

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

P.J. Rodríguez Hernández*, C. Delgado Torres**, J. González Benito***

*Pediatra. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife
**Médico Residente en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.
***Médico Residente en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife



Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas de salud más prevalentes en la edad pediátrica. Los síntomas nucleares son el déficit de atención y/o impulsividad y/o hiperactividad. La expresión clínica de los mencionados síntomas nucleares presenta implicaciones sociales, personales y familiares. Es frecuente la comorbilidad con trastornos del comportamiento (trastorno oposicionista desafiante o trastorno de conducta) y con trastornos internalizantes (ansiedad y/o depresión). El diagnóstico depende de manera importante de la información aportada por padres y profesores. No existen pruebas de laboratorio para realizar el diagnóstico de TDAH. El tratamiento de elección es multidisciplinar (farmacológico y no farmacológico). La medicación constituye un apartado importante dentro de las estrategias terapéuticas del TDAH. El objetivo de este artículo de revisión es proporcionar evidencia relacionada con las bases teóricas y prácticas, para una adecuada aproximación al TDAH.

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent health problems in childhood. The main symptoms are attention disorder and/or impulsivity and/or hyperactivity. The clinical expression of the symptoms is social, personal and family disruption. Comorbidity with disruptive disorders (oppositional defiant disorder or conduct disorder) and internalizing disorders (anxiety and/or depression) are common. Diagnosis heavily depends on parent and teacher reports, and no laboratory tests reliably predict ADHD. Multidisciplinary treatment is required (pharmacological and non-pharmacological treatment). Medication is an important element of therapeutic strategies for ADHD. The aim of this review is to provide evidence concerning the theoretical and practical bases for an approach of ADHD.

Palabras clave: Infancia; Salud mental; Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Key words: *Childhood; Mental health; Attention Deficit Hyperactivity Disorder.*

OBJETIVOS

- Mejorar la detección precoz del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Conocer los criterios diagnósticos del TDAH establecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Establecer una aproximación terapéutica eficiente para cada paciente concreto, basada en los niveles de evidencia científica.
- Determinar las variables que influyen en la expresividad clínica para decidir el mejor tratamiento farmacológico y no farmacológico a utilizar.
- Conocer los efectos secundarios más importantes de cada psicofármaco utilizado en el TDAH.

Autor de correspondencia: pedrojavierrodriguezherandez@yahoo.es

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se expresa de manera similar en la infancia, adolescencia y edad adulta.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo con importante base genética. Su prevalencia es muy elevada y está considerado como el trastorno neurobiológico más frecuente en la edad pediátrica. La sintomatología nuclear comprende dificultades en tres áreas (déficit de atención, hipercinesia e impulsividad). De la combinación de esas dificultades surgen los tres subtipos según la presencia o no de todos los síntomas. La comorbilidad es muy frecuente, tanto de trastornos externalizantes como internalizantes. En un alto porcentaje de los pacientes con TDAH, también se cumplen los criterios diagnósticos para establecer el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante o trastorno de conducta.

Entre los trastornos internalizantes, los más frecuentes son los trastornos de ansiedad y del ánimo. A medio y largo plazo, la ausencia de una intervención adecuada incrementa la probabilidad de tener problemas con la justicia, consumo de tóxicos, problemas en el rendimiento o laborales, necesidad de intervención de servicios sociales, etc⁽¹⁾.

El diagnóstico es clínico, tomando como referencia los criterios diagnósticos de alguna de las clasificaciones internacionales de enfermedades. La más utilizada es la clasificación denominada Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, de sus siglas en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), en su 5ª edición. No existen test o exámenes complementarios que permitan establecer una aproximación diagnóstica. Algunas herramientas e instrumentos de evaluación, principalmente test neuropsicológicos, pueden ayudar en el proceso.

Es importante conocer los factores de riesgo y vulnerabilidad para establecer el diagnóstico de manera precoz y que se comience el tratamiento lo antes posible.

El tratamiento debe ser multimodal, con intervención en todas las áreas de desarrollo del paciente: personal, familiar, escolar... Y se deben combinar las estrategias farmacológicas (principalmente psicoestimulantes) y no farmacológicas.

Prevalencia

La prevalencia del TDAH es muy elevada.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la población infantil y juvenil, con tasas de prevalencia que varían significativamente entre las distintas regiones y estudios. A nivel mundial, la prevalencia del TDAH se estima aproximadamente en un 5 %, variando ampliamente entre el 2 % y el 18 %, dependiendo de factores, como los criterios de diagnóstico, la metodología y la población estudiada⁽²⁾.

Un metaanálisis realizado en 2023 para investigar la prevalencia de TDAH en niños y adolescentes determinó una prevalencia del 7,6 % en niños entre 3 y 12 años y del 5,6 % en adolescentes de 12 a 18 años⁽³⁾. La disminución en la prevalencia durante la adolescencia se debe a una menor intensidad en los síntomas de hiperactividad e impulsividad con la

edad, aunque el déficit de atención se mantiene.

En cuanto a la situación en España, la prevalencia del TDAH en población infantil y juvenil también se alinea con el promedio global, aproximadamente un 6,8 %, según un estudio realizado por Catalá-López y cols.⁽⁴⁾.

La distribución del TDAH por sexos también muestra diferencias, con una proporción aproximadamente de 2 a 3 niños diagnosticados por cada niña⁽²⁾. Este sesgo se debe en parte a que los síntomas del TDAH suelen manifestarse de manera más prominente en los niños, quienes tienden a exhibir comportamientos más visibles, como la hiperactividad y la impulsividad. En contraste, las niñas a menudo presentan síntomas menos evidentes, como problemas de atención o conductas más sutiles, lo que puede llevar a un infradiagnóstico en este grupo.

