

# TDAH de andar por la consulta

Antonio Pelaz Antolín  
Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia  
H. Clínico San Carlos  
Centro CADAPA

19º congreso  
actualización  
pediatría 2023

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria



# Conflicto de intereses

- Otsuka
- Takeda
- Rubio
- Lactalis



# Agenda

- Un poco de historia
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Conclusiones-Ideas para llevarse a casa



Un poco de historia

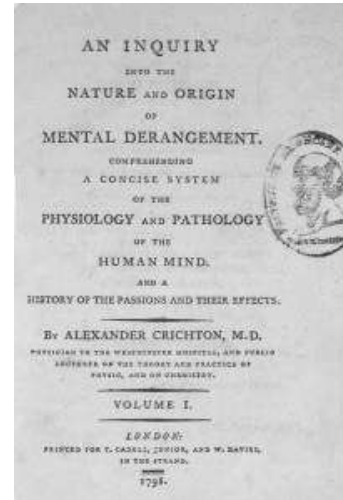
¿DESDE CUANDO SE  
CONOCEN LOS SINTOMAS  
DEL TDAH?



# Un poco de historia

**Alexander Crichton (1763-1856)**

Médico escocés



**1798** *“Una investigación sobre la naturaleza y origen de **enajenación mental**: la comprensión de un sistema conciso de la fisiología y patología de la mente humana y una historia de las pasiones y de sus efectos”*

**Capítulo “Atención”**



# Un poco de historia

**Heinrich Hoffmann (1809-1894)**



Médico psiquiatra y escritor alemán

- 1845** libro de poemas infantiles **“Der Struwwelpeter”** (Pedro Melenas)  
10 cuentos sobre niños  
**“The Story of Fidgety Phil”** hiperactivo-impulsivo.  
**“The Story of Johnny Head-in-Air”** inatento.



# Un poco de historia

**Desire-Magloire Bourneville (1840-1909)**

Médico francés

**1897 “Niños inestables”**

Observó que entre los niños “anormales” había un grupo de ellos con **inteligencia normal** con **movilidad** exuberante, que **cambiaban** de actividad formativa con frecuencia y que tenían dificultad para cumplir sus **promesas**

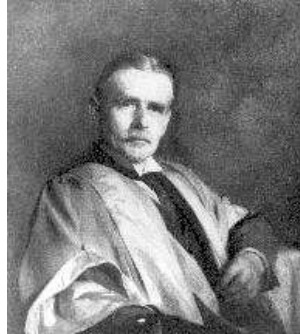


# Un poco de historia

**1902 Goerge F. Still (1868-1941)**

Lancet. Describe **43 niños** con problemas de **atención y autoregulación**.

**“Defecto Moral”**



THE LANCET, APRIL 19, 1902.

**The Goulstonian Lectures**

ON

**SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS  
IN CHILDREN.**

*Delivered before the Royal College of Physicians of  
London on March 4th, 6th, and 11th, 1902.*

BY **GEORGE F. STILL, M.A., M.D. CANTAB.,  
F.R.C.P. LOND.,**

ASSISTANT PHYSICIAN FOR DISEASES OF CHILDREN, KING'S  
COLLEGE HOSPITAL; ASSISTANT PHYSICIAN TO THE  
HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, GREAT  
ORMOND-STREET.

**LECTURE II.**

*Delivered on March 6th.*

MR. PRESIDENT AND GENTLEMEN. — In my first lecture I drew your attention to some points in the psychology and development of moral control in the normal child and then considered the occurrence of defective moral control in



# Un poco de historia

**1941** Strauss “**Daño cerebral mínimo**”

**1962** Clements y Peters “**Disfunción cerebral mínima**”

**1980** DSM III “**T de DA con o sin H**”

**2013** DSM V “**T de DA con o sin H**” **T Neurodesarrollo**



# Epidemiología

¿CUAL ES LA PREVALENCIA DEL  
TDAH?



# Epidemiología

## 5 % de los niños en edad escolar

Elevada comorbilidad

50 % Trastornos de conducta asociado

Mayor riesgo de T. Antisocial

Mayor riesgo de tóxicos

20-50 % Trastorno emocional

20-25 % Trastorno del aprendizaje

70 % responde al tto. Farmacológico

Alto componente familiar

Más frecuente en el varón (x4)



# Epidemiología

¿CUAL ES LA EVOLUCION  
NATURAL DEL TDAH?



# Epidemiología

**Evolución natural < Hiperactividad  
= Déficit de Atención e Impulsividad**

**30-70 % persiste** algún síntoma en el adolescente y en el adulto

Peor rendimiento académico y laboral

Más problemas sociales y legales

Más problemas de pareja

Mayor comorbilidad psiquiátrica

- TdP
- Depresión



# Etiología

¿CUAL ES LA ETIOLOGIA DEL  
TDAH?



# Etiología

## Multifactorial

- Genéticos (x8)
  - Heredabilidad 0.76
  - Gen DRD4\*7 cromosoma 11
- Bajo peso al nacer (x3)
- Adversidad psicosocial (x4)
- Tabaco durante el embarazo (x3)
- Alcohol durante embarazo (x2)



# Etiología

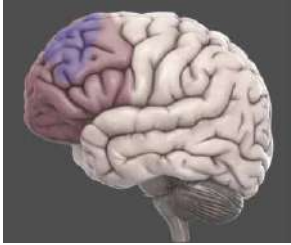
¿AREAS CEREBRALES  
IMPLICADAS EN EL TDAH?





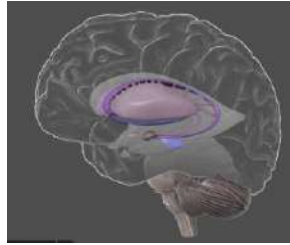
## Areas

# Etiología



### CPF

Mantiene la  
alerta  
evitando la  
distracción



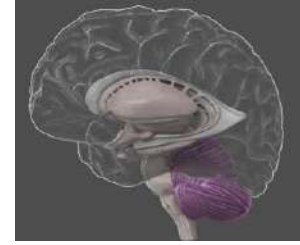
### GGBB

Desconectan  
respuestas  
automáticas  
determinando un  
estado consciente  
de razonamiento



### Tálamo

Desplazamiento  
de la atención de  
un estímulo a  
otro  
Evita el “ruido”



