deben evaluarse la eficacia, los posibles efectos adversos y el cumplimiento terapéutico. La evaluación del tratamiento se realizará a los 3 meses del inicio, al finalizarlo (en caso de tener un límite temporal definido), o en el momento que el clínico lo considere oportuno.

7.2. Tratamiento psicopedagógico

7.2.2. ¿Qué intervenciones psicopedagógicas son eficaces/efectivas en el tratamiento del TDAH?

Recomendaciones		
B	7.2.2.1.	Los niños y adolescentes con TDAH precisan de un programa de intervención individualizado en la escuela que incluya aspectos académicos, sociales y conductuales (adaptada de SIGN 4.1.2.)[1].
✓	7.2.2.2.	Los programas en la escuela para el TDAH deben implicar a la mayor parte del cuadro docente para facilitar su eficacia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	7.2.2.3.	Los programas en las escuelas para el TDAH pueden incluir: adaptaciones en el aula, entrenamiento para docentes, técnicas de modificación de conducta y otras estrategias de manejo del TDAH en el aula (aplicación de normas y límites, presentación de las tareas, sistemas de evaluación del alumno con TDAH, etc.).

7.2.3. La reeducación psicopedagógica: ¿En qué consiste? ¿Qué debe incluir?

Recomendaciones		
✓	7.2.3.1.	En niños y adolescentes con TDAH y repercusión en el rendimiento académico se recomienda un tratamiento individualizado y específico de enseñanza en habilidades y competencias académicas.

7.2.4. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué adaptaciones son útiles/recomendables en el contexto escolar?

Recomendaciones		
B	7.2.4.1.	Cuando el TDAH tiene un impacto significativo en la competencia académica del niño o del adolescente, las escuelas deberían llevar a cabo adaptaciones para ayudarles en el aula.

7.2.5. ¿Es la formación a docentes eficaz/efectiva? ¿Qué debe incluir?

Recomendaciones		
✓	7.2.5.1.	Es recomendable que los docentes reciban formación que les capacite para la detección de señales de alerta del TDAH, y para el manejo del TDAH en niños y adolescentes en la escuela.

7.2.6. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento psicopedagógico? ¿En qué momento del tratamiento psicopedagógico se debería valorar su eficacia?

Recomendaciones		
✓	7.2.6.1.	En los programas de tratamiento psicopedagógico de niños y adolescentes con TDAH deben evaluarse la eficacia y los posibles efectos adversos de la intervención psicopedagógica que se esté llevando a cabo al menos una vez cada curso escolar mientras dure el tratamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3. Tratamiento farmacológico

7.3.2. En el TDAH: ¿Qué tratamientos farmacológicos son eficaces/efectivos? ¿Cuál es la seguridad de los tratamientos farmacológicos?

Recomendaciones		
A	7.3.2.1.	El metilfenidato y la atomoxetina son los fármacos recomendados en la actualidad para tratar el TDAH en niños y adolescentes por su eficacia y seguridad a las dosis recomendadas (adaptado de NICE 10.18.5.1.)[2].

7.3.3. En el TDAH: ¿Cuál es la efectividad a corto y largo plazo de los tratamientos farmacológicos?

Recomendaciones		
A	7.3.3.1.	Puede recomendarse el tratamiento a largo plazo con metilfenidato y atomoxetina puesto que no disminuye su efectividad.

7.3.4. En el TDAH: ¿Cuándo y con qué criterios hay que iniciar el tratamiento farmacológico?

Recomendaciones		
D	7.3.4.1.	El tratamiento farmacológico y/o conductual debe considerarse como primera elección para el TDAH en niños y adolescentes teniendo en cuenta la edad del paciente, la gravedad de los síntomas, su repercusión funcional, y las características y preferencias de la familia.
D	7.3.4.2.	El tratamiento farmacológico debe iniciarlo un médico adecuadamente cualificado y experto en el tratamiento del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes.