Etiopatogenia

La patogenia del TDAH es multifactorial.

El TDAH se caracteriza por una etiopatogenia compleja y multifactorial que involucra diversas variables. Los avances recientes en estudios genéticos, neuroimagen y análisis de factores ambientales han permitido una mayor comprensión de los mecanismos subyacentes a este trastorno⁽⁵⁾. Tal como ilustran los estudios de neuroimagen, los estudios en animales y la respuesta a fármacos con actividad sobre los neurotransmisores, el desequilibrio genético del metabolismo de las catecolaminas en la corteza cerebral parece desempeñar un papel principal. Sin embargo, diversos factores ambientales pueden desempeñar un papel secundario.

- Factores genéticos: estudios genéticos recientes confirman que el TDAH tiene una heredabilidad alta (superior al 70 %), lo que lo sitúa como uno de los trastornos psiquiátricos con mayor componente genético. El aumento de riesgo de TDAH en familiares de primer grado de pacientes con TDAH y estudios en gemelos de diferentes regiones respaldan el papel del componente genético en este trastorno. Además, estudios del genoma han identificado múltiples *loci* genéticos asociados al riesgo de desarrollar TDAH, incluyendo varia-

ciones en genes relacionados con el metabolismo de neurotransmisores, como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Uno de los genes más estudiado es el relacionado con el *DRD4* y el *DAT1*, que codifican el receptor dopaminérgico y el transportador de dopamina. Además, existe una influencia genética común entre los síntomas del TDAH y el trastorno del espectro autista (TEA), lo que sugiere la implicación de vías biológicas similares⁽⁶⁾.

- Estudios de neuroanatomía: han encontrado diferencias estructurales y funcionales en las regiones prefrontales y de los ganglios basales de niños con TDAH; particularmente, muestran una reducción en el volumen cerebral y en el grosor cortical. La activación de estas áreas está mediada por la administración de metilfenidato⁽⁷⁾. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que el TDAH se caracteriza por una función frontoestriatal anormal y que el metilfenidato afecta la activación de manera diferente en el TDAH que en los niños sanos.
- Pruebas neuropsicológicas: sugieren que los pacientes con TDAH presentan un déficit de las funciones ejecutivas (procesos involucrados en la planificación, incluido el razonamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo) y/o dificultades con la inhibición de las respuestas. Estos hallazgos son consistentes con los estudios de neuroimagen.
- Factores ambientales: la interacción entre factores genéticos y ambientales sugiere que los factores ambientales pueden modular el riesgo genético y amplificar la susceptibilidad genética al TDAH. Existen diversos factores de exposición prenatal y perinatal, como el bajo peso al nacer, la prematuridad, la exposición prenatal al tabaco (muy importante) y al alcohol, así como la diabetes gestacional y las infecciones maternas, que se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar este trastorno. Asimismo, la exposición a metales pesados, como el plomo, y a pesticidas se ha relacionado con un aumento del riesgo. Entre los factores psicosociales y de estilo de vida, destacan el estrés familiar, eventos traumáticos tempranos y las condiciones socioeconómicas des-

favorables, como factores relacionados con el TDAH. Por otro lado, se han estudiado aditivos alimentarios, consumo de azúcar refinado, sensibilidad alimentaria, diversas deficiencias de ácidos grasos, de hierro y zinc. Sin embargo, la influencia de la dieta en el desarrollo del TDAH es controvertida y, en la actualidad, no existe evidencia suficiente para concluir que dichos factores tengan un efecto causal directo⁽⁸⁾.

Clínica

La clínica nuclear del TDAH se caracteriza por el déficit en la atención mantenida, pudiendo estar acompañada de distintos grados de hiperactividad e impulsividad.

La sintomatología fundamental hace referencia a 3 aspectos: la atención, la hiperactividad o hipercinesia y la impulsividad. Sin embargo, la elevada comorbilidad y la repercusión de los síntomas y comorbilidad en todas las áreas del desarrollo (social, familiar, académica o emocional) puede añadir mucha complejidad al análisis clínico de la situación.

Con respecto a la tríada sintomatológica, sus características son las siguientes:

- **Déficit de atención:** se cometen errores por no atender a detalles o a instrucciones. Existen dificultades en la organización de actividades. La persona inatenta parece que no escucha cuando le hablas. Se distraen con estímulos externos. Pierden cosas o se olvidan de actividades y presentan dificultad para realizar cometidos que requieren un esfuerzo mental mantenido.
- **Hiperactividad:** incapacidad para estar tranquilo, retorciéndose o moviendo manos o pies. Hablar mucho. Corretear, trepar en situaciones no apropiadas y parecer que tiene una activación motora elevada constantemente.
- **Impulsividad:** levantarse en situaciones en donde tendría que estar sentado. Responder antes de terminar la pregunta. Interrumpir y meterse en los asuntos de los demás o no ser capaz de esperar su turno.

La sintomatología nuclear establece las dificultades en mantener la atención, la conducta hiperkinética y el nivel de impulsividad. Según la presencia de esos tres síntomas, se establecen 3 subtipos:

- **TDAH de presentación predominante con falta de atención:** cuando está afectada la atención y los demás síntomas son menos intensos.
- **TDAH de presentación predominante hiperactiva-impulsiva:** cuando los síntomas principales son la hiperactividad y la impulsividad.
- **TDAH de presentación combinada:** cuando se encuentran presentes los 3 síntomas.