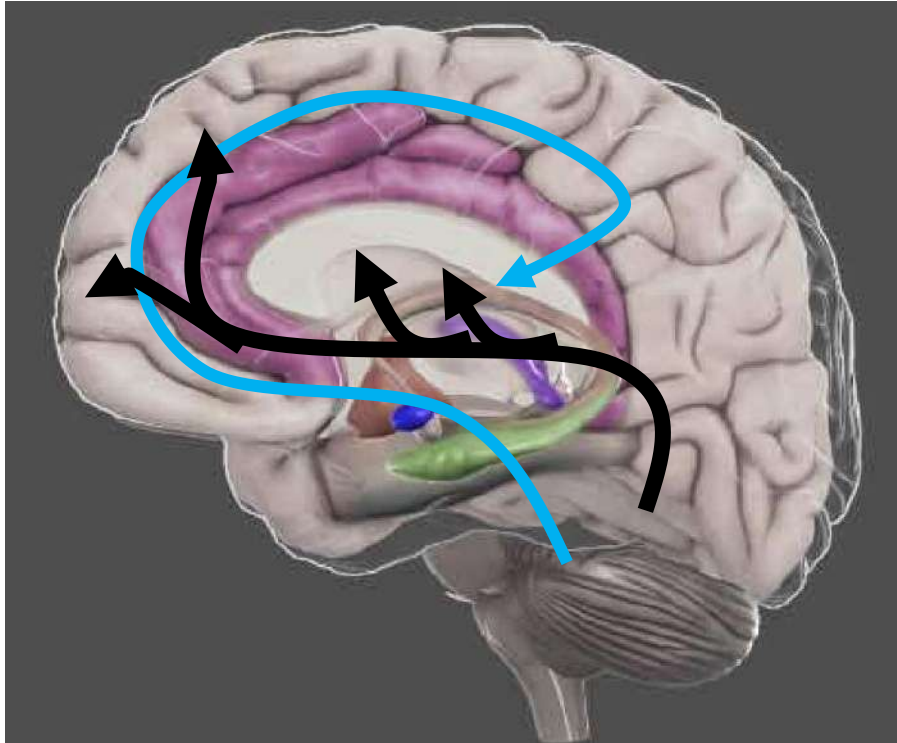
### Cerebelo

Procesamiento



## Química

## Etiología



Vía dopaminérgica



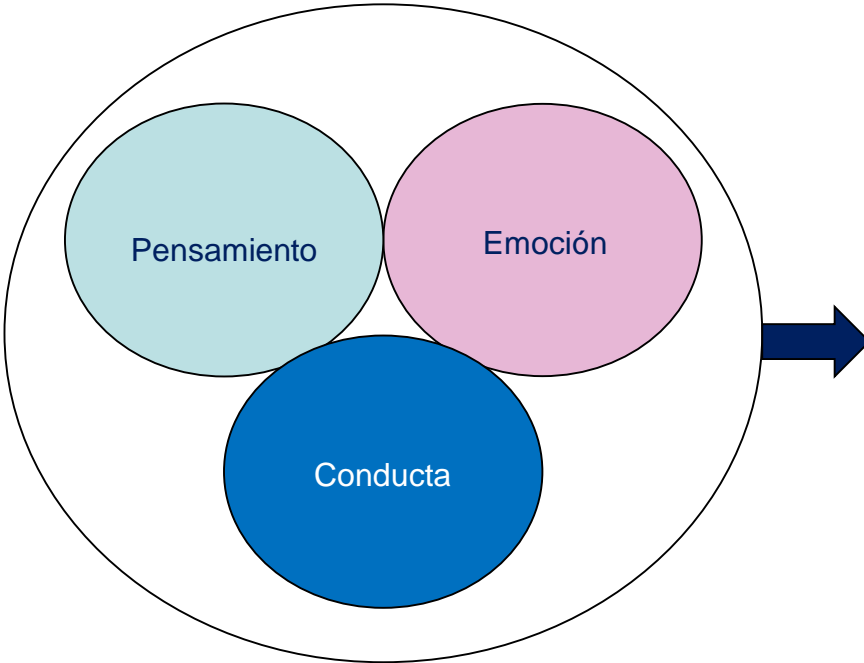
Vía Noradrenérgica



NA y DA

Por exceso en recaptación

## Funciones Ejecutivas



## Etiología

Solución  
de  
situaciones

- Atención y Concentración
- Memoria de trabajo
- Planificación y organización
- Iniciativa
- Flexibilidad cognitiva
- Reflexión-Impulsividad
- Control Inhibitorio
- Autoevaluación



# Clínica

¿CLINICA PRINCIPAL DEL  
TDAH?



# Clínica

- Hiperactividad
- Déficit de atención
- Impulsividad

- Muy movido-Motor
- Cambia de actividad
- Tarda en empezar las tareas
- No termina tareas
- Despistado-olvidos
- Pierde cosas
- Mal manejo del tiempo
- No previsión de consecuencias-osado
- Dificultad para esperar turno
- **Baja autoestima**



# Clínica



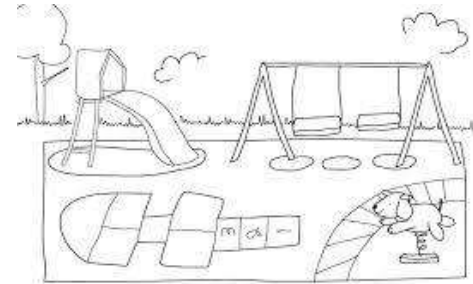
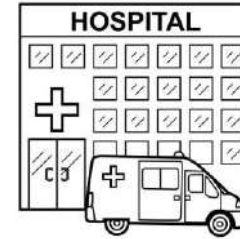
## 24/7

## DE

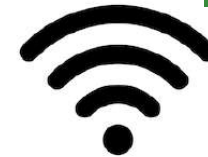
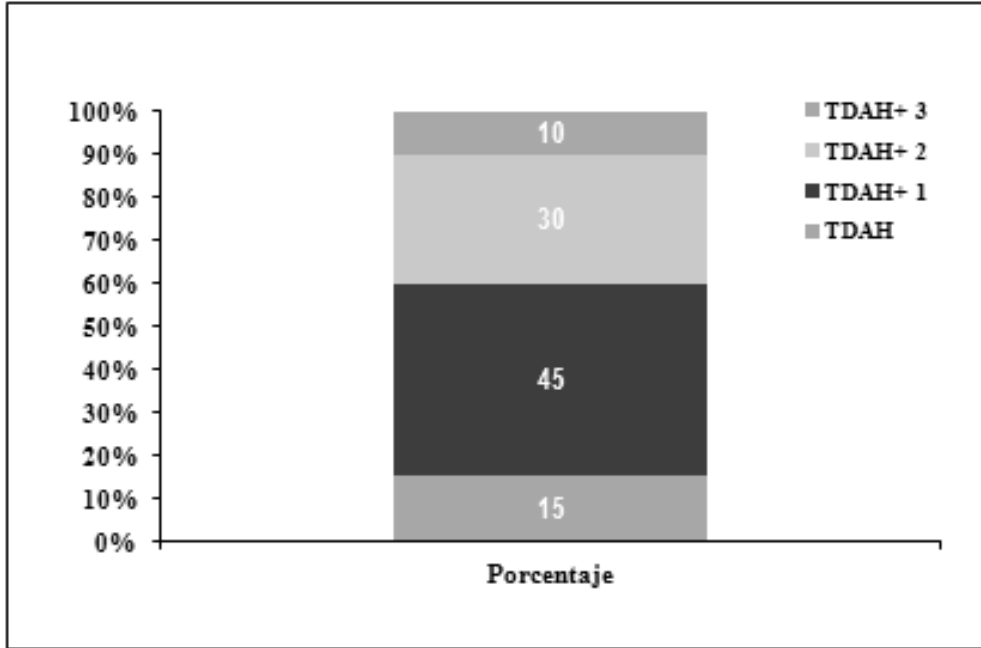
## LUNES

## A

## DOMINGO



# Clínica



# Clínica



TND/TC

Rencorosos, vengativos y sin remordimientos



Depresión

Tristeza e irritabilidad persistentes, episódica



Ansiedad

Distracción por estar enfocado en lo angustiante



T. Aprendizaje

Dislexia, disgrafia, discalculia





# Clínica

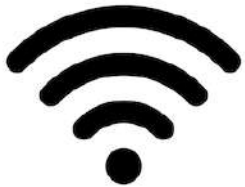
## Adicciones



- Cambios de humor, de hábitos, de amigos
- Empeoramiento del rendimiento académico y novillos
- Uso de colirios, ambientadores
- Muchos gastos



- Satisfacción al estar con las TIC
- Necesidad creciente
- Dificultad para cerrar sesión
- Abstinencia
- Mentiras sobre el tiempo empleado
- Descuidar otros aspectos de su vida



## Diagnóstico

¿CUAL ES EL MARCADOR  
BIOLOGICO DEL TDAH?





## Diagnóstico

¿COMO SE HACE EL  
DIAGNOSTICO DEL TDAH?