7.3.5. En el TDAH: ¿Con qué criterios se realiza la elección del fármaco? ¿Cuáles son las pautas de inicio, supresión y dosis máxima? ¿Cuáles son los fármacos de primera y segunda elección?

Recomendaciones		
D	7.3.5.1.	La decisión respecto a qué fármaco elegir debe basarse en (adaptada de NICE 10.18.5.2.)[2]: • La presencia de trastornos comórbidos (trastorno de tics, síndrome de Tourette, epilepsia y ansiedad) • Los efectos adversos de los fármacos • Las experiencias previas de falta de eficacia • Las condiciones que afectan al cumplimiento, por ejemplo, problemas asociados con la necesidad de tomar dosis en la escuela • El potencial de abuso • Las preferencias del niño/adolescente y su familia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3.6. ¿Cuáles son los efectos secundarios (corto plazo) más frecuentes? ¿Cómo abordar los efectos secundarios?

Recomendaciones		
D	7.3.6.1.	Se recomienda un seguimiento y monitorización periódicos de los posibles efectos adversos del metilfenidato y de la atomoxetina.

7.3.7. En el TDAH: ¿Cuál debería ser la duración del tratamiento farmacológico?

Recomendaciones		
✓	7.3.7.1.	La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de los síntomas y su repercusión funcional. En algunos casos el tratamiento se puede prolongar durante varios años.
✓	7.3.7.2.	Se recomienda valorar periódicamente la persistencia o la remisión de los síntomas. Una práctica aceptada es suspender el tratamiento farmacológico durante períodos cortos de 1 o 2 semanas anuales, obteniendo información del funcionamiento del niño o adolescente por parte de la familia y de la escuela.

7.3.8. En el TDAH: ¿Se requieren exploraciones complementarias antes de iniciar el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes?

Recomendaciones		
D	7.3.8.1.	No se recomienda la realización sistemática de exploraciones complementarias, salvo que la anamnesis o la exploración física lo indiquen.

7.3.9. ¿Cuál es la estrategia farmacológica cuando hay respuesta parcial, efectos secundarios o contraindicación? ¿Cómo se hace la combinación de metilfenidato de diferentes presentaciones? ¿Como hacer la transición de estimulante a atomoxetina?

Recomendaciones		
✓	7.3.9.1.	Si hay una respuesta parcial al fármaco, aumentar la dosis hasta la máxima indicada o tolerada. Si no hay respuesta con dosis máximas, considerar el fármaco alternativo que no se haya usado con este niño o adolescente (otra presentación de metilfenidato o atomoxetina).
✓	7.3.9.2.	Si aparecen efectos secundarios, abordarlos de manera adecuada. Si persisten o no se toleran, valorar el cambio de medicación.
✓	7.3.9.3.	En caso de contraindicación, valorar el empleo del fármaco alternativo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	7.3.9.4.	En el caso de utilizar metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica y que no se logre un ajuste adecuado de la dosis, se puede añadir al tratamiento una dosis de metilfenidato de liberación inmediata en el desayuno y/o a media tarde, para ajustar así la dosis total de metilfenidato en función del peso del niño o adolescente con TDAH y de la respuesta clínica. Si se precisa una acción terapéutica de 12 horas y el niño o el adolescente con TDAH no es capaz de tragar comprimidos, puede administrarse metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets por la mañana (abriendo la cápsula) y por la tarde, al salir de la escuela, administrar una dosis de metilfenidato de liberación inmediata. También puede seguirse esta última pauta en caso de efecto rebote por la tarde con metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets.

7.3.10. ¿En que subtipos del TDAH es el tratamiento farmacológico más eficaz?

Recomendaciones		
C	7.3.10.1.	Se recomiendan el metilfenidato y la atomoxetina como tratamientos farmacológicos de elección para el TDAH en niños y adolescentes independientemente del subtipo de TDAH.

7.3.11. ¿Existen diferencias de la respuesta en función del género o la edad?

