



LO QUE SABEMOS

El manejo de la medicación en niños y adolescentes con el TDA/H

Las personas que tienen trastorno por déficit de Atención / hiperactividad (TDA/H) experimentan problemas crónicos de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad a un mayor grado que una persona promedio. Es un trastorno de toda la vida que afecta a niños, adolescentes y adultos.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H) es un trastorno neurobiológico común afectando a entre el cinco y el ocho por ciento de niños en edad escolar^{1,2,3,4,5,6,7} con síntomas que persisten en la adultez en hasta un sesenta por ciento de los casos (es decir, aproximadamente cuatro por ciento de adultos).^{8,9} Aunque durante mucho tiempo se pensó que los niños con TDA/H superan a las niñas en una proporción de aproximadamente 3 a 1, una investigación reciente señala que las cifras reales podrían ser casi iguales.

Aunque parte de la cobertura de los medios pone en duda la validez del diagnóstico del TDA/H, los grupos de profesionales de la medicina, como la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP), la Academia Americana Infantil y del Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) y la Asociación Americana de Medicina (American Medical Association, AMA), han reconocido la evidencia científica contundente de este trastorno. “El TDA/H es uno de los trastornos mejor investigados de la psiquiatría. Los datos generales sobre su validez son mucho más contundentes que los de la mayoría de los trastornos mentales e incluso que

los de muchas afecciones médicas”, según el Consejo de asuntos científicos de la Asociación Americana de Medicina.¹⁰

Se han llevado a cabo múltiples estudios para descubrir la causa de este trastorno. Las causas exactas del TDA/H siguen siendo difíciles de encontrar, pero la investigación señala que al menos tres regiones cerebrales separadas pero interactivas se han relacionado con la afección. La investigación también señala claramente que el TDA/H tiende a ser hereditaria. Más de veinte estudios genéticos han mostrado evidencia de que el trastorno es principalmente una afección heredada y neurológica. El TDA/H es un rasgo complejo, y por eso, como sucede típicamente con los rasgos complejos, es el resultado de diversos genes que interactúan entre sí. Los problemas con la crianza de los hijos y las situaciones de la vida pueden mejorar o empeorar el TDA/H, pero no causan el trastorno.

Sin una identificación precoz y un tratamiento adecuado, el TDA/H puede tener consecuencias graves, como fracaso y abandono escolar, depresión, trastorno de la conducta, fracaso en las relaciones, menor rendimiento en el lugar de trabajo, y abuso de sustancias. Si se trata apropiadamente, los individuos con TDA/H pueden llevar vidas productivas y satisfactorias.

DIAGNÓSTICO DEL TDA/H

Determinar si un niño tiene TDA/H es un proceso que tiene muchos aspectos. Muchos problemas biológicos y psicológicos pueden contribuir a síntomas similares a los exhibidos por los niños con TDA/H. Por ejemplo, la ansiedad, la depresión y ciertos tipos de trastornos del aprendizaje pueden causar síntomas similares.

No existe una prueba única para diagnosticar el TDA/H. Por lo tanto, hace falta una evaluación completa para establecer un diagnóstico, descartar otras causas y determinar la presencia o ausencia de afecciones coexistentes. Una evaluación de ese tipo exige tiempo y esfuerzo, y debe incluir una evaluación clínica del nivel académico, de funcionamiento social y emocional, y de desarrollo del individuo. Se debe obtener un detallado historial por parte de los padres y profesores, así como del niño, cuando sea apropiado. Los profesionales clínicos usan a menudo listas de comprobación para calificar los síntomas del TDA/H y descartar otros trastornos.

Hay varios tipos de profesionales que pueden diagnosticar el TDA/H, entre ellos los psicólogos escolares, los psicólogos privados, los trabajadores sociales clínicos, las enfermeras practicantes, los neurólogos, los psiquiatras, los pediatras, y otros médicos. Independientemente de quién realice la evaluación, se hace necesaria la utilización de los criterios de diagnóstico para el TDA/H del *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés)*. Un examen médico realizado por un profesional de la medicina también es importante, y debe incluir un examen físico completo, que comprenda una evaluación de la audición y la visión para descartar otros problemas médicos que podrían estar causando síntomas parecidos a los del TDA/H. En casos poco comunes, las personas con TDA/H podrían tener una disfunción tiroidea.

TRATAMIENTO PARA EL TDA/H

Es muy importante recibir un tratamiento apropiado para el TDA/H. Podría haber consecuencias negativas muy graves para quienes tienen TDA/H si no reciben un tratamiento adecuado. Estas consecuencias pueden incluir baja autoestima, fracaso académico y social, abuso de sustancias, y un posible aumento en el riesgo de conductas criminales y antisociales.

El tratamiento del TDA/H en los niños exige intervenciones médicas, educativas, conductuales y psicológicas. Este método integral de tratamiento se denomina “multimodal” y consiste en la educación del padre y del niño sobre el diagnóstico y el tratamiento, técnicas de manejo de la conducta, medicación, y apoyo y programación escolar. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades únicas de cada niño y familia.

Las intervenciones conductuales son también un importante componente del tratamiento para los niños con TDA/H. Entre las estrategias importantes se encuentran ser consecuente y usar refuerzos positivos, y enseñar destrezas de resolución de problemas, de comunicación y de autodefensa. Los niños, en particular los adolescentes, deben involucrarse activamente como miembros respetados de los equipos de planeación escolar y tratamiento. Lo que sabemos N° 7, “Tratamiento psicosocial de niños y adolescentes con TDA/H” ofrece información más detallada sobre los tratamientos psicosociales que se han hallado útiles para el TDA/H.

El éxito escolar podría exigir una gama de intervenciones

diversas. Muchos de los niños con TDA/H pueden tomar clases en un salón de clases común con adaptaciones menores al ambiente. Algunos niños necesitarán ayuda adicional con el uso de servicios de educación especial. Estos servicios podrían ser ofrecidos en un salón de clases de educación común, o podrían exigir un lugar especial fuera del salón común que se ajuste a las necesidades únicas del niño.

El Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health) realizó un importante estudio

“...el Estudio de tratamiento multimodal de niños con el TDA/H mostraron que los niños que tuvieron tratamiento con medicamento solo...y los niños que recibieron tanto manejo de medicamentos como terapia conductual, obtuvieron los mejores resultados.”

de investigación, llamado Estudio del tratamiento multimodal de niños con TDA/H, en el que participaron 579 niños que tenían el tipo combinado de TDA/H. Cada niño recibió uno de cuatro tratamientos posibles durante 14 meses: manejo con medicamentos, tratamiento conductual, una combinación de ambos, o atención comunitaria usual. Los resultados de este estudio sin precedentes mostraron que los niños que tuvieron tratamiento con medicamento solo, el cual fue cuidadosamente manejado e individualmente entallado, y los niños que recibieron tanto manejo de medicamentos como terapia conductual, obtuvieron los mejores resultados con respecto al mejoramiento en los síntomas del TDA/H.^{11,12}

El tratamiento combinado brindó los mejores resultados en cuanto a la proporción de niños que mostraron una

respuesta excelente con relación al TDA/H y los síntomas de oposición, y en otras áreas de funcionamiento (como la crianza de los hijos y los resultados académicos).¹³ En general, los que recibieron un control médico cuidadosamente supervisado tuvieron una mayor mejoría de los síntomas de TDA/H que los niños que recibieron tratamiento conductual intensivo sin medicamentos o atención comunitaria con medicación supervisada con menos cuidado.

Para mayor información sobre la evaluación de tratamientos, lea Lo que sabemos N° 6, “Tratamientos complementarios y alternativos”. Esta hoja de datos ofrece listas de comprobación para detectar remedios no probados y evaluar los informes en los medios sobre los tratamientos.

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA LA MEDICACIÓN

Para la mayoría de los niños con TDA/H, los medicamentos son parte integral del tratamiento. No se utilizan para controlar la conducta. Los medicamentos, que sólo pueden ser recetados por ciertos profesionales de la medicina si fuera necesario, se utilizan para mejorar los síntomas del TDA/H de modo que el paciente pueda funcionar de manera más efectiva. La investigación señala que los niños y adultos que toman medicamentos para los síntomas del TDA/H generalmente se atribuyen los éxitos a sí mismos, no al medicamento.

MEDICAMENTOS PSICOESTIMULANTES

Los compuestos psicoestimulantes son los medicamentos más ampliamente usados para el manejo de los síntomas del TDA/H. Los medicamentos psicoestimulantes fueron administrados por primera vez en 1937 a niños con problemas de conducta y de aprendizaje. A pesar de su nombre, estos medicamentos no funcionan aumentando la estimulación del paciente. En cambio, ayudan a que importantes redes de células nerviosas en el cerebro se comuniquen más efectivamente entre sí. Entre el 70 y el 80 por ciento de los niños con TDA/H responden de manera positiva a estos medicamentos. Para algunos, los beneficios son extraordinarios; para otros, la medicación es bastante útil; y para otros, los resultados son más moderados. El nivel de atención, la impulsividad y la conducta enfocada con frecuencia mejora, en particular en ambientes estructurados. Algunos niños también demuestran mejoras en la tolerancia a la frustración, el cumplimiento y hasta en la escritura a mano.

Las relaciones con los padres, los compañeros y los profesores también pueden mejorar.

Los medicamentos no curan el TDA/H. Si son efectivos, alivian los síntomas del trastorno durante el tiempo en que están activos. Esto no es como un antibiótico que puede curar una infección bacteriana, sino más bien como unos lentes que ayudan a mejorar la visión sólo mientras se los usa. Luego de revisar la evidencia científica, la AMA (American Medical Association) informó que “la farmacoterapia, en particular los estimulantes, han sido estudiados exhaustivamente. La medicación por sí misma generalmente ofrece mejoras sintomáticas y académicas significativas a corto plazo” y “la proporción riesgo-beneficio del tratamiento con estimulantes en el TDA/H debe ser evaluada y monitoreada continuamente en cada caso, aunque en general es altamente favorable”.¹⁴

Entre los medicamentos psicoestimulantes comunes usados en el tratamiento del TDA/H se encuentra el metilfenidato (Ritalin, Concerta, Metadate, Focalin), las sales mixtas de un producto simple derivado de la anfetamina (Adderall, Adderall XR), y la dextroanfetamina. El metilfenidato, la anfetamina, y las sales mixtas de anfetamina ahora se consiguen en preparaciones de larga y corta acción. Las preparaciones de corta acción generalmente duran unas cuatro horas, y las de larga acción son más variables en su duración (algunas duran entre 6 y 8 horas, y las más nuevas duran entre 10 y 12 horas). Por supuesto, puede haber una variación individual muy amplia que no se puede predecir y que sólo se hará evidente una vez que se pruebe el medicamento.

La dosis específica y el horario de administración del medicamento se deben determinar caso por caso. Sin embargo, no hay relaciones constantes entre la estatura, la edad, y la respuesta clínica al medicamento. A menudo se prueba con el medicamento para determinar la dosis más beneficiosa. La prueba del medicamento generalmente comienza con una dosis baja que se aumenta gradualmente a intervalos de 3 a 7 días hasta alcanzar beneficios clínicos. Es común aumentar la dosis varias mientras se prueba el medicamento.

Además, se monitorea al individuo tanto cuando está bajo el efecto del medicamento y cuando no lo está. Para los niños, las observaciones son obtenidas por padres, profesores, y hasta entrenadores y tutores. Con frecuencia, se usan escalas de calificación de padres y profesores. En todos los casos, la dosis apropiada debe ser adaptada a cada paciente y monitorizada por el

profesional médico que recetó el medicamento para que haga los ajustes necesarios.

