



Asociación  
Elisabeth d'Ornano  
para el trastorno de  
déficit de atención e hiperactividad



# TDAH

GUIA BREVE PARA  
CLÍNICOS

El TDAH es de los trastornos del comportamiento más frecuentes de la infancia (prevalencia en torno al 5-7% en niños y en torno al 3% en adultos). Ocurre más frecuentemente en niños que en niñas (3:1). Su etiología es multifactorial, viéndose influenciado tanto por factores ambientales como genéticos (heredabilidad de un 70%).

Entre los factores ambientales más típicos están:

- ~ Sufrimiento perinatal
- ~ Exposición al tabaco (incluso en etapa pre-natal)
- ~ Entornos hiperestimulados
- ~ Alimentación desequilibrada
- ~ Ambientes poco estructurados e inconsistentes
- ~ Exposición a plomo

El **DIAGNÓSTICO** del TDAH requiere que:

- un profesional experto en el desarrollo del niño
- tiempo suficiente para evaluar al niño y recoger información del niño, su familia y el colegio

En los últimos años hemos pasado de una situación de gran infradiagnóstico del TDAH, a que esto esté revirtiendo para llegar en algunas ocasiones a diagnósticos precipitados o basados exclusivamente en dificultades de atención o inquietud, que son síntomas inespecíficos que pueden responder a muchos otros problemas o patologías.

El diagnóstico de TDAH no se basa en ninguna prueba técnica (radiografía, electroencefalograma, resonancia o ninguna otra prueba física) sino en una *historia clínica* exhaustiva y una *exploración psicopatológica y psicopedagógica* rigurosa. El diagnóstico pivota sobre:

- » **Diagnóstico diferencial orgánico**
- » **Diagnóstico diferencial psicopedagógico**
- » **Diagnóstico diferencial psiquiátrico**

Las escalas o cuestionarios sólo sirven para sospechar la presencia de un TDAH, estimar la gravedad y valorar su evolución.

## SÍNTOMAS PRINCIPALES

### IMPULSIVIDAD. HIPERACTIVIDAD. INATENCIÓN

Evidentes en comparación con la mayoría de los chicos/as de su edad.

Presentes de forma crónica (desde antes de la edad escolar).

En distintos ámbitos (familia, colegio, calle).

## OTROS SÍNTOMAS

Problemas para:

- » **Planificar**
- » **Organizarse**
- » **Priorizar**
- » **Estimar el tiempo**

Y, secundariamente:

- » **Fracaso escolar**
- » **Baja autoestima**
- » **Relaciones familiares problemáticas y muchas veces también sociales**

## LO QUE LOS PADRES Y PROFESORES SUELEN NOTAR

### Inatención.

*“El niño es despistado, olvidadizo, no escucha, no hace ni caso, pierde todo, es incapaz de hacer los deberes solo, tarda mucho en hacer cosas que sabe hacer perfectamente, comete muchos errores tontos, puede sacar en la misma asignatura un 8 o un 2 con dos días de diferencia, rinde mucho menos de lo que puede, podría sacar mejores notas.”*

- ~ Se distraen por estímulos externos.
- ~ Tienen dificultad para mantener información en la cabeza todo el tiempo necesario para tomar una decisión o realizar una actividad compleja.
- ~ Tienen dificultad para hacer tareas mentales “complejas” que requieran planificar, organizar, anticipar, etc. Alteración de las funciones ejecutivas.

### Hiperactividad.

*“No para quieto, te saca de quicio siempre dando golpecitos o moviendo la pierna, no puede hacer una sola cosa a la vez, es incapaz de mantenerse en la mesa sentado durante toda la cena, sube y baja por los sillones sin parar, parece que está motorizado, no para de hablar”*



~ patologías generales (sistémicas), por ejemplo alergias, síndromes de malabsorción, hipertiroidismo, síndromes genéticos, etc.

» **Otros trastornos mentales**

~ Trastorno del aprendizaje (dislexia, inteligencia límite, etc.). Es la causa más frecuente de un aparente trastorno hiperquinético que no lo es.

~ Ansiedad

~ Depresión

~ Manía (trastorno bipolar)

~ Reacción a un trauma o a cambios importantes en la vida.

~ Trastorno psicótico

~ Maluso o abuso de drogas

~ Tics

~ Trastornos del desarrollo (Asperger, por ejemplo)

~ Retraso mental

~ Trastornos Neuropediátricos Genéticos (Huntington, Williams, etc.)

## EL PAPEL DEL PEDIATRA

~ Obtener una historia médica completa, desde el embarazo y a través de las distintas etapas del desarrollo. Si es posible, entrevistar a padre y madre.

~ Explorar al niño un tiempo suficiente.