Diagnóstico

# CLINICO

No hay pruebas médicas diagnósticas

No hay marcador biológico

- ¿Motivo de Consulta?
- Bajo rendimiento
  - Problemas de comportamiento



# Diagnóstico

## HISTORIA CLÍNICA

Personas relacionadas

Anamnesis y Factores de riesgo

Escalas Padres y Profesores

- SNAP
- EDAH
- ADHD.RS
- Conners
- DSM

EOEP

Menor

Observación-Conversación

- EF (Neurol) y Analítica general
- Claves y Dígitos del WISC
- D2
- EMAV
- STROOP
- Figura de Rey para niños



## SNAP IV Abreviada

01	Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidos en los trabajos escolares o en otras tareas
02	Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o tareas
03	Con frecuencia parece que no escucha cuando le hablan
04	Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una tarea escolar o tareas que se le encomienden
05	Con frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas
06	Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas de casa)
07	Con frecuencia pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices o herramientas)
08	Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor
09	Con frecuencia es olvidadizo con las tareas diarias
10	Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado
11	Frecuentemente se levanta de su asiento en clase o en otras situaciones cuando no debiera hacerlo
12	Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada
13	Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio
14	Frecuentemente se mueve muy rápidamente, «como si tuviera un motor»
15	Con frecuencia habla en exceso
16	Frecuentemente responde antes de que haya terminado la pregunta
17	Frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno
18	Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego)

## Diagnóstico

**0** (no, no del todo), **1** (sí, un poco), **2** (sí, bastante), **3** (sí, mucho)

Media. Punto de corte

Total: padres (1,78) maestro (2,56)

1-9 Inatención: padres: 1,44. Maestros: 1,78

10-18 Hiperact./impulsiv.: padres: 1,67. Maestros: 2,0.

<http://www.elgipi.es/>



# Diagnóstico

## Criterios DSM 5

Entre los 3 y 17 a. se necesitan 6 criterios de los 9 de cada apartado

En >17 a. y adultos sólo 5 criterios

Presentes antes de los 12 años durante al menos 6 meses

En al menos dos ámbitos

3 subtipos: Combinado, Inatento, Hiperactivo

Puede empezar a los 3 a. pero lo habitual es a partir de los 5-6 a.

Se puede diagnosticar TDAH+TEA





# Diagnóstico

## Criterios DSM 5 Inatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.



# Diagnóstico

## Crterios DSM 5 Hiperactividad-Impulsividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.
- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.



# Diagnóstico

## Criterios CIE 10

### Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.



# Diagnóstico

## Criterios CIE 10

### Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

### Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.



# Diagnóstico

## Criterios CIE 10

F90.0	Trastorno de la actividad y de la atención.
F90.1	Trastorno hipercinético disocial.
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos.
F90.9	Trastorno hipercinético sin especificación.

Al menos

**6** síntomas **inatención**

**3** de **hiperactividad**

**1** de **impulsividad**

que provoquen disfunción en al menos dos ambientes.



# Diagnóstico

## Criterios CIE 11

06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

### Trastornos del neurodesarrollo

#### **6A05 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención «THDA»**

6A05.0 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación de falta de atención

6A05.1 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación hiperactiva e impulsiva

6A05.2 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, presentación combinada

6A05.Y Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, otro cuadro clínico especificado

6A05.Z Trastorno por hiperactividad y déficit de atención, sin especificación



# Pruebas

## Claves del WISC

### Memoria de trabajo

# Diagnóstico

CLAVE A  
(5-7)

Ejemplos

Tiempo (120") ..... Aciertos ..... Punt. ....



# Diagnóstico

## Claves del WISC

### Memoria de trabajo

Ejemplos																								
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1
3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8	7	5	4	8	6	9	4	3
1	8	2	9	7	6	2	5	4	7	3	6	8	5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4
9	1	5	8	7	6	9	7	8	2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3

Tiempo (120'') ..... (Punt. Aciertos) .....





# Diagnóstico

Dígitos del WISC

Memoria de trabajo

**PRUEBA VERBAL COMPLEMENTARIA**

<b>D I G I T O S</b>			
En orden directo	Puntuación (Rodear)	En orden Inverso	Puntuación (Rodear)
3-8-6	3	2-5	2
6-1-2	3	6-3	2
3-4-1-7	4	5-7-4	3
6-1-5-8	4	2-5-9	3
8-4-2-3-9	5	7-2-9-6	4
5-2-1-8-6	5	8-4-9-3	4
3-8-9-1-7-4	6	4-1-3-5-7	5
7-9-6-4-8-3	6	9-7-8-5-2	5
5-1-7-4-2-3-8	7	1-6-5-2-9-8	6
9-8-5-2-1-6-3	7	3-6-7-1-9-4	6
1-6-4-5-9-7-6-3	8	8-5-9-2-3-4-2	7
2-9-7-6-3-1-5-4	8	4-5-7-9-2-8-1	7
5-3-8-7-1-2-4-6-9	9	6-9-1-6-3-2-5-8	8
4-2-6-9-1-7-8-3-5	9	3-1-7-9-5-4-8-2	8

D----- + I----- = -----  
(N.º máximos rodeados)



# d2

Atención  
selectiva

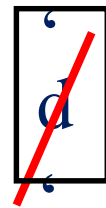
1.



p

“

p



‘

d

⋮

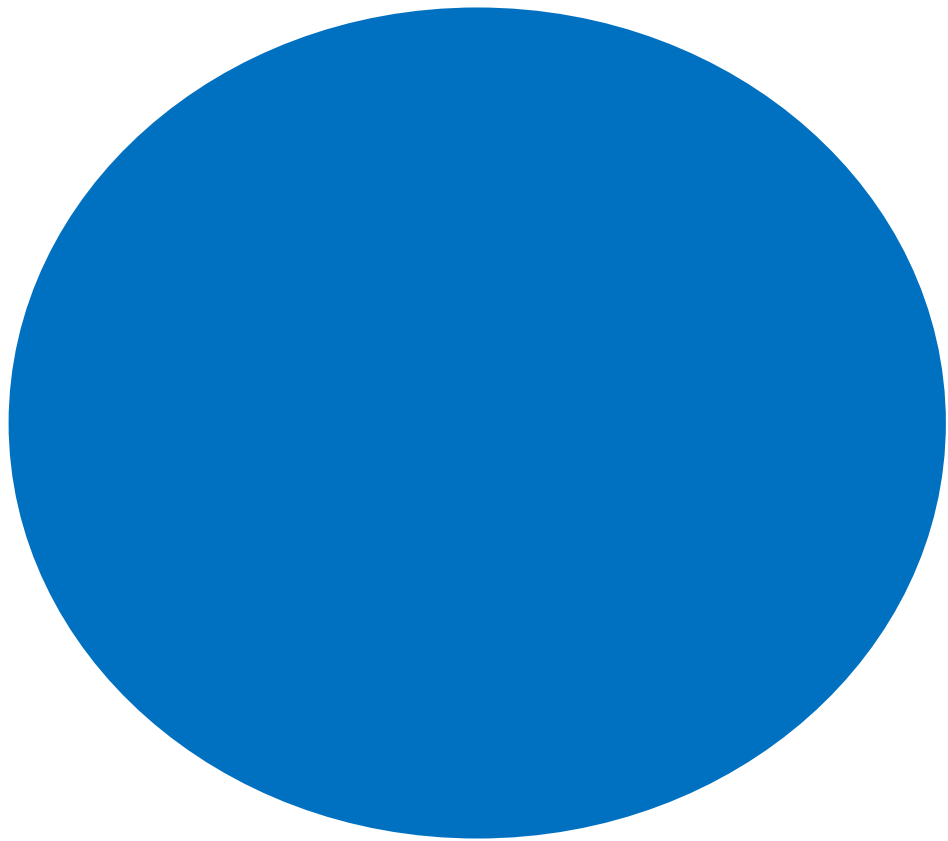
14.