Recomendaciones		
B	7.3.11.1.	Se recomiendan el metilfenidato y la atomoxetina como tratamientos farmacológicos de elección para el TDAH en niños y adolescentes independientemente de la edad y el género.

7.3.12. ¿Cuáles son los parámetros físicos a controlar antes del inicio y durante el tratamiento farmacológico?

Recomendaciones		
D	7.3.12.1.	Antes de iniciar el tratamiento farmacológico se debe realizar un examen físico que incluya medición de la presión arterial, frecuencia cardíaca, peso y talla. Se deben buscar antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, de historia de síncope relacionado con el ejercicio, u otros síntomas cardiovasculares (adaptado de NICE, 10.18.4.1.)[2].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	7.3.12.2.	Se debe realizar un estudio cardiovascular previo al inicio del tratamiento farmacológico si existe historia personal y/o familiar de enfermedad cardiovascular o antecedentes cardiovasculares graves o antecedentes de muerte súbita en la familia o hallazgo anormal en la exploración física inicial (adaptado de NICE, 10.18.4.1.)[2].
✓	7.3.12.3.	En niños y adolescentes con TDAH en tratamiento con metilfenidato o atomoxetina: la talla debe medirse cada 6 meses, el peso debe controlarse a los 3 y 6 meses después de iniciado el tratamiento farmacológico, y cada 6 meses durante la administración del tratamiento.
✓	7.3.12.4.	La altura y el peso en niños y adolescentes con TDAH en tratamiento farmacológico deben ser registrados en una curva de crecimiento y revisados por el médico responsable del tratamiento.
✓	7.3.12.5.	En niños y adolescentes con TDAH en tratamiento farmacológico deben monitorizarse el ritmo cardíaco y la presión arterial, y documentarlos antes y después de cada cambio de dosis, y sistemáticamente cada 3 meses.

7.3.13. ¿Qué evidencia científica existe sobre los efectos a largo plazo en el tratamiento farmacológico? ¿Se relaciona con retraso del crecimiento?

Recomendaciones		
C	7.3.13.1.	Se recomienda realizar un seguimiento regular del crecimiento de los niños y adolescentes con TDAH, durante el tratamiento farmacológico con metilfenidato y atomoxetina.
✓	7.3.13.2.	Se recomienda asegurar un adecuado aporte nutricional a los niños y adolescentes en tratamiento farmacológico para el TDAH con anorexia secundaria al tratamiento.

7.3.14. El tratamiento farmacológico el TDAH: ¿Causa adicción? ¿Aumenta el riesgo de consumo de sustancias?

Recomendaciones		
B	7.3.14.1.	Se recomienda el uso del metilfenidato y atomoxetina para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, a las dosis adecuadas, ya que no causa adicción ni aumenta el riesgo de abuso de sustancias.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3.15. ¿Disminuye la eficacia del tratamiento farmacológico con el tiempo?

Recomendaciones		
B	7.3.15.1.	El tratamiento farmacológico con metilfenidato y atomoxetina para el TDAH en niños y adolescentes debería continuarse en el tiempo mientras demuestre efectividad clínica.

7.3.17. ¿Es recomendable dejar períodos libres de tratamiento farmacológico con estimulantes («vacaciones terapéuticas»)?

Recomendaciones		
✓	7.3.17.1.	Los períodos de descanso del tratamiento farmacológico («vacaciones terapéuticas») no están recomendados de manera sistemática en el tratamiento del TDAH.
✓	7.3.17.2.	En algunos casos, se pueden incluir períodos sin tratamiento farmacológico o con una dosis menor, en función del acuerdo entre la familia, el médico y el niño o adolescente, con el objetivo concreto de: • Evaluar la necesidad de mantener el tratamiento o no. • Reducir los efectos adversos (falta de apetito, ralentización del crecimiento en altura, etc.).

7.3.18. ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento farmacológico? ¿En qué momento del tratamiento se debería valorar su eficacia?