Desde que las formulaciones efectivas de estimulantes de acción más prolongada se liberaron al mercado en los años recientes, muchos niños, adolescentes y adultos las han encontrado preferibles. Los medicamentos de acción más prolongada pueden causar menos “altibajos” durante el día y podrían eliminar la necesidad de tomar dosis adicionales en la escuela o durante el trabajo. Aunque hay pocas investigaciones sobre el uso de medicamentos de corta y larga acción en conjunto, muchos pacientes, en particular adolescentes y adultos, encuentran que podrían necesitar complementar un medicamento de larga acción, tomado en la mañana, con una dosis de acción más corta entre el medio día y el final de la tarde. La dosis de “refuerzo” podría ofrecer mejor cobertura para hacer las tareas escolares u otras actividades del final de la tarde y el comienzo de la noche, además de reducir problemas de “rebote” cuando la dosis inicial deja de hacer efecto.

Se han realizado cientos de estudios controlados con más de 6,000 niños, adolescentes y adultos para determinar los efectos de los medicamentos psicoestimulantes: mucha más evidencia de investigación que la disponible para casi cualquier otro medicamento. No hay estudios sobre el uso de medicamentos psicoestimulantes por más de unos pocos años, pero varias personas han estado tomando estos medicamentos por muchos años sin efectos adversos. No se pueden hacer estudios controlados de mayor duración, porque aplazar el tratamiento durante muchos años para algunos pacientes que sufren deficiencias significativas, algo necesario en un estudio controlado, no sería ético. Cada familia debe sopesar los pros y los contras de elegir los medicamentos como parte del plan de tratamiento para el TDA/H.

MEDICAMENTOS NO ESTIMULANTES

Aunque los estimulantes son los medicamentos más probados y más ampliamente utilizados para el tratamiento del TDA/H, algunos niños, adolescentes y adultos responden igual de bien o mejor al tratamiento con otros medicamentos que no son estimulantes. Los no estimulantes podrían usarse cuando existan contraindicaciones a los medicamentos psicoestimulantes, cuando éstos hayan resultado ineficaces, cuando hayan surgido efectos secundarios inaceptables, o cuando el paciente o sus padres prefieran un medicamento no estimulante por otras razones.

En noviembre de 2002, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprobó un medicamento nuevo llamado atomoxetina (Strattera) específicamente para el TDA/H. Este medicamento no es ni un estimulante ni un antidepresivo. Alivia los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad del TDA/H al afectar aspectos específicos del sistema de la norepinefrina. La atomoxetina ha sido probada en más de 1,600 niños, adolescentes y adultos. Es un medicamento recetado, pero no es una sustancia controlada como un estimulante. Esto permite a los profesionales de la medicina dar muestras e incluir renovaciones en las recetas médicas. No comienza a actuar tan rápidamente como los estimulantes. Los informes sugieren que los efectos completos no suelen verse hasta que el paciente haya estado tomando atomoxetina regularmente durante 3 ó 4 semanas.

Los medicamentos desarrollados inicialmente como antidepresivos se utilizan con menos frecuencia para el TDA/H, pero han demostrado que son eficaces. Los antidepresivos que tienen efectos activos sobre los neurotransmisores norepinefrina y la dopamina-n (es decir, los tricíclicos y los medicamentos novedosos como el bupropión) pueden tener efectos positivos sobre los síntomas del TDA/H. No se ha demostrado que los antidepresivos que sólo afectan el sistema de serotonina (es decir, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], como la fluoxetina [Prozac], la sertralina [Zoloft] y el citalopram [Celexa]) sean efectivos para tratar los síntomas principales del TDA/H, pero podrían ser efectivos contra las afecciones coexistentes. La clonidina (Catapres) y la guanfacina (Tenex) a veces se recetan para reducir la hiperactividad excesiva o el insomnio grave en niños con TDA/H, aunque no se ha demostrado que estos medicamentos sean efectivos para aliviar los problemas de falta de atención.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL TDA/H

La mayoría de los efectos secundarios inmediatos relacionados con estos medicamentos son leves y generalmente a corto plazo. Los efectos secundarios más comunes son disminución del apetito y dificultad para dormir. Algunos niños experimentan “rebote de estimulantes”, un periodo breve de mal humor, fatiga o mayor actividad cuando el medicamento deja de hacer efecto. Estos efectos secundarios generalmente se manejan con el cambio de la dosis y la programación de

medicamentos de corta acción, o con el cambio a una formulación de liberación prolongada. Ocasionalmente se observan dolor de cabeza y de estómago que con frecuencia desaparecen con el tiempo o, si es necesario, con una reducción de la dosis. Podría haber un efecto ligero inicial sobre el aumento de peso y de estatura, pero los estudios sugieren que el peso y la estatura finales rara vez resultan afectados. Para cualquier pregunta sobre efectos secundarios posibles, consulte a su médico u otro profesional de la medicina.

A veces, los padres informan que el medicamento que anteriormente funcionaba en la infancia deja de hacerlo cuando el niño llega a la adolescencia. Con frecuencia, este problema se puede atenuar ajustando la dosis o cambiando a otro medicamento. La adolescencia no es usualmente el momento para abandonar el control médico para el TDA/H si fue útil en años anteriores. Si esos problemas tienen lugar con su hijo adolescente, comente sus observaciones y preocupaciones con su médico. Algunos estudios sugieren que algunos niños con TDA/H llegan a la pubertad más tarde que sus compañeros, pero esto no parece ser el resultado del tratamiento con medicamentos.

Un efecto secundario poco común de los medicamentos psicoestimulantes es el desenmascaramiento de tics latentes, es decir, movimientos motores involuntarios, como pestañeo, encogerse de hombros y carraspear. Los medicamentos psicoestimulantes pueden facilitar la aparición de un trastorno de tic en aquellos individuos proclives. Con frecuencia, aunque no siempre, el tic desaparece cuando se suspende el medicamento. Para muchos jóvenes con TDA/H, los tics vocales (carraspear, aspirar ruidosamente por la nariz o toser más de lo normal) o motores (pestañear, hacer muecas faciales, encogerse de hombros o girar la cabeza) ocurren como un fenómeno de tiempo limitado. Los medicamentos podrían hacer que se noten más tempranamente o hacerlos más prominentes de lo que hubieran sido sin el medicamento, pero con frecuencia desaparecen con el tiempo, incluso cuando el paciente sigue tomando el medicamento.