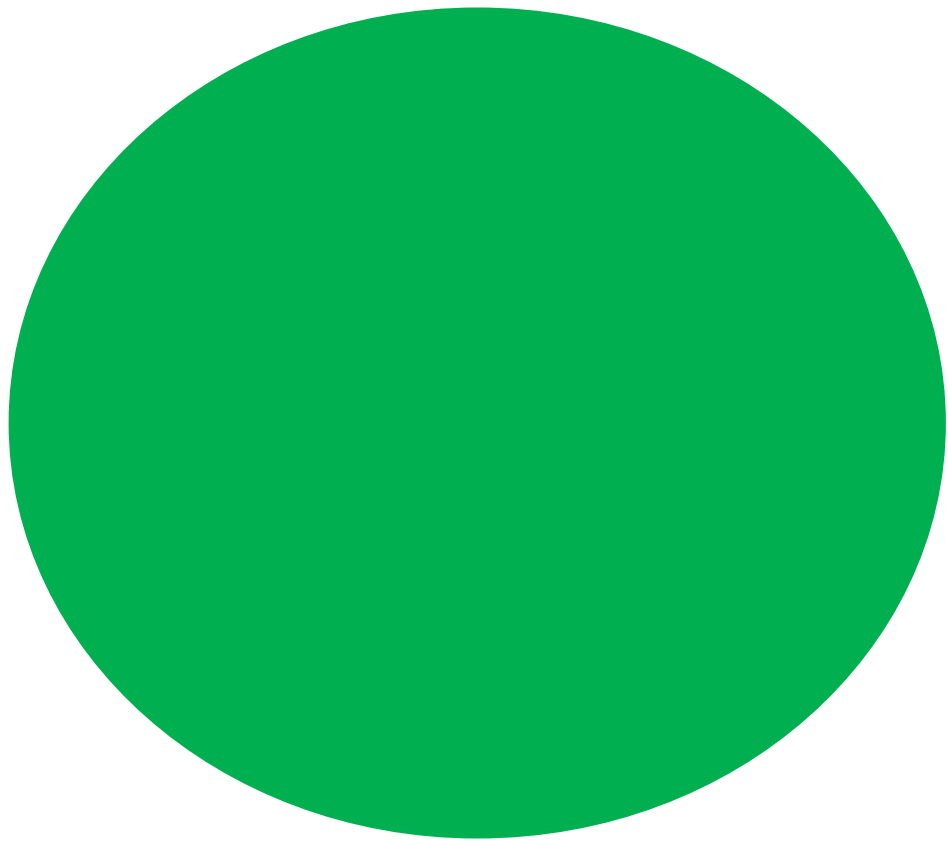
## Diagnóstico





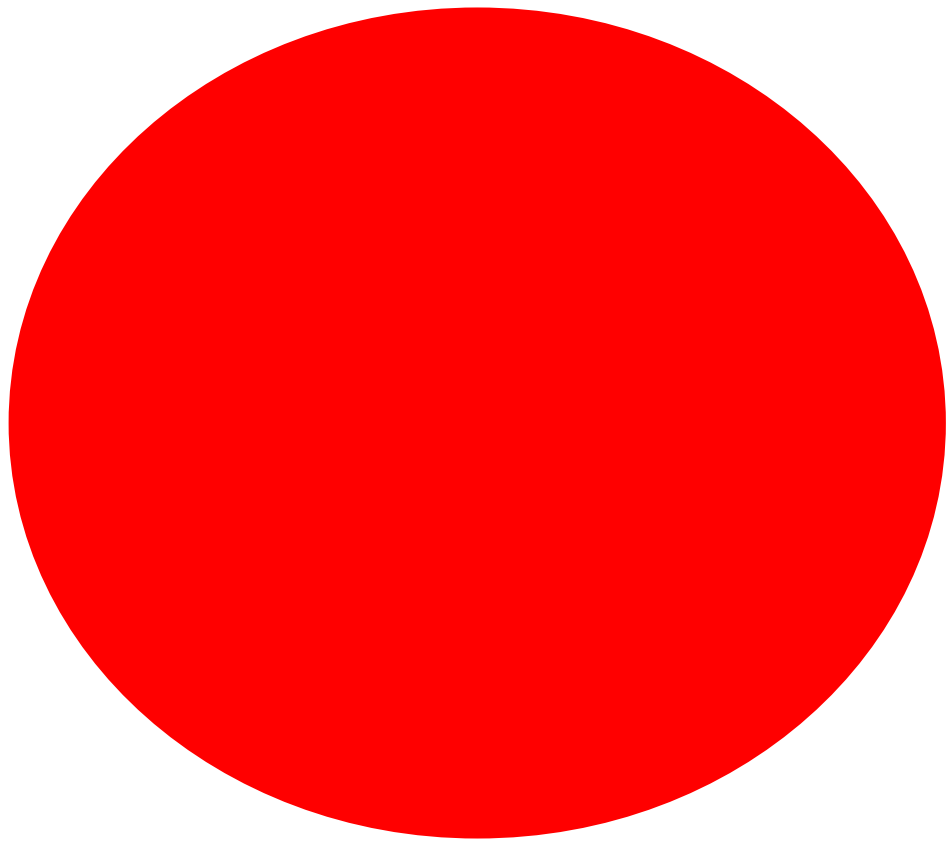


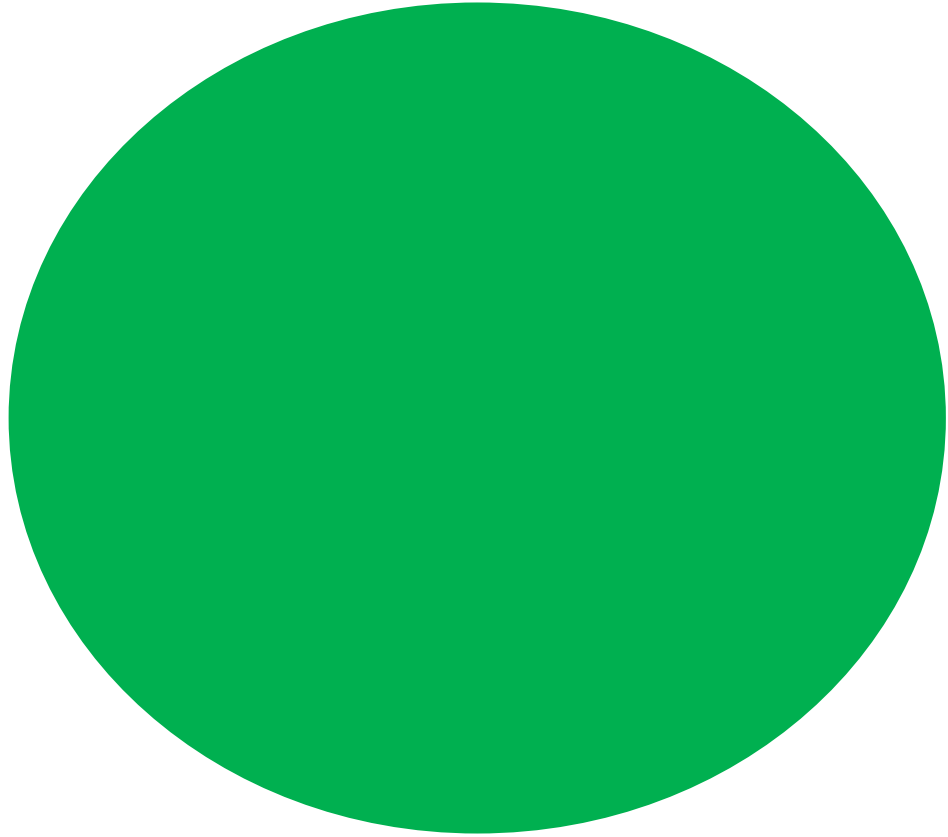


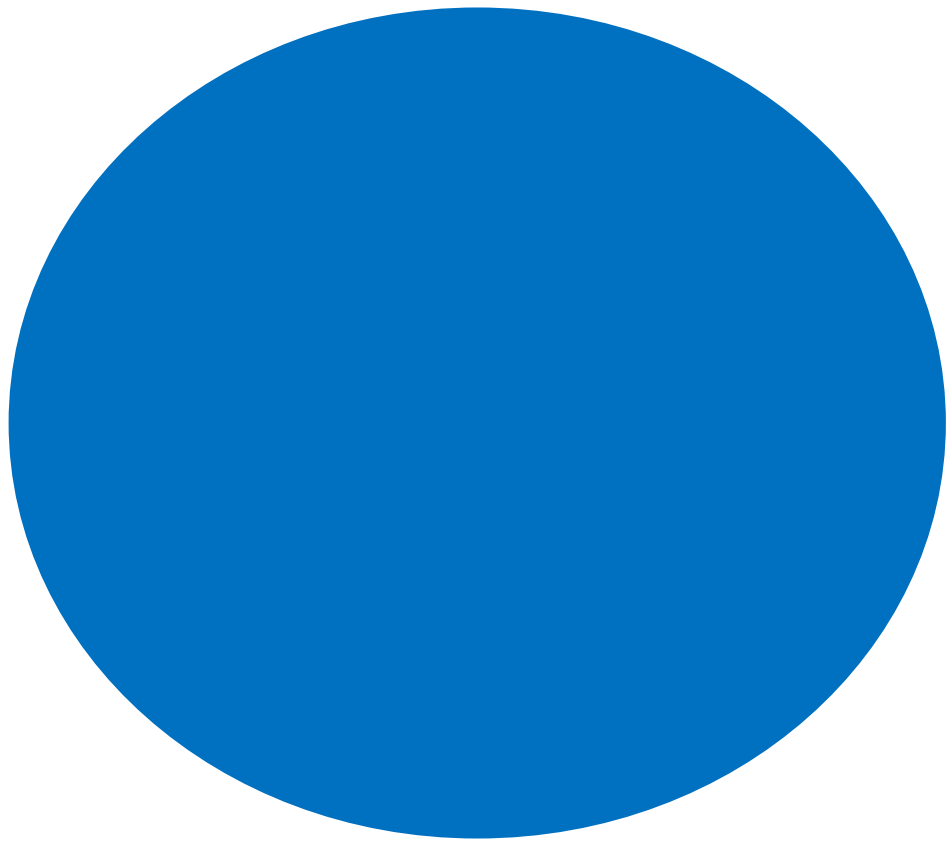












VERDE

# Diagnóstico

## STROOP

Interferencia

Control Inhibitorio

Edad: 6-85 a.

Azul	Verde	Rojo	Leer
Rojo	Rojo	Verde	
Verde	Rojo	Azul	
Verde	Azul	Rojo	
Azul	Verde	Azul	
Rojo	Rojo	Azul	
Verde	Azul	Verde	
Azul	Rojo	Rojo	
Azul	Verde	Azul	



# Diagnóstico

## STROOP

XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX

Color de la tinta



# Diagnóstico

## STROOP

Azul	Verde	Rojo
Rojo	Rojo	Verde
Verde	Rojo	Azul
Verde	Azul	Rojo
Azul	Verde	Azul
Rojo	Rojo	Azul
Verde	Azul	Verde
Azul	Rojo	Rojo
Azul	Verde	Azul

Color de la tinta



# Diagnóstico

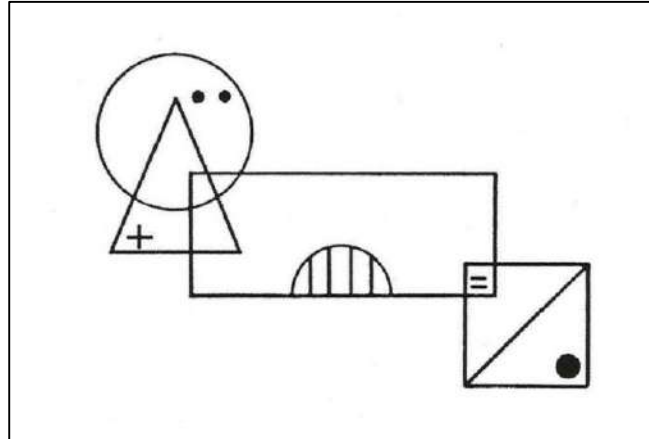
## Figura de Rey Niños

Edad: 4-15 a.

Planificación

Organización