Recomendaciones		
✓	7.3.18.1.	En el tratamiento farmacológico de niños y adolescentes con TDAH la evaluación de la eficacia y tolerabilidad de la intervención se realizará, al menos, al cabo de 1, 3 y 6 meses del inicio del tratamiento, y posteriormente cada 6 meses mientras continúe el mismo, o bien, siempre que se hagan ajustes de dosis o cambios de fármaco.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.4. Tratamiento combinado

7.4.2. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Cuál es la intervención o combinación de intervenciones que han demostrado más eficacia a corto y largo plazo?

Recomendaciones		
B	7.4.2.1.	En niños y adolescentes con TDAH moderado o grave, se recomienda el tratamiento combinado, que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica en la escuela.

7.5. Tratamiento de la comorbilidad

7.5.1. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con la epilepsia comórbida?

Recomendaciones		
C	7.5.1.1.	El uso del metilfenidato no está contraindicado en niños y adolescentes con TDAH y epilepsia comórbida.

7.5.2. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con los trastornos del espectro autista comórbidos?

Recomendaciones		
D	7.5.2.1.	El uso del metilfenidato y la atomoxetina no está contraindicado en niños y adolescentes con TDAH y trastornos del espectro autista comórbidos. Sin embargo, deben utilizarse con prudencia.

7.5.3. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con los trastornos del estado de ánimo comórbidos?

Recomendaciones		
D	7.5.3.1.	En niños y adolescentes con TDAH y trastornos del estado de ánimo comórbidos, se recomienda tratar en primer lugar el trastorno más intenso y que tenga más repercusión en el paciente.
B	7.5.3.2.	En niños y adolescentes con TDAH y ansiedad asociada, se recomienda el uso de la atomoxetina como tratamiento de primera elección, ya que ha demostrado ser eficaz para tratar ambos trastornos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.5.4. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con el trastorno bipolar comórbido?

Recomendaciones		
D	7.5.4.1.	En casos de comorbilidad clara de trastorno bipolar con TDAH en niños y adolescentes, la medicación estimulante puede ser de utilidad para tratar el TDAH una vez que los síntomas del estado de ánimo estén controlados adecuadamente mediante otros fármacos.

7.5.5. En niños y adolescentes con TDAH: ¿Qué debe hacerse con el abuso de sustancias comórbido?

Recomendaciones		
B	7.5.5.1.	En caso de comorbilidad del TDAH y trastorno por abuso de sustancias en niños y adolescentes, está indicado el tratamiento con no estimulantes o con estimulantes de larga duración.

7.6. Medicina alternativa y complementaria

7.6.2. En el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes: ¿Son eficaces las terapias alternativas y complementarias?

Recomendaciones		
D	7.6.2.1.	La eliminación de colorantes artificiales y aditivos de la dieta no está recomendada como tratamiento general aplicable en niños y adolescentes con TDAH.
D	7.6.2.2.	La dieta suplementaria de ácidos grasos no está recomendada como tratamiento general aplicable en niños y adolescentes con TDAH.
✓	7.6.2.3.	No se recomiendan los tratamientos de optometría, estimulación auditiva, osteopatía y psicomotricidad en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.
B	7.6.2.4.	No se recomiendan los tratamientos de homeopatía, medicina herbaria y *biofeedback* por encefalograma en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.
✓	7.6.2.5.	Los profesionales de la salud deben hacer hincapié, como con cualquier otro niño y adolescente, en la importancia de una dieta equilibrada y ejercicio regular para los niños y adolescentes con TDAH.
✓	7.6.2.6.	Los profesionales de la salud deben preguntar a las familias acerca del uso de las terapias alternativas y complementarias para identificar e informar sobre sus posibles riesgos o efectos secundarios en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8. Prevención

Recomendaciones		
✓	8.1.	Se recomienda prestar especial atención a las poblaciones de riesgo: • Antecedentes familiares de TDAH • Prematuros • Bajo peso al nacimiento • Ingesta de tóxicos durante la gestación • Traumatismos craneoencefálicos (TCE) graves

9. Aspectos éticos y legales

9.1. ¿Cuáles son los principios éticos a tener en cuenta en la relación con el menor o adolescente con TDAH?