El síndrome de Tourette es un trastorno crónico de tic que consiste en tics vocales y motores. Los expertos calculan que el 7 por ciento de los niños con TDA/H tienen tics o el síndrome de Tourette que suelen ser leves, pero que pueden tener un impacto social en su forma grave y poco común, mientras que el 60 por ciento de los niños que padecen Tourette tienen TDA/H. Las investigaciones recientes sugieren que el desarrollo

del síndrome de Tourette en los niños con TDA/H no se relaciona con los medicamentos psicoestimulantes. Sin embargo, se recomienda enfocar el tratamiento cuidadosamente cuando haya antecedentes familiares de tics o síndrome de Tourette, ya que ciertos pacientes empeorarán los tics con el tratamiento con estimulantes. En esos casos, el tratamiento con medicamentos no estimulantes podría considerarse como alternativa.

COMENZAR CON MEDICACIÓN

Cada persona que esté considerando un tratamiento con medicamentos para el TDA/H debe primero hacerse una evaluación completa y cuidadosa para aclarar el diagnóstico, identificar otros problemas médicos, psicológicos o del aprendizaje que podrían existir junto con el TDA/H, y aprender acerca del trastorno. Una vez hecho el diagnóstico, se debe desarrollar un plan de tratamiento en conjunto con el médico u otro profesional de la medicina. En esta sesión de planificación, el paciente, la familia y el profesional de la medicina pueden trabajar juntos para tener en cuenta varias opciones de tratamiento. Si se va a usar medicamentos, el profesional de la medicina recetará un medicamento específico.

La prueba de los medicamentos debe ser monitorizado con mucho cuidado, sobre todo en las primeras semanas del tratamiento, para que se puedan hacer los ajustes necesarios a la dosis y al horario de administración. Si el primer medicamento probado no ayuda o produce efectos secundarios desagradables, el profesional que lo haya recetado probablemente haga ajustes. Si los ajustes no son suficientes para obtener una buena respuesta, se puede probar con otro medicamento. La mayoría de las personas con TDA/H responden bien a alguno de los medicamentos utilizados frecuentemente para el trastorno. Algunos responden mucho mejor a uno que a otro. Si el primer medicamento probado no produce una respuesta satisfactoria, generalmente tiene sentido probar otro tipo de medicamento para el TDA/H. En última instancia, el éxito del tratamiento depende del esfuerzo de cooperación entre el paciente y un equipo comprometido de proveedores de cuidados. La medicación puede ayudar a que un tratamiento multimodal completo sea más efectivo. El tratamiento farmacológico sin monitorización, educación apropiada sobre el TDA/H, y otras intervenciones de tratamiento apropiadas no suele ser suficiente para ayudar.

PREGUNTAS MÁS COMUNES

P. ¿Cuánto tiempo tarda alcanzar una dosis terapéutica de medicamento?

R. Los efectos de los medicamentos psicoestimulantes generalmente resultan notorios dentro del término de 30 a 60 minutos, una vez que se haya hallado la dosis adecuada para el paciente en cuestión. Sin embargo, determinar la dosis apropiada y el horario de administración para cada individuo a menudo toma algunas semanas. Los medicamentos no estimulantes con frecuencia exigen varias semanas antes de que se puedan observar los efectos completos.

P. A medida que un niño crece, ¿será necesario cambiar la dosis?

R. No necesariamente. Muchos adolescentes y adultos

“...los individuos con el TDA/H que no han sido efectivamente tratados con medicación durante la niñez y la adolescencia tienen un riesgo aumentado—aunque no inevitable—de desarrollar problemas con el abuso de alcohol o sustancias más adelante en la vida.”

continúan respondiendo bien a las mismas dosis de medicamentos psicoestimulantes. Sin embargo, muchos otros necesitarán dosis más altas. Por otro lado, algunos niños podrían responder bien inicialmente a una dosis baja de medicamento y luego necesitar un aumento moderado de la dosis tras algunas semanas o meses, en cuanto la “luna de miel” haya pasado.

P. ¿Necesitará mi hijo tomar el medicamento de por vida, incluso cuando sea adulto?

R. No necesariamente. Estos medicamentos se pueden suspender en cualquier momento. De todos modos, el TDA/H es una afección crónica. Su gravedad y

curso de desarrollo son bastante variables en duración y gravedad. Hasta el 60 por ciento de los niños con TDA/H continúan exhibiendo síntomas problemáticos en la adolescencia y la adultez.^{15,16} Para estas personas, continuar modalidades efectivas de tratamiento, como la medicación, puede ser útil.

P. ¿Debería tomarse el medicamento únicamente cuando el niño está en la escuela?

R. Esto lo debería decidir el profesional médico que recetó el medicamento y el equipo terapéutico. A menudo, los niños pueden beneficiarse de los medicamentos fuera de la escuela porque los puede ayudar a tener éxito en ambientes sociales, en las relaciones con los compañeros, en el ambiente del hogar y con las tareas escolares para el hogar. Los medicamentos pueden ser de utilidad para los niños que participan en deportes organizados y en actividades que exigen atención constante, como los programas musicales, el debate, o las actividades de oratoria en público.

P. ¿Qué pasa con aquellos individuos que no responden a los medicamentos, ya sean psicoestimulantes o antidepressivos?

R. En general, se deben probar dos o tres medicamentos estimulantes diferentes antes de determinar que este grupo de medicamentos no es útil. De manera similar, pueden probarse varios antidepressivos diferentes. La mayoría de las personas responderá de manera positiva a alguno de estos regímenes farmacológicos. Algunas personas, debido a la gravedad de su discapacidad o a la presencia de otras afecciones, no responderán. Asimismo, algunos individuos exhibirán efectos secundarios adversos. En esos casos, el equipo de tratamiento completo (la familia, el médico, el profesional de la salud mental y el educador) deben trabajar juntos para desarrollar un plan de intervención que sea efectivo. Otros medicamentos, como la clonidina, pueden ser útiles y, ocasionalmente, pueden ser necesarias las combinaciones de medicamentos. Cuando todos los medicamentos parecen ineficaces, se debe considerar si el diagnóstico de TDA/H es preciso, si otras afecciones están afectando el funcionamiento, si se han establecido criterios apropiados para el mejoramiento, y si se está suministrando retroalimentación precisa y objetiva sobre la eficacia de los medicamentos.