Memoria visual

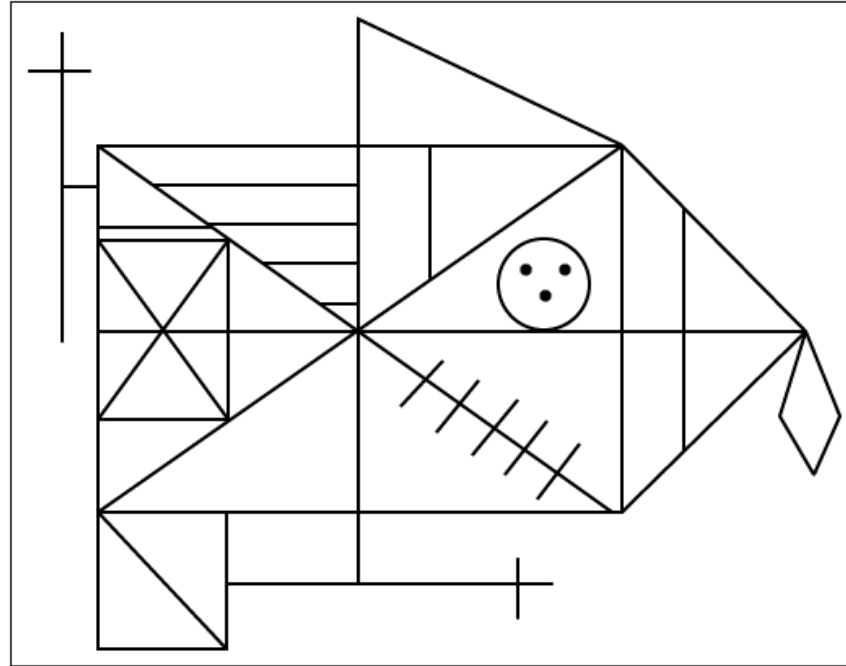




# Diagnóstico

## Figura de Rey Adultos

Capacidad visoespacial  
Agnosias  
Apraxias  
Memoria visual



## Tratamiento

¿CUAL ES EL MEJOR  
TRATAMIENTO DEL TDAH?



# Tratamiento

**MULTIMODAL** (estudio MTA 1999)

El farmacológico solo es más eficaz que el psicológico solo a los 14 meses y a los 24 meses

Parece que a los 2 años se reduce la respuesta

Psicológico- **TCC**

Padres- **Psicoeducación y pautas**

Colegio- **Adaptaciones**

Farmacológico



# Tratamiento no farmacológico

## RECOMENDACIONES PARA TDAH

1. Pedir que te repitan las cosas si no te has enterado
2. Apuntar la tarea en el mismo momento que la digan
3. Utilizar la agenda
4. Utilizar un calendario
5. Crear rutinas
6. Aplicar autoinstrucciones (stop)
7. Bajar a la compra sin lista y memorizar el número de cosas a traer