Según el nivel o intensidad de los 3 síntomas definitorios, se pueden generar condiciones psicológicas que acompañan al cuadro clínico. Algunas de ellas son:

- **Afectación de las funciones ejecutivas:** disminución de la flexibilidad cognitiva (que, entre otras habilidades restringidas en los pacientes con TDAH, depende de la atención dividida y la memoria de trabajo); dificultad en el establecimiento de metas (debido a la baja capacidad de planificación y organización estratégica típica del TDAH); y alteraciones en el procesamiento de la información (debido a una menor fluidez y velocidad de procesamiento en pacientes TDAH que en individuos sanos)⁽⁹⁾.
- **Alteraciones emocionales:** la falta de experiencia de éxito junto con las correcciones y castigos de familia o profesores merman la autoestima. Existe dificultad para la regulación afectiva y aumenta la irritabilidad, haciendo que sea más fácil la aparición de trastornos de las emociones.
- **Disminución del rendimiento académico:** el déficit de atención interfiere en la adquisición de conocimientos y, por lo tanto, en el rendimiento académico, siendo fuente de retraso escolar.
- **Problemas en la socialización:** la hiperactividad-impulsividad compromete el adecuado cumplimiento de las normas de convivencia, generando conflictos frecuentes tanto con iguales como con figuras de autoridad. Existe aislamiento social que empeora la regulación emocional. El deterioro en la relación con compañeros, profesores y familia puede ser significativo.
- **Problemas de conducta:** La elevada impulsividad e hiperactividad, matizada por la labilidad emocional e irritabilidad, produce comportamientos que abarcan desde negativismo y desafío hasta agresividad verbal y física y delincuencia manifiesta⁽¹⁰⁾.

La suma e interacción de estas condiciones se combina con factores contextuales: entorno académico, familiar o actividades de la vida diaria, generando un patrón sintomatológico casi único en cada paciente. También influye el sexo, aceptándose que los niños son más proclives a los problemas de comportamiento y conductas disruptivas y acuden antes a los profesionales, con lo que tienen acceso precoz a los tratamientos.

Además, la evolución temporal, atendiendo a los resultados de la maduración y del neurodesarrollo o del tipo de tratamiento, puede modificar las características clínicas. En general, la evidencia científica indica que la impulsividad y la hiperactividad suelen manifestarse entre los 3 y los 4 años y mejoran con el tiempo, habitualmente en la adolescencia tardía. Las dificultades en la atención se manifiestan con más intensidad a partir de los 5-7 años, coincidiendo con el inicio de la etapa de escolarización en educación primaria. En el transcurso de la adolescencia, esa falta de atención se va combinando con una mayor disfunción ejecutiva, como la capacidad de organización y planificación, estructuración de los tiempos o el establecimiento de prioridades.

Aunque el TDAH se consideraba una entidad propia de edades pediátricas, el cuadro clínico persiste en uno de cada tres pacientes diagnosticados en la niñez. Probablemente, la neuromaduración y la experiencia ayudan a modular la expresión e intensidad de los síntomas. Los pacientes pertenecientes a familias con varios individuos afectados de TDAH tienen mayor riesgo de continuar presentando sintomatología en la edad adulta. Entre los predictores de continuidad del TDAH en el adulto se encuentran el estrés por elevada exigencia, la baja adaptación y el humor negativo. La memoria de trabajo o la capacidad de inhibición no se comportan como factores predictores de continuidad.

Comorbilidad

Más del 70 % de los pacientes con diagnóstico de TDAH sufren otros trastornos comórbidos.

Los trastornos comórbidos más frecuentes son: trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno de

conducta y trastornos de aprendizaje. También es elevada la comorbilidad con los trastornos del sueño, consumo de sustancias y otros trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista⁽¹¹⁾.

Estos problemas pueden tener una expresividad clínica mayor que el propio TDAH y condicionan la presentación clínica, el pronóstico y el tratamiento.

Las principales entidades con las que hay que realizar el diagnóstico diferencial son:

- Trastornos de la conducta. El TDAH se ha relacionado con la presencia de trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno disocial (TD). Según las series, la comorbilidad se presenta entre el 40 % y 60 % de las ocasiones⁽¹²⁾.
- Trastornos del aprendizaje. Pueden coexistir hasta en más del 30 % de las ocasiones. Entre los trastornos del aprendizaje, los más frecuentes son los de la lecto-escritura, con déficit en la comprensión y/o expresión (que no descarta el diagnóstico de TDAH ni la posibilidad de utilizar un tratamiento farmacológico para mejorar los síntomas de este último). Otros trastornos frecuentes son los problemas en las matemáticas y, en especial, las operaciones que comprenden métodos de cómputo.
- Trastornos de ansiedad. La comorbilidad se presenta en un 8-30 %.
- Trastornos del estado de ánimo: la comorbilidad con la depresión se sitúa entre el 4 % y el 30 %.
- Otros problemas. En este apartado se incluyen otros trastornos del neurodesarrollo, neurológicos o somáticos. El TDAH está presente en muchos adolescentes con trastorno del espectro autista, complicaciones perinatales, cromosomopatías, trastornos del espectro alcohólico fetal, etc.

Diagnóstico

Los hallazgos clínicos definen el diagnóstico del TDAH.

El diagnóstico del TDAH lo realiza un terapeuta con experiencia clínica en el trastorno. No existen pruebas o análisis complementarios que establezcan o confirmen el diagnóstico.

La valoración clínica incluye una anamnesis completa, observación del

Tabla I. Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por:	
1. Inatención (al menos 6 durante 6 meses, 5 en mayores de 17 años y adultos)	<ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o, por descuido, se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas
2. Hiperactividad-impulsividad (al menos 6 durante 6 meses, 5 en mayores de 17 años y adultos)	<ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" f. Con frecuencia habla excesivamente g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivos-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años	
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos	
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o se reduce la calidad de los mismos	
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental	

paciente y una exploración de los contextos académicos, sociales y familiares. Se debe establecer el diagnóstico diferencial, con especial atención a la presencia de comorbilidad. En caso de existir comorbilidad, el algoritmo terapéutico debe dar prioridad a la sintomatología más disfuncional.