P. Los niños que toman medicamentos psicoestimulantes, ¿son más propensos a tener

problemas de abuso de sustancias en etapas posteriores de la vida?

R. No. Varios estudios que han hecho un seguimiento de los niños con TDA/H durante diez años o más apoyan la conclusión de que el uso clínico de medicamentos estimulantes no aumenta el riesgo de un posterior abuso de sustancias.¹⁷ De hecho, varios estudios han demostrado que los individuos con TDA/H que no son tratados efectivamente con medicamentos durante la infancia y la adolescencia tienen un riesgo bastante mayor, si no inevitable, de desarrollar problemas significativos de abuso de alcohol o drogas en etapas posteriores de la vida. Si se trata, el riesgo de problemas posteriores con el alcohol o con las drogas se reduce al mismo que tienen los individuos que no padecen TDA/H.

Aunque existe el potencial de abuso si no se usan adecuadamente, los medicamentos psicoestimulantes no causan el desarrollo de adicciones en quienes reciben un tratamiento apropiado.

Lamentablemente, la investigación sí señala que los niños que demuestran trastornos de la conducta (conductas delictivas) hacia los 10 años, y los que estén fumando cigarrillos hacia los 12, tendrán un mayor riesgo de abuso de sustancias en la adolescencia, un riesgo que probablemente continúe hasta la edad madura. Por consiguiente, es importante reconocer a este subgrupo a tiempo y hacerlo participar en un programa terapéutico multimodal efectivo.

VISTA GENERAL DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS CON FRECUENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TDA/H

Esta información se ofrece únicamente para fines educativos. Comente los detalles de cualquier medicamento con su médico o profesional de la medicina. Los nombres utilizados a continuación son los nombres genéricos (químicos) de los compuestos, junto con los nombres de las marcas comunes fabricadas por diferentes laboratorios farmacéuticos. Debe tenerse en cuenta que varios medicamentos nuevos para el tratamiento del TDA/H están siendo investigados actualmente y estarían disponibles en un futuro cercano.

METILFENIDATO (RITALIN, METHYLIN)

Presentación: Tabletas de administración oral de corta acción. Metilfenidato de 5 mg, 10 mg, 20 mg.

Dosis: Muy individual. Generalmente, entre 2.5 y 20 mg por dosis. Las dosis efectivas no necesariamente se relacionan con la edad, el peso corporal o la gravedad de los síntomas de TDA/H. Generalmente, la dosis comienza siendo baja y se va aumentando gradualmente para hallar la dosis más efectiva que no produzca efectos adversos excesivos.

Duración de la acción: El metilfenidato de acción rápida comienza a actuar a los 15 ó 20 minutos. Dura entre 3.5 y 4 horas. Debido a su acción relativamente corta, esta forma de metilfenidato pierde su efecto durante la noche y se inicia de nuevo cuando se toma por la mañana. Las investigaciones sugieren que el metilfenidato de corta acción funciona mejor para la mayoría de los individuos si se toma tres veces al día.

Efectos secundarios posibles: Supresión moderada del apetito, perturbaciones leves del sueño, pérdida transitoria de peso e irritabilidad. Puede ocurrir el “efecto rebote” (ira, frustración o tristeza) durante un periodo de alrededor de una hora cuando el medicamento pierde su efecto. Cuando la dosis es demasiado alta, se podrían desenmascarar tics motores, o puede aparecer agitación, depresión o letargo hasta que la dosis pierde su efecto. Esto generalmente se controla reduciendo la dosis. Los tics generalmente desaparecen cuando se reduce la dosis.

FORMAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE METILFENIDATO

Para evitar la necesidad de tomar metilfenidato de corta acción 3 ó 4 veces al día, se han desarrollado nuevos sistemas de liberación de larga acción. Cada uno de los sistemas descritos a continuación libera el mismo medicamento utilizado en las tabletas de metilfenidato de corta acción, pero lo hace de una manera diseñada para ofrecer una cobertura prolongada de modo que un niño pueda terminar la jornada escolar sin tener que tomar píldoras en la escuela.

Concerta, un nuevo sistema de liberación osmótica de metilfenidato fue aprobado por la FDA en septiembre de 2000. Esta cápsula contiene tres cámaras, dos de ellas con diferentes concentraciones de metilfenidato y una con un polímero que se expande cuando un líquido entra en contacto con él. Desde el revestimiento

exterior, se libera una dosis inicial de metilfenidato poco después de que la cápsula se ha ingerido. A medida que el polímero se expande como respuesta a los líquidos absorbidos del tracto digestivo, saca gradualmente de la cápsula el medicamento desde las cámaras interiores, como un pistón, a través de un orificio realizado con láser en un extremo de la cápsula. Concerta suministra metilfenidato en un perfil ascendente. Esto significa que una cápsula de 18 mg suministra inicialmente 4 mg de metilfenidato y libera el resto durante el transcurso del día. Una cápsula de 18 mg de Concerta equivale a 5 mg de Ritalin administrado tres veces al día. Concerta está diseñado para ser efectivo durante unas 10 a 12 horas desde su ingestión, pero los resultados individuales pueden variar. Las cápsulas de Concerta no se deben abrir ni masticar.

Presentación: Cápsulas de 18 mg, 27 mg, 36 mg y 54 mg. (Cada 18 mg equivale a unos 5 mg de metilfenidato de corta acción administrados 3 veces al día).

Metadate-CD, una cápsula de liberación prolongada, fue aprobada por la FDA en abril de 2001. La cápsula contiene muchos granos diminutos que contienen metilfenidato. Los granos tienen diferentes tipos de recubrimientos para que puedan liberar el 30 por ciento de la dosis de metilfenidato de forma inmediata, y luego continúen liberando el medicamento durante un periodo prolongado de tiempo, diseñado para durar toda la jornada escolar. En general, Metadate-CD ofrece unas ocho horas de cobertura. Estas cápsulas no se deben masticar, aunque sí pueden abrirse y esparcirse según las indicaciones del profesional médico que recetó el medicamento.