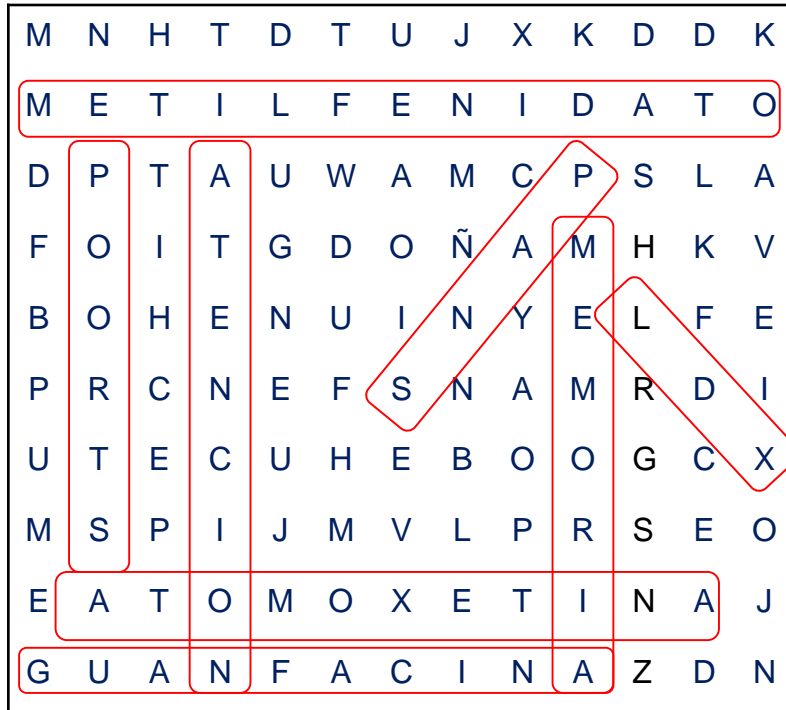
# Tratamiento no farmacológico

## RECOMENDACIONES PARA TDAH

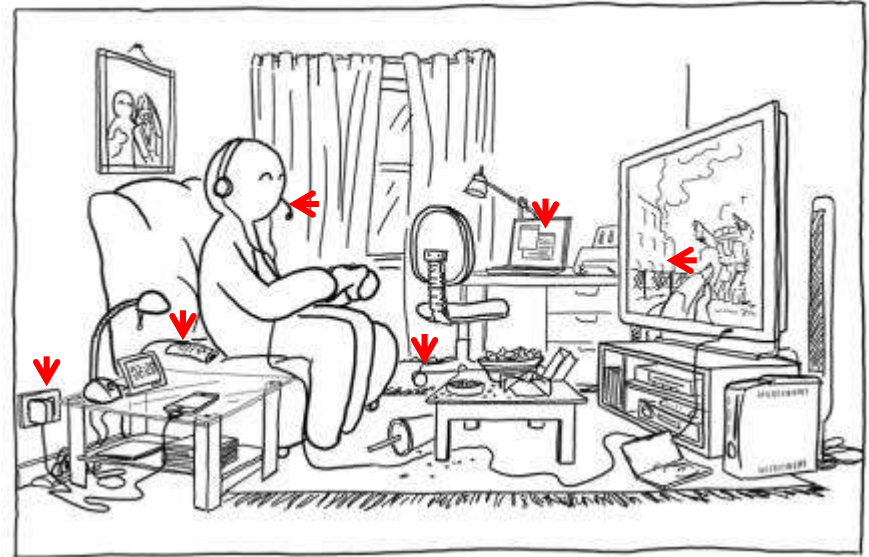
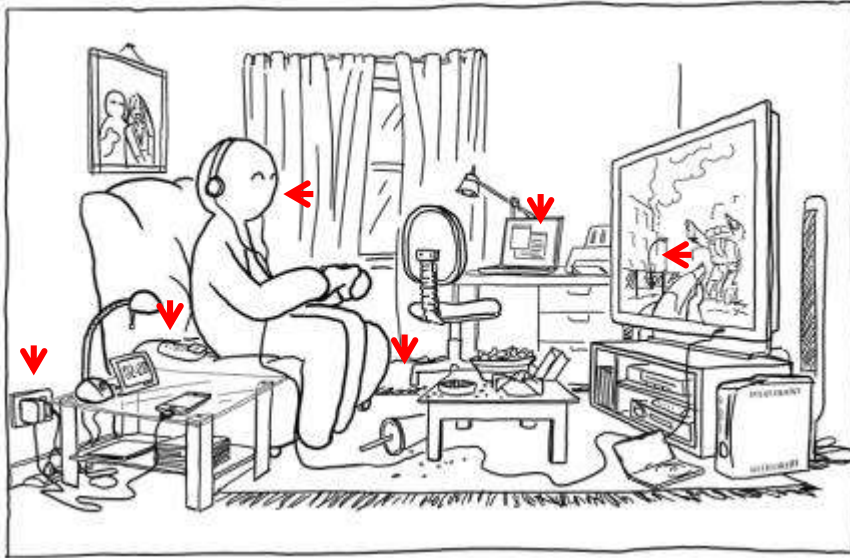
8. Apuntar las cosas importantes y que no quieres olvidar en hojas o post-it y colocarlas en lugares visibles
9. Utilizar alarmas y cuenta-atrás
10. Trabajar siempre en el mismo lugar, ordenado y en silencio
11. Sacar distractores de habitación (Móvil, TV, Consola, PC)
12. No hacer dos tareas a la vez
13. Hacer pasatiempos



# Tratamiento no farmacológico



## Tratamiento no farmacológico







# Tratamiento no farmacológico

## RECOMENDACIONES PARA EL COLEGIO

- Primera fila
- Responsabilidades dentro del aula
- Reforzar logros que alcancen
- Supervisar
- Marcapáginas con autoinstrucciones
- Entrenar en lectura cronometrada
- Entrenar para que rodeen palabras clave



# Tratamiento no farmacológico

## RECOMENDACIONES PARA EL COLEGIO

### EXAMENES

- Preguntas de una en una por escrito
- Más tiempo
- Enunciados concretos y sencillos
- Distintos formatos de preguntas
- Examen oral
- Reconducir su atención hacia el examen si es necesario
- Recordarles que revisen el examen antes de entregarlo
- No realizarles los exámenes mientras se está impartiendo clase



# Tratamiento farmacológico

## CONSIDERACIONES PREVIAS

- Debe formar parte de un tratamiento multimodal
- Recoger AP y AF de enfermedades cardiovasculares y AS
- Registro basal de peso, talla, TA y pulso
- 3 meses en lograr dosis de mantenimiento
- Ajuste según balance beneficio/efectos adv.



# Tratamiento farmacológico

## COMO ELEGIR EL FARMACO

- Tiempo de cobertura deseada
- Momento del día más importante a tratar
- Dosis inicial necesaria
- Capaz de tragar la cápsula entera
- Imposibilidad de dar en el colegio
- Comorbilidades
- Preferencias del niño y de los padres
- Precio



# Tratamiento farmacológico

## MANTENIMIENTO

- Mantener un periodo prolongado de mejoría (1-2 a.)
- No descansar en vacaciones ni f/s
- Pruebas sin tratamiento (septiembre)



# Tratamiento farmacológico

## REVISIONES

- Revisiones cada 3-6 meses
- Monitorizar peso, talla, TA y pulso en cada visita
- Hemograma y bioquímica anual

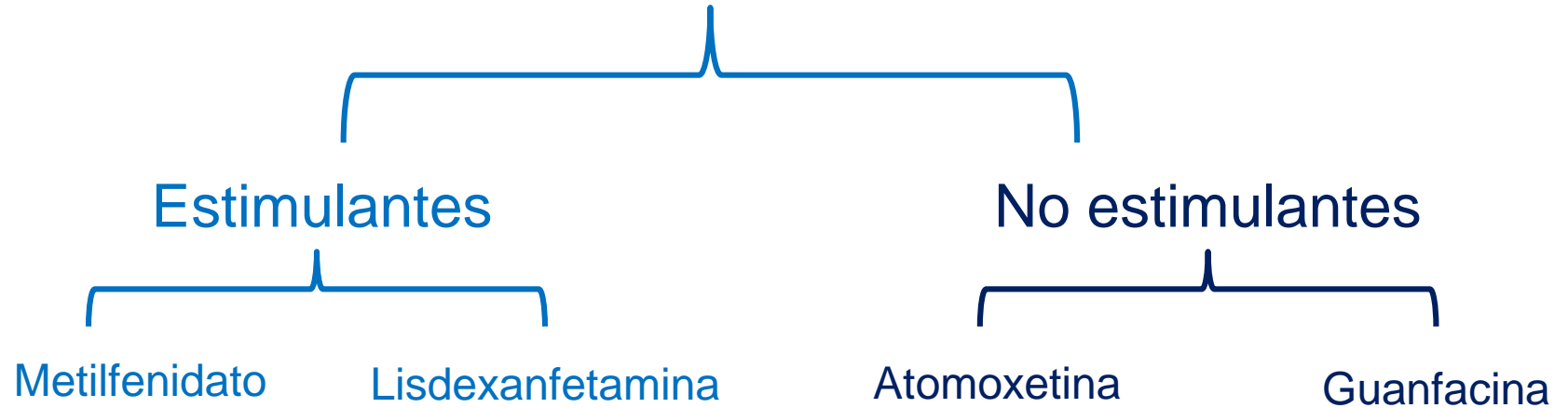


## Tratamiento

¿CUANTOS TRATAMIENTOS  
FARMACOLOGICOS HAY PARA  
EL TDAH?