Aunque existen varias clasificaciones con los criterios diagnósticos del TDAH, lo más frecuente es considerar los criterios de la quinta versión del

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Tabla I). En el DSM-5, el TDAH forma parte del grupo de los trastornos del neurodesarrollo. La información para establecer la positividad de los síntomas debe proceder de, al menos, dos informadores. Estos síntomas deben estar presentes antes de los 12 años⁽¹³⁾.

Los exámenes o valoraciones complementarias no sustituyen los resultados de la aproximación clínica, pero pueden

ayudar a delimitar la intensidad de los síntomas. Los principales son:

- Estudios de neuroimagen, neurofisiología, estudios de audición o visión, estudios genéticos o metabólicos: solo se realizarán cuando exista sólida sospecha de base neurológica en la generación de los síntomas o una enfermedad neurológica en situación de comorbilidad.
- Test o cuestionarios: sirven para obtener información directa de los padres y de la escuela. Existen cuestionarios validados en España como, entre otros, la escala de evaluación del TDAH (ADHD-RS) o la escala de Conners de 20 ítems, que, además, permite obtener datos sobre el trastorno de conducta. La obtención de informes abiertos cualitativos también es muy recomendable.
- Evaluación neuropsicológica: no es imprescindible de forma rutinaria, pero resulta de utilidad para conocer el perfil de habilidades y dificultades en el funcionamiento cognitivo, el estilo de aprendizaje y establecer los objetivos de la intervención reeducativa. La presencia de trastornos del aprendizaje es alta, por lo que se hace necesario descartar o confirmar su existencia para obtener un perfil completo del paciente que influirá en un tratamiento adecuado y completo y no solo de los síntomas cardinales del TDAH o de otros cuadros psicopatológicos. Debe valorarse, al menos, el nivel cognitivo y las habilidades en lectura. En la mayoría de los protocolos escolares, se incluye una evaluación neuropsicológica a los alumnos que presentan un diagnóstico de TDAH⁽¹⁴⁾.

Tratamiento

El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes es multimodal y debe tener en cuenta las necesidades psicológicas, conductuales, ocupacionales o educativas del niño y su familia. Incluye estrategias de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Tratamientos no farmacológicos

Las intervenciones no farmacológicas incluyen estrategias para controlar factores ambientales, modificar conductas y proporcionar psicoeducación al paciente y su entorno⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

En el **ámbito escolar**, es fundamental ofrecer un entorno estructurado y predecible, con normas visibles y hábitos de organización. Se recomienda ubicar al alumno cerca del profesor para facilitar la supervisión, reducir distracciones y adaptar la metodología con tiempos adicionales para las tareas y materiales visuales, auditivos o manipulativos. Fomentar actividades como tomar apuntes en su agenda u ordenar su pupitre. Asegurar que el alumno entiende las tareas marcadas, pidiéndole que las repita y apuntarlas en un lugar visible del aula. Además, el uso de refuerzos positivos, como involucrar al alumno en actividades del aula y valorar su esfuerzo, contribuye a mejorar su rendimiento y comportamiento.

Las **técnicas de modificación de conducta** buscan gestionar desencadenantes y consecuencias de las acciones del niño. Se emplean técnicas como: el **refuerzo positivo**, que premia conductas adecuadas fomentando su repetición; la **extinción**, que reduce comportamientos no deseados mediante la retirada de atención a conductas desadaptativas; y la **economía de fichas**, útil en entornos escolares, que motiva con recompensas cuando se cumplen ciertos criterios de conducta, como registrar logros diarios en una libreta y otorgar incentivos semanales. Estas estrategias han demostrado ser más efectivas que los castigos, los cuales deben reservarse solo para situaciones graves.

La **psicoeducación** es clave para mejorar la comprensión del TDAH y optimizar su manejo. Informar a padres, docentes y pacientes sobre el origen neurobiológico del trastorno ayuda a desmontar mitos y evita la percepción errónea de que los síntomas son resultado de pereza o desobediencia. Además, es importante que las familias no se sientan culpables, ya que el desarrollo del TDAH no depende de los estilos de crianza. Iniciar la intervención temprana es fundamental para evitar complicaciones y, actualmente, existen múltiples recursos educativos y asociaciones de apoyo para orientar a las familias y educadores.

Las **terapias de atención plena** (*mindfulness*) han ganado relevancia como una estrategia complementaria en el tratamiento del TDAH. Su práctica ha mostrado beneficios en la mejora de la atención, la reducción de la impulsividad

y la regulación emocional. Al fortalecer las funciones ejecutivas, el *mindfulness* ayuda a desarrollar habilidades, como la planificación, la flexibilidad cognitiva y la autorregulación. También promueve la introspección, reduce el estrés y mejora las relaciones interpersonales, lo que contribuye a un mayor bienestar emocional y social en niños y adolescentes con TDAH.

Tratamiento farmacológico

La mayoría de los protocolos establecen los 6 años como la edad mínima para comenzar el tratamiento farmacológico. No se determina de antemano cuánto tiempo debe durar el tratamiento, sino que debe suspenderse solo cuando no se observe un beneficio clínico en su continuidad. Las interrupciones temporales acordadas entre el paciente, su familia y el médico (“periodos de descanso”) se pueden considerar en situaciones como la aparición de efectos adversos o la evaluación de la tolerancia a la suspensión o reducción del tratamiento. Los medicamentos empleados para el TDAH no generan dependencia ni aumentan el riesgo de consumo de sustancias adictivas. Otros tratamientos como optometría o musicoterapia han mostrado baja o nula eficacia.