Presentación: cápsula CD de 20 mg

Ritalin LA, otra cápsula de liberación prolongada de metilfenidato. También consiste en dos tipos de granos diminutos en una cápsula, pero es única en cuanto a que la cantidad de metilfenidato liberado de forma inmediata es la misma que la que se libera 4 horas después de la dosis. Por consiguiente, Ritalina LA libera el 50 por ciento del metilfenidato al inicio, y el resto cuatro horas después. Este sistema de liberación imita el de Ritalin administrado dos veces al día, brindando así unas ocho horas de cobertura.

Presentación: cápsulas de 20 mg, 30 mg y 40 mg.

Metilfenidato SR 20 (metilfenidato de liberación sostenida) y Ritalin SR 20, esta forma temprana de metilfenidato de liberación prolongada usa una matriz de cera para liberar dos dosis en una sola píldora. Una

tableta de SR 20 libera unos 10 mg de metilfenidato en cuestión de alrededor de una hora después de la ingestión, y luego libera otros 10 mg unas 3.5 horas después. Está diseñada para durar entre 6 y 8 horas. Los profesionales clínicos de la salud informan que esta preparación funciona bien en algunos individuos, pero no es satisfactoria para muchos otros porque podría liberarse con demasiada rapidez o de manera desapareja. La dosis se indica en función de cada caso en particular. Los efectos secundarios posibles son los mismos que los del metilfenidato.

Presentación: Tabletas de 20 mg.

Metadate ER, Methylin ER: similares a la tableta de Ritalin SR.

Presentación: Tabletas de 10 mg y 20 mg.

SALES MIXTAS DE UN PRODUCTO SIMPLE DERIVADO DE LA ANFETAMINA (ADDERALL)

Presentación: Tabletas de administración oral de dos muescas.

5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg y 30 mg.

Dosis: Muy individual.

Duración de acción: Variable. Según la dosis, puede durar entre 3.5 y 8 horas.

Efectos secundarios posibles: Los mismos que los del metilfenidato.

Adderall XR, cápsula de liberación prolongada, fue aprobada por la FDA para el TDA/H en 2001. Las sales mixtas de amfetamina utilizadas están contenidas en diminutos granos dentro de la cápsula. Cerca de la mitad de los granos se liberan en el transcurso de una hora, y el resto se libera unas 3.5 horas después para ofrecer cobertura durante aproximadamente 10 horas.

Dosis: Muy individual.

Presentación: Cápsulas de administración oral. 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg y 30 mg.

Duración de la acción: 10 a 12 horas.

Efectos secundarios posibles: Los mismos que los del metilfenidato.

DEXTROANFETAMINA (DEXEDRINE, DEXSTAT)

Presentación: Tabletas de administración oral de corta acción. Tabletas de 5 mg y 10 mg.

Dosis: Muy individual. Promedio: 2.5 a 10 mg.

Duración de la acción: Inicio rápido de acción, entre 20 y 30 minutos. Dura entre 4 y 5 horas.

Efectos secundarios posibles: Los mismos que los del metilfenidato.

Cápsulas de liberación gradual de dextroanfetamina (Dexedrine), cápsulas de liberación sostenida. Cada cápsula libera cerca de la mitad de su dosis nominal en cuestión de una hora, y luego libera el resto unas 3.5 horas después. Así, una cápsula de 5 mg en realidad libera 2.5 mg inicialmente y 2.5 mg después. No suministra el equivalente a 5 mg a lo largo de la duración de su acción.

Presentación: Cápsulas de administración oral de larga acción. Cápsulas de liberación gradual de dextroanfetamina de 5 mg, 10 mg y 15 mg.

Dosis: Muy individual. Promedio: 5 a 20 mg.

Duración de la acción: Muy individual. Generalmente dura entre 6 y 8 horas, pero la reacción individual puede variar de varias horas a todo el día.

Efectos secundarios posibles: Los mismos que los del metilfenidato.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LA NOREPINEFRINA

Atomoxetina (Strattera) fue aprobada en noviembre de 2002 por la FDA para el tratamiento del TDA/H. La atomoxetina actúa como un inhibidor altamente específico de la norepinefrina, y parece tener pocos efectos sobre otros neurotransmisores.

Presentación: Cápsulas de administración oral. 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg y 60 mg.

Dosis: Se recomienda una dosis inicial de 0.5 mg/kg/día y ajustar la dosis a 1.2 mg/kg/día.

Duración de la acción: La mayoría de los pacientes parece lograr una cobertura de 24 horas con dosis de 1 ó 2 veces al día.

Efecto: Las dosis más bajas podrían mejorar los síntomas

del TDA/H en cuestión de varios días, pero podrían demorar entre 1 y 3 semanas en lograr el efecto pleno. Las dosis más altas podrían mejorar los síntomas depresivos y los cambios en el ánimo.

Efectos secundarios posibles: Nerviosismo, problemas del sueño, fatiga, malestar estomacal, mareo y sequedad de la boca. Puede conducir, en casos poco comunes, a lesiones graves del hígado que causen insuficiencia hepática si no se detienen tan pronto se encuentren efectos sobre el hígado (picazón, orina oscura, ictericia, sensibilidad en el cuadrante superior derecho o síntomas inexplicables “similares a los de la gripe”).

NORTRIPTILINA (VARIAS MARCAS), IMIPRAMINA (TOFRANIL), DESIPRAMINA (NORPRAMIN)

Presentación: Tabletas de administración oral. 10 mg, 25 mg, 50 mg y 100 mg.

Dosis: Muy individual.

Duración de la acción: Variable. Con frecuencia, tiene un efecto de 24 horas.

Efecto: Las dosis más bajas podrían mejorar los síntomas del TDA/H en cuestión de varios días, pero podrían demorar entre 1 y 3 semanas en lograr el efecto pleno. Las dosis más altas podrían mejorar los síntomas depresivos y los cambios en el ánimo.