Recomendaciones		
✓	9.1.1.	En el contexto específico de esta guía, cabe tener en cuenta los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, en relación con los aspectos vinculados al diagnóstico y tratamiento del TDAH, distinguiendo el ámbito referente al niño de corta edad, en el que necesariamente los padres o tutores asumen un protagonismo imprescindible y casi único, del ámbito del adolescente o preadolescente, en el que debe implicarse mucho más el paciente en cuanto a sujeto en desarrollo, con ciertos derechos a preservar.

9.2. ¿Qué cautela debe tomarse, desde el punto de vista ético, en el ámbito del diagnóstico del TDAH?

Recomendaciones		
✓	9.2.1.	En el diagnóstico del TDAH, el profesional debe ser prudente, respetando siempre el criterio de no maleficencia, a fin de evitar efectos perniciosos al niño o adolescente en su entorno escolar, social y familiar.

9.3. ¿Cuáles son los estándares éticos correctos para el inicio de una intervención terapéutica en el TDAH?

Recomendaciones		
✓	9.3.1.	El profesional que asuma la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento del TDAH deberá actuar conforme a criterios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad, restringiendo a lo estrictamente indispensable aquellas intervenciones más restrictivas de derechos del menor.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.4. ¿Cuál debe ser el grado de implicación del menor en la toma de decisiones en el contexto del diagnóstico y tratamiento del TDAH?

Recomendaciones		
✓	9.4.1.	Cuando deba recabarse el consentimiento de los padres, si existe una discrepancia manifiesta entre ambos, se recomienda buscar el consenso y la mediación en el mejor beneficio del menor, tras informar a los dos sobre los riesgos derivados de iniciar o no actuaciones para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. En el supuesto de no poder reconciliar posiciones, los profesionales responsables del diagnóstico y tratamiento secundarán la decisión del progenitor que se ajuste a criterios de mayor beneficencia para el menor. Ante una situación de duda o de especial conflictividad, se recomienda recurrir a la autorización judicial en protección del menor.
Marco legislativo vigente	9.4.2.	En todos los casos, incluso en situación de decisión subrogada de los padres o tutores por inmadurez o incompetencia del menor, deberá plantearse a éste la situación y las alternativas posibles, en lenguaje adecuado y comprensible para él, aclarando las dudas que le pudiesen surgir, a fin de que pueda formarse un criterio válido y cooperar en tal situación.

9.5. ¿Cuáles son los derechos del menor en el ámbito de la información y la confidencialidad relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del TDAH?

Recomendaciones		
Marco legislativo vigente	9.5.1.	Deberá escucharse siempre al menor con TDAH e informarle de la forma más completa posible y adecuada a su nivel de comprensión, contrastando con él las distintas opciones y dudas que pueda tener, y compartiendo la información con los padres o tutores en función del grado de madurez y la necesidad de complementar el proceso informativo llevado a cabo con el menor.
Marco legislativo vigente	9.5.2.	En la atención al menor con TDAH, el profesional deberá respetar el secreto profesional y la confidencialidad en todos aquellos datos referidos en el contexto de la relación terapéutica, salvo en caso de riesgo manifiesto para el menor o para terceros.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Marco legislativo vigente	9.5.3.	Entre los 12 y los 16 años, deberá respetarse, en la medida de lo posible, la confidencialidad de la información y los datos sanitarios sobre el TDAH del menor maduro y con juicio suficiente, especialmente ante la demanda explícita por su parte. En este proceso se ponderarán los riesgos y beneficios de ceder o comunicar esa información a los padres o tutores, así como su posible trascendencia en otros ámbitos del menor, y se aconsejará al menor la conveniencia del diálogo y la comunicación con los padres o tutores sobre su salud, evitando entregar la documentación clínica a terceros sin su consentimiento, salvo situación de riesgo grave debidamente justificada.
Marco legislativo vigente	9.5.4.	A partir de los 16 años, deberá preservarse la confidencialidad del menor igual que si fuese mayor de edad, dejando a su criterio personal la decisión sobre la comunicación de la información a sus padres o tutores, salvo situación de riesgo grave o manifiesta incompetencia.