Tratamientos psicoestimulantes

Los fármacos de este grupo actúan como simpaticomiméticos, estimulantes del sistema nervioso, ya que actúan sobre los receptores adrenérgicos presinápticos de dopamina y noradrenalina, inhibiendo su recaptación. En dosis bajas, estos compuestos favorecen el estado de alerta y mejoran la concentración. Los efectos adversos más frecuentes son el insomnio de conciliación y la disminución del apetito⁽¹⁸⁾.

El **metilfenidato** es un compuesto derivado de la piperidina con una estructura similar a la de las anfetaminas. Se administra por vía oral, se absorbe con rapidez en el tracto gastrointestinal y atraviesa la barrera hematoencefálica con facilidad. Se reserva su uso para niños de edad superior o igual a 6 años, pudiendo considerarse de forma extraordinaria su uso entre los 4-6 años en casos de mayor gravedad con sintomatología limitante que no responde al abordaje psicoterapéutico. Se alcanza respuesta terapéutica en el 70-80 % de los casos tratados con metilfenidato y remisión completa de los

Tabla II. Presentaciones del metilfenidato

Fórmula	Duración	Presentación	Posología
Liberación inmediata	4 horas	Comprimidos de 5, 10 y 20 mg	Dosis inicial de 5 mg una o dos veces al día, desayuno y merienda, incrementando la dosis entre 5-10 mg semanalmente según respuesta y tolerabilidad. Dosis máxima de 60 mg/día
Liberación modificada (inmediata + prolongada)	8 horas	Cápsulas con liberación modificada (inmediata: prolongada) 50:50 de 5, 10, 20, 30, 40, 50 y 60 mg y de liberación 30:70 de 10, 20, 30, 40 y 50 mg	Dosis inicial de 5 mg una o dos veces al día, desayuno y merienda, incrementando la dosis entre 5-10 mg semanalmente según respuesta y tolerabilidad. Dosis máxima de 60 mg/día
Liberación prolongada	12 horas	Comprimidos con liberación prolongada (inmediata: prolongada) 22:78 de 18, 27, 36, 45, 54 mg	Dosis inicial de 18 mg una vez al día en desayuno, incrementando la dosis semanalmente según respuesta y tolerabilidad. Dosis máxima de 54 mg/día

síntomas en el 50-60 %⁽¹⁹⁾. En la tabla II se muestran las presentaciones existentes.

La **lisdexanfetamina** se trata de un profármaco resultado de la combinación mediante enlace covalente del aminoácido lisina y la dexanfetamina, el componente responsable de la actividad farmacológica. Tras su toma vía oral, es absorbido a nivel intestinal y, una vez en el torrente sanguíneo, se disuelve el enlace covalente mediante hidrólisis, liberando la dexanfetamina. La pauta inicial consiste en administración de una dosis única de 30 mg por la mañana; en caso de no respuesta o de respuesta subóptima, se sugiere incremento de dosis a razón de 20 mg semanales, siendo la dosis máxima recomendada de 70 mg/día. En la mayoría de las Comunidades de España, requiere visado por especialista hospitalario.

Tratamiento no psicoestimulante

- **Atomoxetina:** comercializada en cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100 mg. Se trata de un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, con duración de la respuesta de 24 horas. En niños y adolescentes a partir de 6 años y con peso inferior a 70 kg, se recomienda iniciar el tratamiento con 0,5 mg/kg, con una dosis de mantenimiento de 1,2 mg/kg/24 horas. En niños y adolescentes de más de 70 kg

y adultos, dosis inicial de 40 mg/día. La dosis máxima se establece en 100 mg/día⁽²⁰⁾.

- **Guanfacina:** comprimidos de liberación prolongada de 1, 2, 3 y 4 mg que estimula los receptores α -adrenérgicos postsinápticos. Está indicado para el TDAH entre los 6 y los 17 años de edad, cuando los psicoestimulantes y la atomoxetina no se puedan utilizar por efectos secundarios o mala tolerancia, no sean adecuados o hayan sido ineficaces. La dosis inicial es de 1 mg en dosis única matutina y se va incrementando en 1 mg a la semana hasta un máximo de 4 mg en menores de 12 años y 7 mg entre 12 y 18 años. Puede provocar hipotensión, bradicardia, somnolencia, sedación y prolongación del Q-T. Requiere visado por especialista hospitalario.

Adyuvantes terapéuticos

El **neurofeedback** es una de las estrategias con mayor respaldo científico en el tratamiento del TDAH. Consiste en un entrenamiento que ayuda a regular las ondas cerebrales mediante tecnología electroencefalográfica. Los estudios han mostrado que las personas con TDAH presentan una disminución de las ondas alfa (relajación) y beta (atención

enfocada), junto con un aumento de las ondas theta (asociadas a somnolencia). Para corregir estas alteraciones, se han desarrollado protocolos de **neurofeedback** basados en la regulación de la relación theta/beta, el aumento del ritmo sensoriomotor y la modulación de los potenciales corticales lentos.

Además, la alimentación juega un papel clave en la evolución del TDAH. Una dieta poco saludable puede agravar los síntomas, mientras que una alimentación equilibrada actúa como factor protector. Se ha observado que niveles alterados de nutrientes, como vitamina D, hierro, zinc y ácidos grasos poliinsaturados, pueden influir en el trastorno. En particular, la suplementación con omega 3 plantea beneficios en la regulación del comportamiento, la atención y el rendimiento académico. Aunque se necesita más investigación, su uso podría ser un complemento útil en el tratamiento del TDAH, especialmente en combinación con la terapia farmacológica y conductual.