# Tratamiento farmacológico





# Tratamiento farmacológico

## Metilfenidato (1-2 mg/kg/d)

### Inmediata

20 min  
4 h



#### Machacar

Desayuno  
Comida  
Merienda



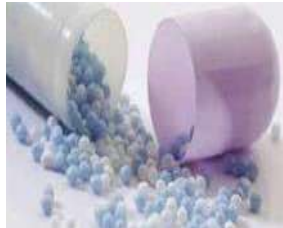
### Modificada 50-50

30 min  
8 h



#### Abrir-No diluir

Desayuno  
Comida



### Modificada 30-70

30 min  
8 h



#### Abrir-No diluir

Desayuno  
Comida



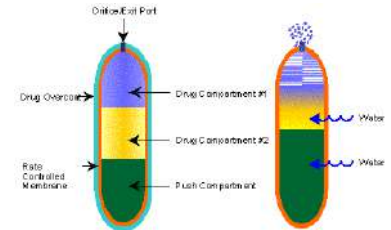
### Prolongada/OROS 28-72

30 min  
12 h



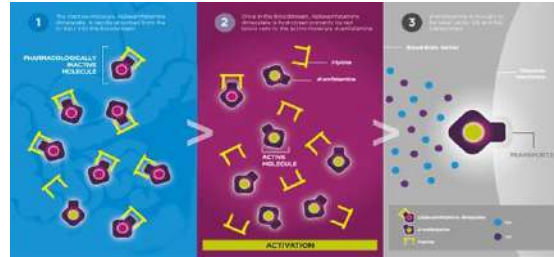
#### Tragar

Desayuno



# Tratamiento farmacológico

## Lisdexanfetamina



Profármaco = Lisina + Dextroanfetamina

FT: “cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada”

Inicio 30-40 min.

Duración 13 h.

Visado



# Tratamiento farmacológico

Estimulantes

## EFECTOS SECUNDARIOS

- **CEFALEA** Tomar TA - Esperar
- **DOLOR ABDOMINAL** Esperar
- **HIPOREXIA** Reforzar desayuno y cena  
Cambiar presentación
- **INSOMNIO DE CONCILIACION** Cambiar presentación  
Melatonina 5 mg/d



# Tratamiento farmacológico

Estimulantes

## EFECTOS SECUNDARIOS

Síntomas Cardiovasculares

FARMACOS SEGUROS

NO ECG PREVIO, salvo si AP o AF de cardiopatías

Mareo

Palpitaciones

Taquicardia

Dolor torácico

Dificultad respiratoria

Estudio cardiológico  
Ecocardio



# Tratamiento farmacológico

Estimulantes

## EFFECTOS SECUNDARIOS

Retraso en crecimiento

1-2 cm. de talla final esperada  
Muy relacionado con el apetito

Cambiar a no estimulante



# Tratamiento farmacológico

Estimulantes

## EFECTOS SECUNDARIOS

**Tics** Cambiar a ATX/Guanfa

**Irritabilidad** Ajustar dosis

**Embotamiento afectivo** Cambiar a ATX

**Rebote** Ajustar dosis, añadir l.i

**Psicosis** Retirar



# Tratamiento farmacológico

## No estimulantes

### ISRNA

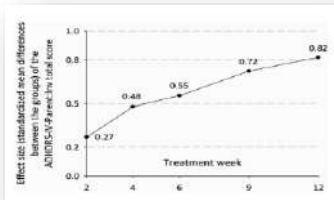
Atomoxetina

0,5 mg/kg/d hasta 1,2-1,8 mg/kg/d (semanal)

Ansiedad

Tics

Desregulación emocional



### Alfa 2 agonista central

Guanfacina

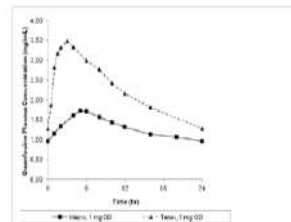
1 mg/10kg/d (semanal)

Coadyuvante de otros tratamientos

Tics

Hiperexcitados/Irritables/Agresivos

Alteraciones del sueño



Visado



# Tratamiento farmacológico

## No estimulantes

Atomoxetina

## Efectos secundarios

Guanfacina

Irritabilidad, labilidad, agresividad, dolor abdominal, disminución apetito, náuseas, somnolencia/insomnio, mareo, taquicardia, HTA....

**Contraindicaciones:** Hipersensibilidad y Glaucoma, alteraciones cardiovasculares graves

Monitorizar TA y pulso

Reducción 50 % dosis en insuficiencia hepática

Hipotensión  
Bradicardia  
Alt. conducción cardiaca  
Somnolencia

No interrumpir bruscamente (cada 3-7 d)





# Tratamiento farmacológico

## **No respondedores**

Revisar cumplimiento

Ajustar dosis

Cambiar de estimulante

Cambiar a no estimulante

Combinar

Replantear diagnóstico y comorbilidades



# Tratamiento farmacológico

## Prescolares

MTF I.i. (Menor respuesta)