Efectos secundarios posibles: Nerviosismo, problemas del sueño, fatiga, malestar estomacal, mareo, sequedad de la boca y frecuencia cardíaca acelerada. Podría afectar el tiempo de conducción del corazón, lo que podría generar arritmia. En casos poco comunes, puede afectar un hemograma. No se debe suspender repentinamente. La desipramina ha sido relacionada con muertes por problemas cardíacos. La mayoría de los profesionales de la medicina no usa este medicamento con niños que no han llegado a la pubertad.

BUPROPIÓN (WELLBUTRIN)

El **bupropión** está aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en los adultos y para el tratamiento de cesación del consumo de tabaco. No está aprobado para el TDA/H.

Presentación: Tabletas de 75 mg y 100 mg. Tabletas de 100 mg y 150 mg de liberación prolongada.

Dosis: Muy individual.

Duración de la acción: Entre 4 y 6 horas en la forma de acción corta, y entre 6 y 8 horas en la forma de acción prolongada.

Efecto: Mejora los síntomas del TDA/H y puede afectar los estados de ánimo depresivos.

Efectos secundarios posibles: Dificultad para dormir y dolor de cabeza.

Agentes antihipertensivos

CLONIDINA (CATAPRES)

Presentación: La clonidina está disponible en parches que se aplican en la parte posterior del hombro, o en tabletas de administración oral. 0.1 mg, 0.2 mg, y 0.3 mg.

Dosis: Muy individual. El parche de clonidina está disponible en tres concentraciones.

Duración de la acción: Los parches duran entre 5 y 6 días. Las tabletas duran entre 4 y 6 horas.

Efecto: En general, mejorará la hiperactividad excesiva o el insomnio relacionados con el TDA/H, pero no demostró ser efectivo para mejorar los síntomas de falta de atención. Puede reducir los tics faciales y vocales del síndrome de Tourette. Con frecuencia, tiene efectos secundarios positivos sobre la conducta de oposición desafiante, y puede ser beneficioso para el manejo de la ira excesiva.

Efectos secundarios posibles: El efecto secundario principal es la fatiga, aunque generalmente desaparecerá con el tiempo. Entre otros efectos secundarios podrían estar el mareo, la sequedad de la boca, el aumento de la actividad, la irritabilidad, o los problemas de conducta. La sobredosis puede causar sedación excesiva u otros problemas serios. No se debe suspender repentinamente. Debe consultarse a un profesional de la medicina antes de discontinuar el medicamento para evitar la “hipertensión por rebote” u otros efectos.

GUANFACINA (TENEX)

Presentación: Tenex está disponible en tabletas de 1 mg de administración oral.

Dosis: Muy individual.

Duración de la acción: La guanfacina dura entre 6 y 8 horas.

Efecto: En general, mejorará la hiperactividad excesiva o el insomnio relacionados con el TDA/H, pero no demostró ser efectivo para mejorar los síntomas de falta de atención. Puede reducir los tics faciales y vocales del síndrome de Tourette. Con frecuencia, tiene efectos secundarios positivos sobre la conducta de oposición desafiante, y puede ser beneficioso para el manejo de la ira excesiva.

Efectos secundarios posibles: El efecto secundario principal es la fatiga, aunque generalmente desaparecerá con el tiempo. Entre otros efectos secundarios podrían estar el mareo, la sequedad de la boca, el aumento de la actividad, la irritabilidad, o los problemas de conducta. Debe consultarse a un profesional de la medicina antes de discontinuar el medicamento para evitar la “hipertensión por rebote” u otros efectos.

Para una referencia rápida sobre los medicamentos populares, su uso y efectos secundarios posibles [haga clic aquí](#).

FORMULACIÓN DE ACCIÓN PROLONGADA DE LA GUANFACINA (INTUNIV)

Presentación: a: Intuniv está disponible en tabletas de 1mg, 2mg, 3mg y 4mg administradas oralmente.

Dosis: Muy individual

Duración de acción: 12 a 24 horas

Efecto: Frecuentemente ayuda con el tratamiento del TDA/H en los niños. No se sabe si la guanfacina de acción prolongada es efectiva para adultos o para niños de menos de seis años de edad.

Posibles efectos secundarios: Los efectos secundarios incluyen la baja presión sanguínea, bajo ritmo cardíaco, desmayo, dolor de estómago, boca seca, mareo, pérdida de apetito e irritabilidad. Consulte con un profesional médico si los efectos secundarios son severos o persistentes; no descontinúe el medicamento sin consultar a un profesional médico.

LECTURAS SUGERIDAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2002). Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(Supl. 2), 26-49.

Barkley, R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Brown, T.E. (Ed.). (2000). *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (segunda edición). New York: John Wiley & Sons.

Greenhill, L.L., Halperin, J.M., & Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 503-512.

Pliszka, S.R., Carlson, C.L., & Swanson, J.M. (1999). *ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.

Robin, A.L. (1998). *ADHD in Adolescents: Diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Spencer, T.J., Biederman, J., Wilens, T.E., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Wilens, T.E. (1999). *Straight talk about psychiatric medications for kids*. New York: Guilford Press.

Wilens, T.E., & Spencer, T.J. (2000). The stimulants revisited. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 573-603.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV* (4th ed., text, revision), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
2. Mayo Clinic. (2002). How Common is Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 156(3): 209-210.
3. Mayo Clinic (2001). Utilization and Costs of Medical Care for Children and Adolescents with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Medical Association* 285(1): 60-66.
4. Surgeon General of the United States (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
5. American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guidelines: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158-1170.
6. Centers for Disease Control and Prevention (2003). Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 54: 842-847.
7. Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., et al. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of*

- Pediatric and Adolescent Medicine* (2007), 161:857-864.
8. Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006) The age-dependent decline of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* (2006), 36: 159-65.
9. Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am Journal of Psychiatry* (2006), 163:724-732.
10. Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1100:1107.
11. MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073:1086.
12. MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088:1096.
13. Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., et al. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168:179.
14. Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1100:1107.
15. Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006) The age-dependent decline of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* (2006), 36: 159-65.
16. Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am Journal of Psychiatry* (2006), 163:724-732.
17. Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 179:185.