Función del pediatra de Atención Primaria

Entre las funciones a destacar, se encuentran las siguientes:

- Realizar la formación y capacitación necesaria para atender los casos de TDAH, de acuerdo con las posibilidades de la consulta.
- Poder informar y aconsejar, dentro de un programa adecuado de psicoeducación, a familias, pacientes o educadores.
- Utilizar instrumentos de evaluación para ayudar en la valoración clínica y diagnóstica.
- Desarrollar un programa de tratamiento multimodal que incluya el tratamiento no farmacológico y farmacológico.
- Conocer las principales moléculas utilizadas en el tratamiento farmacológico, indicaciones y efectos secundarios.
- Coordinar a todos los profesionales que participan en el tratamiento.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del presente manuscrito ni fuente de financiación.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

1. Mak ADP, Lee S, Sampson NA, Albor Y, Alonso J, Auerbach RP, et al. ADHD Comorbidity Structure and Impairment: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project (WMH-ICS). *J Atten Disord*. 2022; 26: 1078-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10870547211057275>.
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>.
3. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023; 49: 48. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>.
4. Catalá-López F, Peiró S, Ridoa M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 168. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>.
- 5.** Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019; 24: 562-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>.
6. Seidman L. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev*. 2006; 4: 466-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.004>.
7. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54: 3-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>.
8. Froehlich T, Anixt J, Loe I, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman R. Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Rep*. 2011; 13: 333-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0221-3>.
9. Loyer M, Demers M, Bigras M, Guay M. Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *J Atten Disord*. 2021; 25: 1640-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>.
10. Vold JH, Halmøy A, Chalabianloo F. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and their relation to diagnosed ADHD, sociodemographic characteristics, and substance use among patients receiving opioid agonist therapy: a Norwegian cohort study. *BMC Psychiatry*. 2023; 23: 479. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04980-w>.
11. Pírez-Mora G, Herrera-Rodríguez J, Alemán-Gutiérrez M. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno del Espectro Autista: análisis del grado de coincidencia diagnóstica entre los centros de salud y las unidades de salud mental infanto-juveniles. *Rev Psiquiatría Infanto-juvenil*. 2024; 41: 13-22. Disponible en: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n3a3>.
12. Zhu Y, Liu L, Yang D. Cognitive control and emotional response in attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity with disruptive, impulse-control, and conduct disorders. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 23. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03221-2>.
13. Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr*. 2020; 9: S104-S13. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08>.
14. Peterson BS, Trampush J, Brown M, Maglione M, Bolshakova M, Rozelle M, et al. Tools for the Diagnosis of ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2024; 153: e2024065854. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2024-065854>.
15. Margherio SM, Evans SW, DuPaul GJ, Allan DM, Owens JS. Effects of Compliance to a Training Intervention for High School Students with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2023; 53: 429-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2292030>.
16. Hornstra R, Groenman AP, van der Oord S, Luman M, Dekkers TJ, van der Veen-Mulders L, et al. Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? – a meta-regression analysis on child behavioral outcomes. *Child Adolesc Ment Health*. 2023; 28: 258-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/camh.12561>.
17. Dentz A, Martin Solch C, Fahim C, Torsello A, Parent V, Ponsioen A, et al. Non-pharmacological treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. *L'Encéphale*. 2024; 50: 309-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.04.010>.
18. Marquet-Doléac J, Biotteau M, Chaix Y. Behavioral Parent Training for School-Aged Children with ADHD: A Systematic Review of Randomized Control Trials. *J Atten Disord*. 2024; 28: 377-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10870547231211595>.
19. Fuster Nacher E, Pardo Corral M. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Acta Farma Terap*. 2021; 19: 178-81. Disponible en: <https://www.socesfar.es/wp-content/uploads/2022/01/AFTV19N3-06B-Revisiones-en-farmacoterapia.pdf>.
20. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & therapeutics*. 2022; 230: 107940. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>.
21. Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2020; 6: 316-24. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2020-09/trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-en-la-infancia-y-adolescencia/>.

Bibliografía recomendada

- Mardomingo MJ. *Abordar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la práctica clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- Manual de referencia sobre el TDAH, con información práctica. Incluye las referencias criteriosales del DSM-5 y referencias prácticas sobre el diagnóstico, evaluación y tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Rodríguez Hernández PJ (Coord). *TDAH en Pediatría*. inScienceCommunications. Madrid. 2013.
- Manual breve sobre el TDAH. La importancia radica en que está dirigido especialmente a su consulta por el pediatra.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, con especial mención a las recomendaciones basadas en la evidencia científica. Incluye recomendaciones para profesionales y pacientes.
- Fernández M. *El TDAH y los trastornos del neurodesarrollo. Un viaje de las sombras a la luz en unos cuantos capítulos*. Jaén: Editorial Formación Alcalá; 2018.
- Este libro, de fácil y amena lectura, se centra en aspectos interesantes del TDAH, como el motivo por el que es una prioridad sanitaria y educativa, el debate sobre las controversias que presenta o sus causas.
- Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 128: 789-818. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>.
- Importante artículo, que recoge las principales conclusiones sobre el TDAH, a partir de un informe realizado por la federación mundial de TDAH.

Caso clínico

Antonio es un paciente de 6 años, conocido por su Pediatra de Atención Primaria (PAP) desde el nacimiento. Entre sus antecedentes personales y familiares, destaca ser hijo único de una pareja sin historia de enfermedades destacables, ambos progenitores de 41 años. Madre fumadora de 2-3 cigarrillos al día durante todo el embarazo. Antonio está diagnosticado de asma moderada según la valoración global de la gravedad de la crisis, integrando el *Pulmonary Score* y la saturación de oxígeno por oximetría de pulso. También es alérgico a ácaros y pelo de varios animales. No existen otros antecedentes perinatales, personales o familiares.