Riesgo de expulsión del colegio

Riesgo para su integridad o la de los demás

Interferencia/Falta de efecto de otras terapias

AF importantes de TDAH

Consumo de alcohol o cocaína durante embarazo



# CASO CLINICO

## Motivo de Consulta

Varón de 7 años. Muy movido e impulsivo. Petición desde el colegio

Primera Entrevista  
Anamnesis y FR

Positiva para TDAH

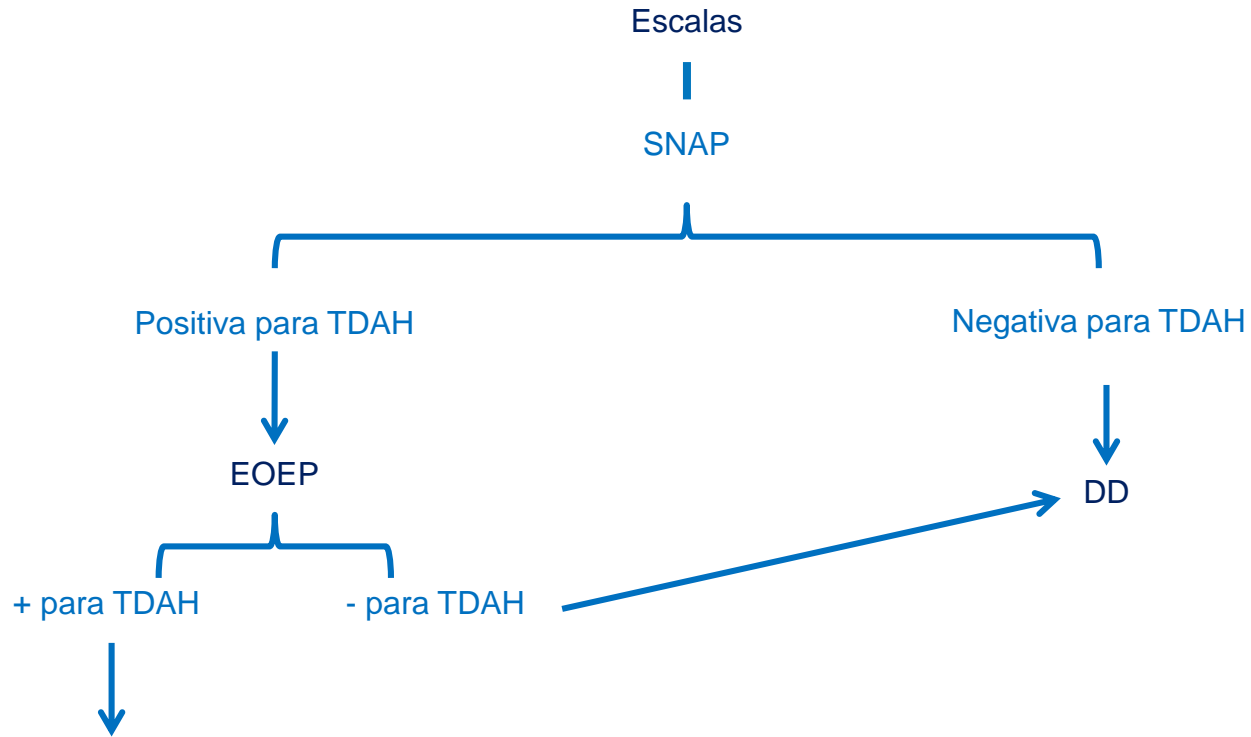
Negativa para TDAH

Escalas

DD



# CASO CLINICO



# CASO CLINICO

+ para TDAH



Tto  
Multimodal  
Familia, Colegio, Menor  
Farmacológico



MTF li

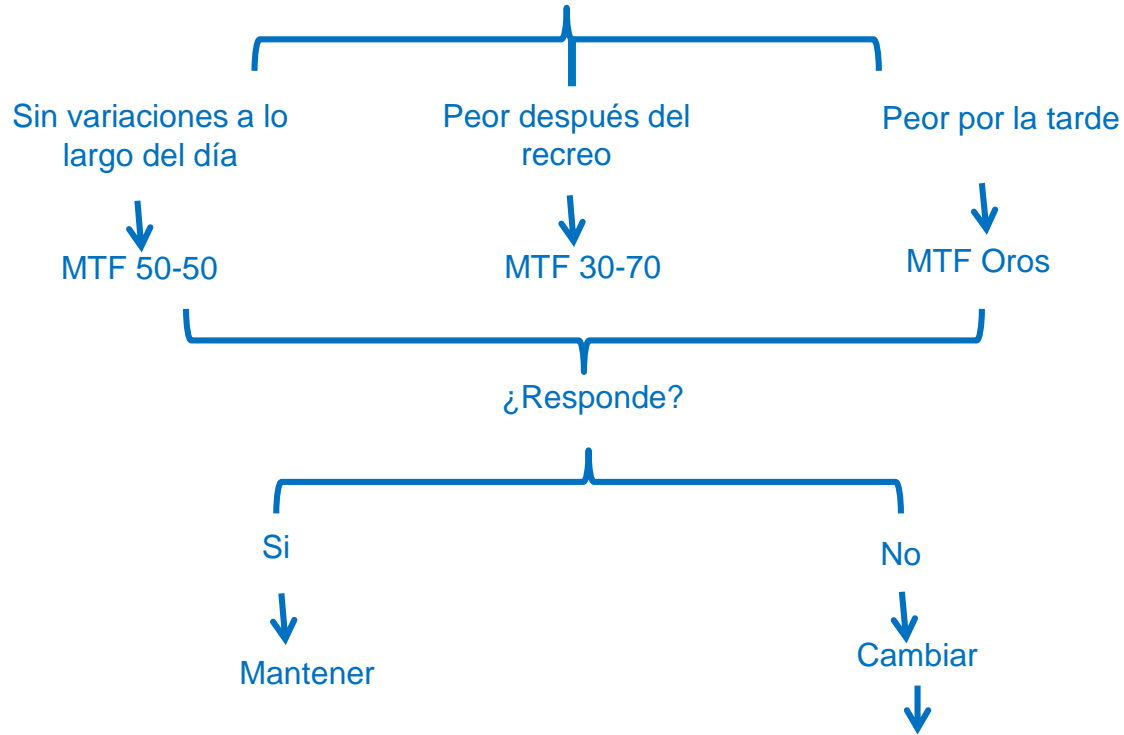


Ajuste de dosis

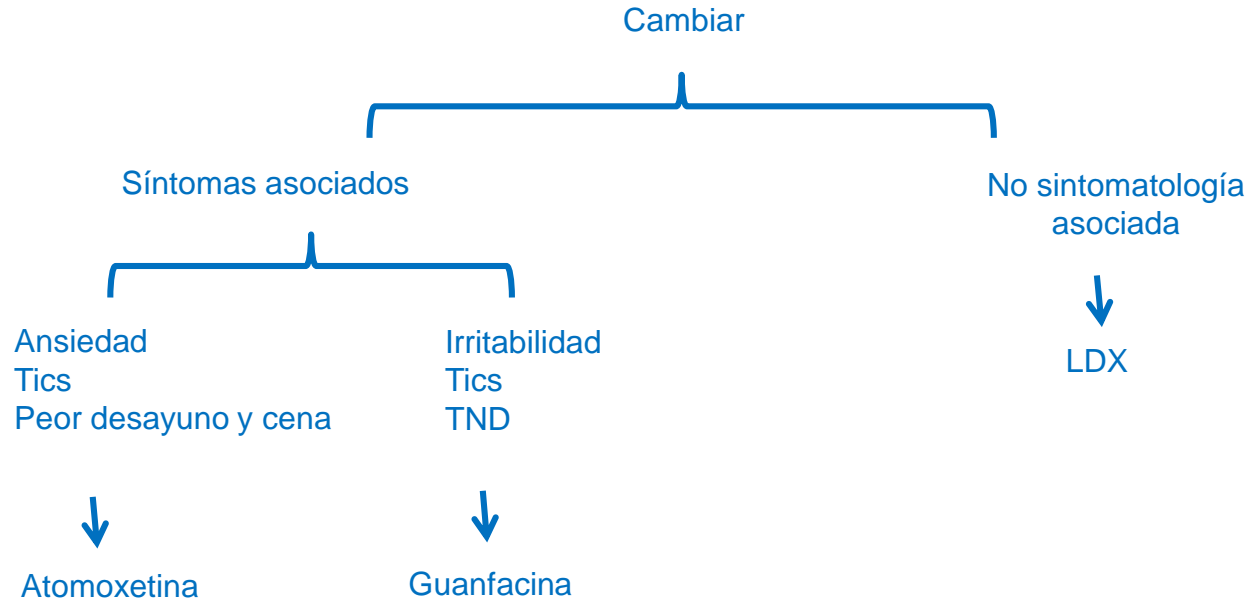


# CASO CLINICO

Ajuste de dosis



# CASO CLINICO



# Ideas para llevarse a casa

1. Tiene una historia muy corta pero una larga trayectoria
2. Prevalencia del 5%
3. Evolución natural: menos hiperactividad pero secuelas en 30-70%
4. Etiología multifactorial
5. Varias áreas implicadas: CPF, GGBB, Tálamo, Cerebelo. DA y NA
6. Triada sintomática: déficit de atención, hiperactividad, impulsividad
7. No tiene marcador biológico
8. El diagnóstico es clínico
9. El mejor tratamiento es multimodal
10. Dos líneas de fármacos: estimulantes y no estimulantes





MUCHAS GRACIAS