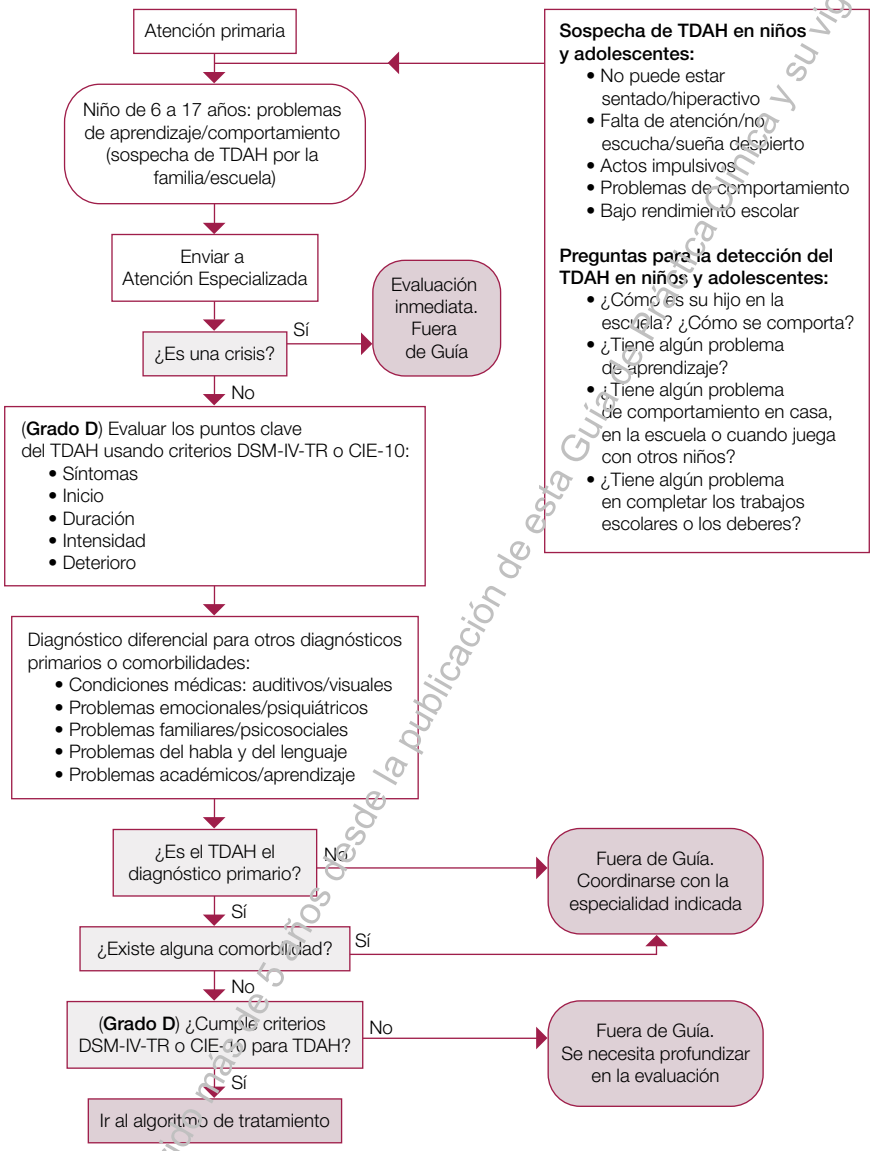
Lista de abreviaturas de las recomendaciones

CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
DSM –IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4.ª edición, texto revisado
GPC	Guía de Práctica Clínica
NICE	*National Institute for Health and Clinical Excellence*
SIGN	*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