~ Descartar un diagnóstico médico subyacente (auditivo, visual, etc.)

~ Obtener información del centro escolar con el permiso de los padres o a través de ellos, con evaluación de capacidades y problemas específicos de aprendizaje.

» **Prestar especial atención a:**

~ Los síntomas típicos (hiperactividad/inatención/impulsividad) deben estar presentes en el niño en mayor o menor medida desde *antes*



*de los 7 años de edad*, incluso aunque hasta ese momento los problemas ocasionados no hayan sido graves.

~ Los síntomas típicos deben estar presentes como mínimo *en dos de los tres ambientes* en los que se desenvuelve el niño (casa/colegio/calle).

- ~ Si el problema parece estar presente únicamente en el colegio, puede contactar directamente con el servicio de psicodiagnóstico u orientación psicopedagógica, o sugerir a los padres que lo hagan.
- ~ Si sospecha algún problema familiar, puede contactar con los servicios sociales o directamente con los centros de atención a las familias, donde existen psicólogos con experiencia en terapia familiar. La mayoría de las provincias españolas cuentan al menos con un equipo de psiquiatría infantil y adolescente dentro del sistema nacional de salud.
- ~ Si sospecha algún problema de salud mental añadido, o no tiene tiempo o formación para realizar el diagnóstico diferencial completo (en sus vertientes orgánica y psiquiátrica), *derivará el caso al psiquiatra de niños y adolescentes, o en su defecto al neuropediatra*. La mayoría de las provincias españolas cuentan al menos con un equipo de psiquiatría infantil y adolescente dentro del sistema nacional de salud.

## » Seguimiento

*La dosificación y monitorización frecuentes parecen ser uno de los factores más importantes para el éxito del tratamiento farmacológico.*

Por ello es fundamental:

- ~ Conocer los tratamientos y los efectos secundarios más típicos del mismo.
- ~ *Estar disponible para el paciente.*
- ~ Tratar de *reforzar el cumplimiento terapéutico* (y en caso negativo informando al especialista y la familia).
- ~ *Monitorizar las constantes de peso y talla*, comparándolas con las curvas normativas, así como TA.



- ~ Realizar un *electrocardiograma* inicial y posteriormente a los tres meses de iniciado el tratamiento y, más adelante cada 6 meses, e incluso cada año, a partir del tercer año de tratamiento.
- ~ Recogiendo en cada visita el *perfil de potenciales efectos secundarios* de la medicación que el chico esté recibiendo.
- ~ aconsejar modos de vida que fomenten una vida sana: dieta, ejercicio, mejor comunicación de los sentimientos, participación en actividades de ocio y esparcimiento,...etc
- ~ Apoyar en aquellos factores que se conocen son mediadores de mejor o peor evolución del TDAH: son especialmente importantes las relaciones positivas con iguales y clima familiar adecuado (baja emoción expresada).

## MEDICACIÓN



Tradicionalmente se ha tratado el TDAH con fármacos psicoestimulantes como el metilfenidato de acción corta, pero recientemente han aparecido nuevas formulaciones y nuevos principios activos. La elección entre unos y otros depende de las características individuales, la edad y las necesidades del niño y su situación familiar y escolar. Las medicaciones utilizadas generalmente en el tratamiento del TDAH son:

- ~ METILFENIDATO de acción corta (*Rubifen*) o acción prolongada (*Concerta, Medikinet*)
- ~ ATOMOXETINA (*Strattera*)
- ~ En otros países: DEXTROANFETAMINA y otros derivados anfetamínicos.

**METILFENIDATO.** El más utilizada en nuestro país. Hay estudios que demuestran su eficacia, en especial en las fases iniciales y en los casos de mayor gravedad.

Metilfenidato de acción corta: Esta fórmula produce un efecto rápido, en menos de una hora y el efecto suele durar entre 2 y 4 horas. Se elimina del cuerpo espontáneamente en menos de 12-24 horas. En general, hay que tomar 2 ó 3 dosis a lo largo del día, en principio nunca después de las 16h.



Metilfenidato de acción prolongada: Permiten mantener su efecto con un solo comprimido durante 12 horas aproximadamente. Este hecho mejora la comodidad de su administración, pues puede tomarse una sola vez al día.

Ninguna fórmula ha demostrado ser más efectiva que otra, ni presentan un perfil de efectos secundarios significativamente diferente. El metilfenidato es incompatible con la toma de antidepresivos del grupo de los IMAO.

Efectos secundarios. Podemos observar con relativa frecuencia: *pérdida de apetito y dificultades para conciliar el sueño*. En algunos casos, se ha descrito la aparición de *tics, cefalea, dolor abdominal, que se muerdan los dedos o las uñas e incluso retraimiento social, aplanamiento afectivo o entristecimiento* (como

si estuvieran inmersos en su mundo). En casos extremos se han descrito síntomas psicóticos e incluso crisis convulsivas o alteraciones inespecíficas del electrocardiograma.