La PAP ha estado analizando el comportamiento de Antonio desde los 2 años. En ese momento, los padres señalan que es un niño "intenso", con cierta tendencia al oposicionismo en el momento de dormir y comer. En ocasiones, presenta rabietas intensas de escasa duración, pero frecuentes. Durante los siguientes años, las rabietas y el negativismo disminuyen lenta y progresivamente, pero su comportamiento se describe como: "va como una moto", "parece que no piensa cuando hace algo", "es muy ruidoso cuando juega, cuando come, cuando está en compañía de otros niños...", "cuando lo llamas, no responde, parece que está en su mundo". A pesar de este comportamiento, no existen dificultades importantes que no se puedan resolver en el colegio o en casa.

Pero todo cambia desde que comienza la escolarización en el primer curso de Primaria. Después de 6 meses de clase, los padres definen el periodo, como "un infierno". Desde el colegio hay quejas prácticamente diarias. El Equipo de Orientación ha hecho un informe que describe la existencia de elevada impulsividad que crea interferencia en la relación con el grupo de iguales (peleas, molesta a otros, grita a los compañeros... y ocurre en el aula y fuera de ella, especialmente en los descansos) y con el aprendizaje (se levanta con frecuencia en clase, se revuelve en el asiento y parece que no conoce el descanso...). Además, se observa elevada dificultad para

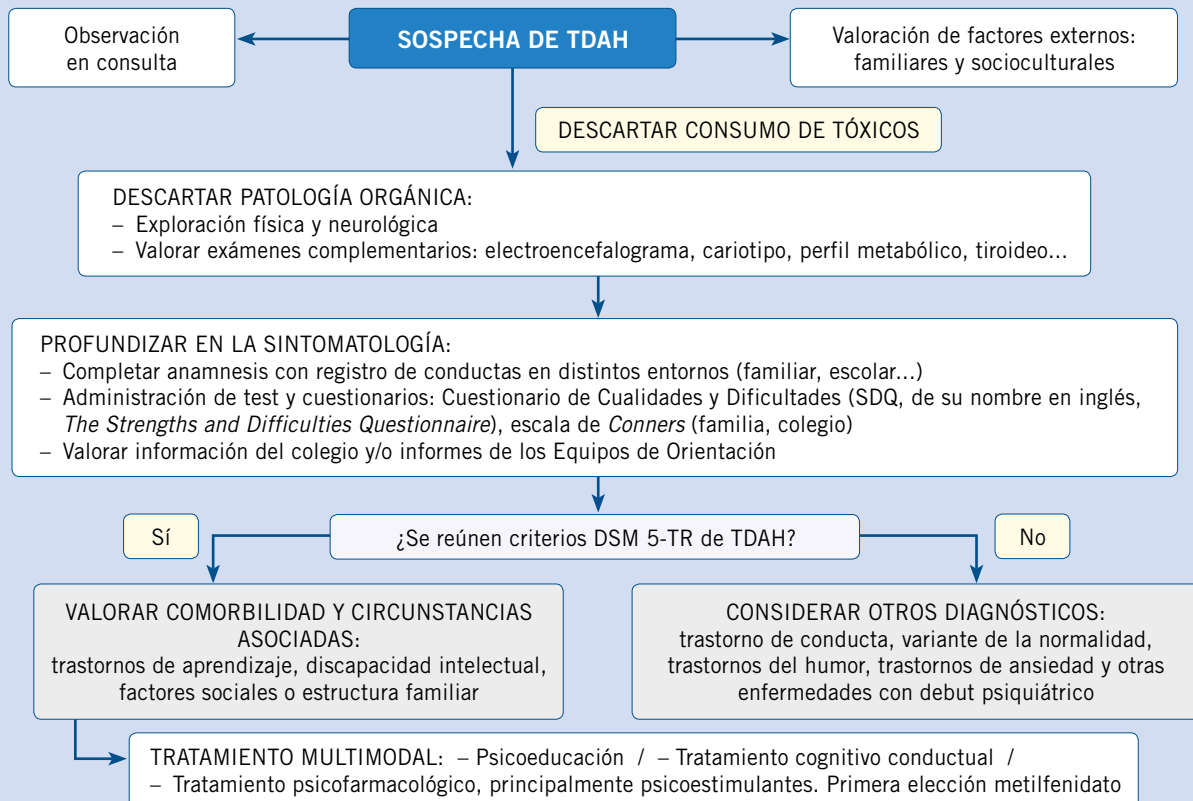
mantener la atención y su nivel de aprendizaje se ve afectado por este motivo. El informe incluye una prueba de inteligencia, que es normal, una prueba de atención denominada D2, que concluye que existe déficit importante en la atención, y un listado de síntomas observados en clase, compatible con sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), combinado.

La PAP comenta a sus padres, que están muy preocupados, la elevada sospecha que siempre ha tenido sobre la existencia de este diagnóstico. Afirma que, con los últimos datos, el diagnóstico está claro. Propone a los padres realizar una nota con el diagnóstico de TDAH combinado para que lo lleven al colegio y se comiencen a aplicar las medidas psicoeducativas que sean de utilidad. Comenta que algunas de ellas son: que esté sentado cerca de la profesora, que esté libre de distracciones o que se reconduzcan sus interrupciones sin presión discriminatoria. Teóricamente, el Equipo de Orientación tiene conocimiento sobre todas estas medidas. Además, plantea iniciar tratamiento con un fármaco psicoestimulante.

Los padres de Antonio se alarman por la indicación de iniciar un tratamiento farmacológico y preguntan si no es necesario realizar pruebas neurológicas o de otro tipo para asegurar el diagnóstico. Además, comentan que no están de acuerdo con usar un tratamiento farmacológico sin "probar" otros métodos como terapia psicológica.