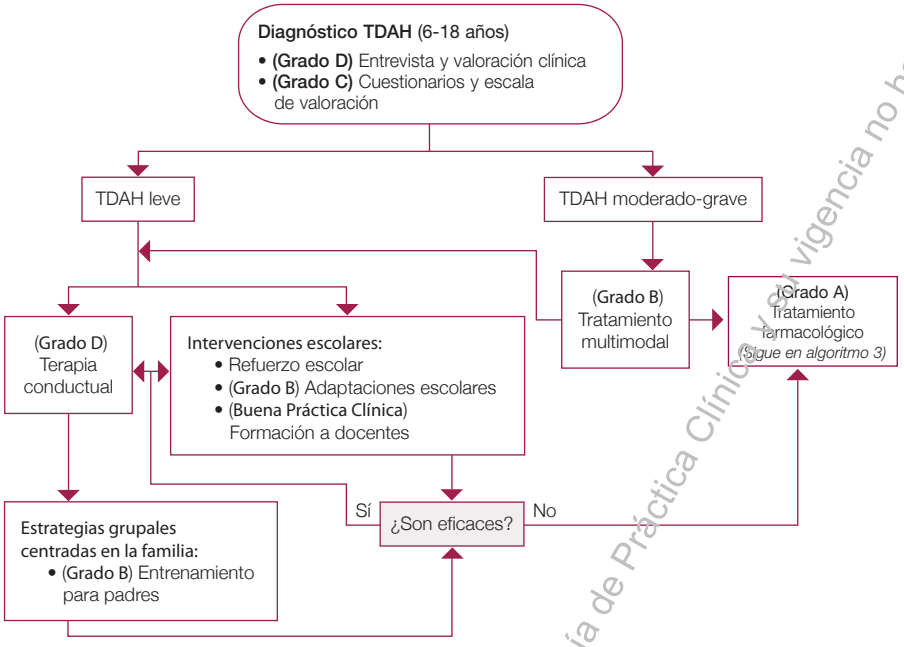
10. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Algoritmo 1. Detección y diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes



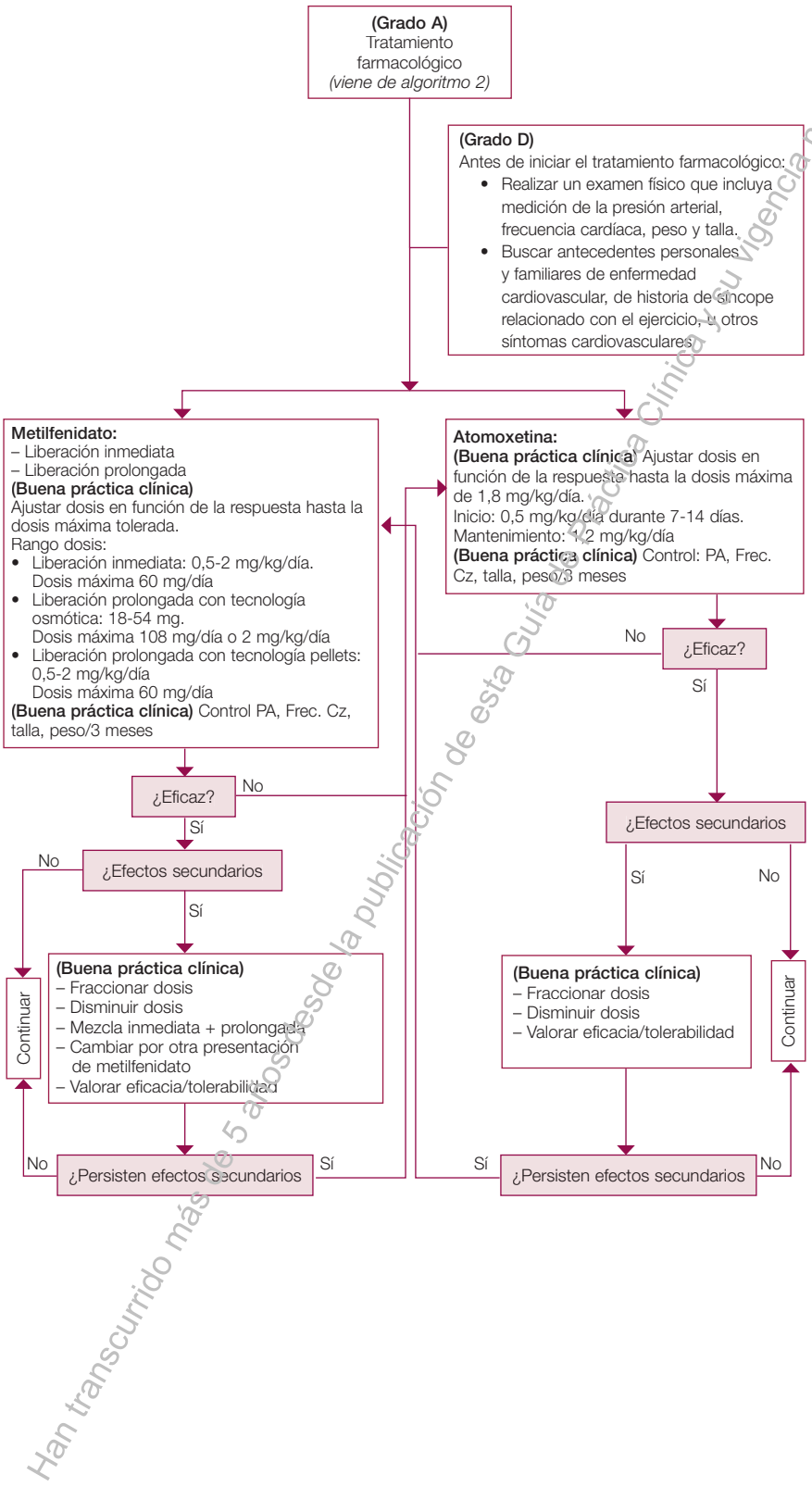
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 2. Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 3. Tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Lista de abreviaturas de los algoritmos

CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, texto revisado
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
PA	Presión arterial
Frec. Cz	Frecuencia cardíaca
kg	Kilogramos
mg	Miligramos

Anotaciones al Algoritmo 3 de tratamiento farmacológico

1. En caso de que haya antecedentes familiares de buena respuesta a un fármaco para el TDAH, valorar su utilización en el paciente identificado.

2. Si hay imposibilidad para deglutir las cápsulas o comprimidos, se puede utilizar el metilfenidato de liberación inmediata, cuya presentación puede ser triturada o bien abrir la cápsula de metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets y esparcir los pellets en una pequeña porción de alimento.

3. En el caso de utilizar metiltenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica y que no se logre un ajuste adecuado de la dosis, se puede añadir al tratamiento una dosis de metilfenidato de liberación inmediata en el desayuno y/o a media tarde, para ajustar así la dosis total de metilfenidato en función del peso del niño o adolescente con TDAH y de la respuesta clínica.

Si se precisa una acción terapéutica de 12 horas y el niño o el adolescente con TDAH no es capaz de tragar comprimidos, puede administrarse metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets por la mañana (abriendo la cápsula) y al salir de la escuela por la tarde administrar una dosis de metilfenidato de liberación inmediata. También puede seguirse esta última pauta en caso de efecto rebote por la tarde con metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets.

4. Si ha habido una pobre respuesta al tratamiento después de haber realizado programas de entrenamiento de padres y/o tratamiento psicológico y tratamiento con metilfenidato y atomoxetina en niños o adolescentes con TDAH, entonces conviene reevaluar el diagnóstico, los trastornos comórbidos, la respuesta al tratamiento, los efectos adversos, la adherencia al tratamiento, la captación y utilización de las intervenciones psicológicas por el niño y sus padres, los efectos del estigma para aceptar el tratamiento, preocupaciones relacionadas con la escuela y la familia, la motivación del niño y de sus padres, y por último, la dieta del niño o adolescente con TDAH.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.