Los cambios en el sueño o en el apetito suelen ser manejables cambiando las dosis o las horas de administración, o dando la medicación después de la ingesta, o aumentando las calorías en el desayuno y cena.

En general no debe subirse la dosis más allá de 1 mg/kg de peso/día.

Monitorización del tratamiento con metilfenidato:

~ Un *electrocardiograma* y toma de TA antes de iniciar el tratamiento farmacológico y posteriormente a los tres meses y seis meses durante los tres primeros años de tratamiento. Posteriormente bastará con uno al año durante el tiempo que esté tomando la medicación.

~ *Pesar y tallar al paciente cada 3 a 6 meses* (comparando estos parámetros con los de las tablas normalizadas). Si hubiera pérdida de peso o talla que pudieran interferir con el crecimiento del chico, debe informarse inmediatamente al especialista.

Salvo indicación expresa del especialista, no se debe suspender el tratamiento los fines de semana ni las vacaciones. El metilfenidato no genera adicción.

**ATOMOXETINA.** Fármaco de la familia de los antidepresivos (farmacológicamente hablando) aunque su efecto no es antidepresivo sino que ayuda a aliviar los síntomas de TDAH. Su acción surge tras dos semanas de tratamiento ininterrumpido y no debe interrumpirse bruscamente.

Los efectos secundarios suelen ser breves y aparecen sólo al principio. Los más frecuentes son *nauseas, molestias abdominales, sensación de mareo,*

*aumento de la frecuencia cardiaca y pérdida del apetito* (sobre todo al principio). Posteriormente no suele asociarse a pérdida de peso. Hay estudios que demuestran su eficacia para tratar el TDAH y no genera adicción. No es incompatible a priori con ninguna medicación. Suele ser utilizado como fármaco de segunda línea, cuando el metilfenidato no se tolera bien o no ha mostrado eficacia, aunque en casos particulares puede estar indicado su empleo como primera línea.

Otros fármacos utilizados como segunda línea de tratamiento son BUPROPION, CLONIDINA, GUANFACINA, PEMOLINA, e incluso ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS. Su eficacia es dudosa y son más usados en casos de comorbilidad.

**No es siempre necesario utilizar la medicación en los casos en los que se diagnostica un TDAH.** Hay que tener en cuenta la gravedad de los síntomas, la edad en que se diagnostica y la posibilidad de los padres para dar el apoyo adecuado al niño.





## RESUMEN FINAL

- » **Actitud receptiva:** no restar importancia a las quejas, aunque parezca que los padres exageran.
- » **Recabar información del propio afectado, de su familia y del colegio.**
- » **Realizar una historia clínica completa, desde el embarazo, a lo largo del desarrollo.**
- » **Para el diagnóstico de TDAH, los síntomas típicos deben estar presentes desde antes de los 7 años de edad y al menos en dos de los tres ambientes (casa/colegio/calle).**
- » **No precipitarse en el diagnóstico, una segunda visita es muchas veces fundamental.**
- » **Si sospecha algún déficit cognitivo, solicite un informe psicopedagógico.**
- » **Si el problema parece estar presente únicamente en el colegio, puede contactar con el colegio directamente o a través de los padres. Quizás el problema es de inadecuada ubicación escolar o un trastorno de aprendizaje.**

- » **Si el problema ocurre sólo en el entorno familiar, explore qué dificultades puede haber en la familia; también puede contactar con centros de atención a las familias o los servicios sociales si el problema parece grave.**
- » **Aconseje modos de vida sanos: dieta, ejercicio, mejor comunicación de los sentimientos, participación en actividades de ocio y esparcimiento,...**



En visitas de niños que estén recibiendo tratamiento farmacológico:

- ~ Revise el tratamiento y los efectos secundarios más típicos.
- ~ Refuerce el cumplimiento terapéutico.
- ~ Monitorice las constantes de peso y talla, comparándolas con curvas normativas.
- ~ Realice toma de TA y un electrocardiograma inicial y ECG de seguimiento.



Asociación  
Elisabeth d'Ornano  
para el trastorno de  
déficit de atención e hiperactividad

Asociación Elisabeth d'Ornano  
para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

[www.elisabethornano.org](http://www.elisabethornano.org)

Dibujos por Isabel Gómez



Asociación  
Elisabeth d'Ornano  
para el trastorno de  
déficit de atención e hiperactividad

c/ Velázquez 3 planta 1 - 28001 Madrid  
equipomedico@elisabethornano.org  
www.elisabethornano.org