La PAP les informa sobre la adecuación de intervención psicológica, psicopedagógica y las distintas opciones que existen (remitir a la Unidad de Salud Mental de zona, en donde hay mucha lista de espera y visitas muy espaciadas, acudir a un gabinete privado o a una asociación de familias de pacientes con TDAH, preguntar por las becas que existen y que se tramitan a través del colegio, etc.), pero insiste en que esas medidas son complementarias al tratamiento farmacológico, debido a la intensidad de los síntomas y a la robustez del diagnóstico que ha establecido: TDAH combinado.

Algoritmo de manejo clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

9. Señale la respuesta CORRECTA en relación con la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):

- El TDAH es más prevalente en niñas, debido a que expresan los síntomas con más intensidad.
- Según los estudios existentes, la prevalencia se encuentra por debajo del 1 %.
- Los resultados de los estudios realizados en España indican que su prevalencia no se corresponde con la prevalencia encontrada en otros países, debido a la dieta mediterránea.
- La prevalencia del TDAH se encuentra sobre el 30 %.
- El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la población infantil y juvenil.

10. Señale la respuesta CORRECTA sobre la etiopatogenia del TDAH:

- La influencia genética es despreciable, ya que se trata de un trastorno con muy baja heredabilidad.
- Existen diferencias estructurales y funcionales entre los cerebros de los pacientes afectados de TDAH y los controles sin dicho trastorno.
- Después de muchos estudios neuropsicológicos, se ha descartado la existencia de alteración

de las funciones ejecutivas en los pacientes con TDAH.

- El hábito tabáquico en mujeres gestantes disminuye de manera significativa el riesgo de que la descendencia presente un TDAH.
- Los factores ambientales no tienen influencia, ya que se trata de un trastorno exclusivamente genético.

11. Sobre la clínica y diagnóstico del TDAH, señale la respuesta CORRECTA:

- El TDAH de presentación predominante hiperactiva-impulsiva es cuando los síntomas principales son el déficit de atención.
- El TDAH de presentación combinada es cuando se encuentran presentes los 3 síntomas.
- Para el diagnóstico es preciso que algún test puntúe positivo para el TDAH.
- Es imprescindible realizar un EEG para valorar la capacidad de carga eléctrica en el paciente.
- El diagnóstico se realiza según los criterios que existen en las clasificaciones de enfermedades. La más utilizada es la TDAH clasificación de enfermedad.

12. En el tratamiento no farmacológico del TDAH, señale la respuesta CORRECTA:

- Las técnicas de modificación de conducta son útiles para el tratamiento no farmacológico del TDAH.

- En clase, el alumno tiene que estar lo más alejado posible del profesor para que no se vea perturbado por sus gritos.
- En los exámenes, el alumno con TDAH tiene que tener menos tiempo para que no revise el examen y se confunda.
- La psicoeducación no debe realizarse con las familias de pacientes con TDAH para no etiquetarlos.
- La psicoeducación consiste en dar más tiempo en los exámenes a los alumnos conflictivos para que se "psicoeduquen".

13. El tratamiento farmacológico del TDAH está indicado en la siguiente situación; señale la respuesta CORRECTA:

- Solo cuando no se realiza tratamiento psicológico, ya que ambos tratamientos interfieren.
- Cuando ya se han terminado todas las demás estrategias (tratamiento no farmacológico), han pasado 3 años y el paciente no mejora.
- Después de descartar la existencia de comorbilidad con trastornos del comportamiento, ya que el tratamiento farmacológico lo puede empeorar.
- Desde que el paciente cumpla 18 años, ya que no está demostrado que sea efectivo por debajo de esa edad.
- Dentro de un programa multimodal de tratamiento que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Caso clínico

14. Sobre los factores de riesgo para desarrollar TDAH, referidos en la historia clínica, señale la respuesta CORRECTA:

- El principal factor de riesgo es el tabaquismo durante el embarazo.
- El ser hijo único supera ampliamente al resto de los antecedentes como factor de riesgo.
- La elevada edad de los padres es el principal factor de riesgo.
- El principal factor de riesgo es el tener asma.
- El principal factor de riesgo es la alergia que presenta.

15. En relación con el diagnóstico que establece la pediatra de Atención Primaria en la historia clínica que se ha expuesto, señale la respuesta CORRECTA:

- Para realizar el diagnóstico, previamente hay que realizar pruebas neurológicas para descartar otras patologías.
- El diagnóstico es correcto, ya que la expresión sintomatológica se corresponde con los criterios establecidos.
- El diagnóstico es incorrecto. Solo existen problemas de conducta y no reúne los criterios para diagnosticarlo de TDAH.
- El diagnóstico podría ser correcto si se complementa con un amplio estudio psicológico que lo corrobore.
- Para que el diagnóstico sea correcto, se debería esperar hasta los 10 años, ya que los síntomas que presenta pueden ser producidos por inmadurez.

16. Sobre la actitud terapéutica indicada por la pediatra de Atención

Primaria en la historia clínica, señale la respuesta CORRECTA:

- Debería esperar unos años antes de iniciar tratamiento farmacológico, ya que el niño es muy pequeño.
- Antes de iniciar tratamiento farmacológico, es obligatorio iniciar tratamiento psicológico y esperar 1 año para ver su efectividad. En ese momento, si la evolución no ha sido buena, se puede indicar el tratamiento farmacológico.
- La indicación es correcta.
- Los pediatras de Atención Primaria no pueden indicar un tratamiento farmacológico para el TDAH. Hay que derivar al paciente a una Unidad especializada en estos trastornos.
- El tratamiento psicológico y farmacológico no se deben indicar a la vez, ya que no se sabría cuál está teniendo efectividad sobre la sintomatología.



Aniversario

Pediatría Integral



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".