La información provista en esta hoja recibió el respaldo de la Subvención/Acuerdo de Cooperación Número 5U38DD000335-04 de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El contenido es exclusivamente responsabilidad de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Esta hoja informativa fue aprobada por la Junta de asesoría profesional de CHADD en 2004.

Esta hoja de datos fue actualizada en octubre de 2003.

© 2004 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción total o parcial sin permiso escrito de CHADD. Actualizado Enero, 2011.

Para más información sobre el TDA/H o el CHADD, comuníquese con:

**National Resource Center on AD/HD
Children and Adults with
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**

8181 Professional Place, Suite 150
Landover, MD 20785

800-233-4050

www.help4adhd.org

Visite el sitio Web de CHADD en
www.chadd.org.

Medicamentos utilizados para el tratamiento del TDA/H

Nombre genérico	Nombre comercial*	Duración	Forma	Rango de dosis	Efectos secundarios comunes
Estimulantes					
Metilfenidato <i>Liberación inmediata</i>	Methylin	3-4 horas	tabletas	5 mg 10 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
	Ritalin	3-4 horas	tabletas	2.5 mg 5 mg 10 mg	
	Methylin Chewables	3-4 horas	Solución líquida	5 mg/5ml 10 mg/5ml	
	Methylin Solution	3-4 horas	tabletas	10 mg 20 mg	
	Metadate ER Methylin ER	6-8 horas	tabletas	10 mg 20 mg 30 mg	
<i>Liberación prolongada</i>	Metadate CD	8-10 horas	tabletas	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
	Ritalin LA	8-10 horas	tabletas	18 mg 27 mg 36 mg 54 mg	
	Concerta	10-12 horas	tabletas	10 mg 15 mg 20 mg 30 mg	
<i>Parche transdérmico</i>	Daytrana	10-12 hours (9 horas por aplicación + hasta tres horas después de retirarse.)	Parche transdérmico	20 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics, irritación de piel.
Methylphenidate SR <i>Liberación sostenida</i>	Ritalin SR	4-8 horas	tabletas	20 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
Dexmethylphenidate SR <i>Liberación prolongada</i>	Focalin	4-6 horas	tabletas	2.5 mg 5 mg 10 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
	Focalin XR	6-10 horas	tabletas	5 mg 10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	

Dextroamphetamine <i>Acción corta</i>	Dexedrine	4-6 horas	tabletas	5 mg	10 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
	ProCentra	4-6 horas	líquido	5 mg/5ml		
<i>Acción intermedia</i>	Dexedrine Spansule	6-8 horas	cápsulas	5 mg	10 mg	Los mismos.
	Vyvanse	10-12 horas	cápsulas	20 mg	50 mg	
Lisdexamfetamine Dimesylate <i>Prodrug</i>				30 mg	60 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
				40 mg	70 mg	
Sales mixtas de anfetamina <i>Acción intermedia</i>	Adderall	4-6 horas	tabletas	5 mg	7.5 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
				10 mg	12.5 mg	
				15 mg	20 mg	
				30 mg	30 mg	
<i>Liberación prolongada</i>	Adderall XR	8-12 horas	cápsulas	5 mg	10 mg	Disminución moderada del apetito, leve perturbación de sueño, pérdida transitoria de peso, irritabilidad, aparición de tics.
				15 mg	20 mg	
				25 mg	30 mg	
Medicamentos no estimulantes						
Atomoxetina <i>Liberación prolongada</i>	Strattera	24 horas	cápsulas	10 mg	18 mg	Nerviosismo, problemas de sueño, fatiga, mal de estómago, mareo, sequedad de boca. En casos inusuales puede llevar daño hepático severo o a deseos de suicidio.
				25 mg	40 mg	
				60 mg	80 mg	
				100 mg		
Antidepresivos atípicos						
Bupropion	Wellbutrin	4-5 horas	tabletas	75 mg	100 mg	Dificultad de sueño, dolor de cabeza, y en casos inusuales convulsiones.
	Wellbutrin SR	12 horas	tabletas	100 mg	150 mg	
	Wellbutrin XL	24 horas	tabletas	200 mg	300 mg	
Antidepresivos tricíclicos						
Imipramina	Tofranil	8-24 horas	tabletas	10 mg	25 mg	Nerviosismo, problemas de sueño, fatiga, mal de estómago, mareo, sequedad de boca, ritmo cardíaco acelerado, riesgo de arritmia cardíaca.
				50 mg		

© National Resource Center on AD/HD: A Program of CHADD, 2008; Revised May, 2011

Desipramina	Norpramin	8-24 horas	tabletas	10 mg 50 mg 100 mg	25 mg 75 mg 150 mg	Ha sido asociado con muertes por problemas cardíacos. No se recomienda para niños.
Nortriptylina	Aventyl Pamelor	8-24 horas	cápsulas	10 mg 50 mg	25 mg 75 mg	Nerviosismo, problemas de sueño, fatiga, mal de estómago, mareo, sequedad de boca, ritmo cardíaco acelerado, riesgo de arritmia cardíaca..
Antihipertensos						
Clonidina	Catapres	4-6 horas	tabletas	0.1 mg 0.3 mg	0.2 mg	Fatiga, mareo, boca seca, aumento de actividad, irritabilidad, problemas de conducta, baja presión sanguínea. La discontinuación abrupta puede causar alta presión sanguínea.
		24 horas	Parche cutáneo	0.1 mg/24 hrs 0.2 mg/24 hrs 0.3 mg/24 hrs		
		12-24 horas	tabletas	0.1 mg	0.2 mg	
Liberación prolongada	Kapvay					
Guanfacina <i>Acción intermedia</i>	Tenex	6-8 horas	tabletas	1 mg	2 mg	Fatiga, mareo, boca seca, aumento de actividad, irritabilidad, problemas de conducta, baja presión sanguínea. La discontinuación abrupta puede causar alta presión sanguínea.
		12 - 24 horas	tabletas	1 mg 3 mg	2 mg 4 mg	
Liberación prolongada	Intuniv					
*Los nombres comerciales aquí mencionados son los utilizados en los Estados Unidos. Pueden variar por país.						

© National Resource Center on AD/HD: A Program of CHADD, 2008; Revised May, 2011