

64

CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA HOSPITALARIA

SEVILLA 17/19 OCT 2019

TRATAMIENTO DEL TDAH EN PACIENTES ADULTOS

Beatriz Salazar Laya. BCPP
C.H.U. de Ferrol (A Coruña)
beatriz.salazar.laya@sergas.es



TRATAMIENTO TDAH ADULTOS

- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?
- ¿Cuánto?



64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA



¿CUÁNDO?

¡PREGUNTA!



¿Cuándo debemos iniciar tratamiento farmacológico en IAB?

- No iniciaremos hasta que no cese el consumo de sustancias
- Si afecta a algún dominio de la vida diaria
- Solo si respuesta parcial o no posibilidad de psicoterapia
- En pacientes adultos tratamos las comorbilidades, pero no el TDAH.

INICIO DEL TRATAMIENTO

- INFRADIAGNÓSTICO
- Alta incidencia de COMORBILIDADES
- Solo 3,5% adultos con tratamiento TDAH → Tratamiento de comorbilidades
- Falta de tratamiento se asocia con mayores tasas:
 - ✓ Desempleo
 - ✓ Criminalidad
 - ✓ Intentos de suicidio
 - ✓ Abuso de sustancias

SÍNTOMAS

Desarrollo de niveles INAPROPIADOS de:

- INATENCIÓN
- HIPERACTIVIDAD
- IMPULSIVIDAD



- Síntomas PERSISTENTES
- Afectan a distintos niveles FUNCIONALES

DETERIORO significativo

¡PREGUNTA!



¿Cuándo debemos iniciar tratamiento farmacológico en IAB?

- No iniciaremos hasta que no cese el consumo de sustancias
- Si afecta a algún dominio de la vida diaria
- Solo si respuesta parcial o no posibilidad de psicoterapia
- En pacientes adultos tratamos las comorbilidades, pero no el TDAH.

HISTORIA CLÍNICA IAB

- ✓ **ENTREVISTA:** colaborador, **inquieto** en la silla (se mueve, juega con manos, habla mucho); **persona olvidadiza, despistada** (incapaz de leer un libro hasta el final); **poco constante** (rara vez finaliza sus proyectos), **muy nervioso, impulsivo** y con frecuentes accesos de **ira**.
- ✓ **INFANCIA:** **enuresis, tics; manías** con alimentos; crianza difícil (malos tratos); muy **inquieto, nervioso, terco, caprichoso, inestable**.
- ✓ **ESCOLARIDAD:** **distraído, mal comportamiento, deficiente rendimiento escolar**. Nunca recibió tratamiento farmacológico.

HISTORIA CLÍNICA IAB

- ✓ **VIDA LABORAL:** **inestabilidad**, trabajos “no especializados”, problemas legales. Varios accidentes por **distrabilidad**.
- ✓ **RELACIONES SOCIALES:** intensas pero **inestables, con cambios frecuentes** de amistades/parejas y **baja capacidad de autoestima**.
- ✓ **ANAMNESIS:** **ánimo inestable** (fases depresivas alternando con otras normotímicas) y patrón reactivo a circunstancias ambientales; gran **ansiedad**; **ideación y conducta autolítica**; **insomnio mixto**; refiere olvidos frecuentes y algún **episodio de tipo psicótico** con alucinaciones visuales e ideas referenciales, en relación con altas ingestas de **cocaína**.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA



¿CÓMO?

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

- Debe basarse en:
 - ✓ Historial de síntomas
 - ✓ GPC
 - ✓ Clínico
 - ✓ Preferencias paciente/entorno

¡PREGUNTA!



¿Cuál sería el tratamiento de inicio más adecuado en IAB?

- Metilfenidato o anfetaminas, indistintamente
- Terapia cognitivo-conductual
- Metilfenidato
- Atomoxetina

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: 1ª línea**
- **TERAPIA NO FARMACOLÓGICA: TCC**
- **COMBINACIÓN: no coste-efectiva***

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Importante → **COMORBILIDADES:**

- Asociación:
 - ✓ Interacciones
 - ✓ Duplicidades
 - ✓ Sinergia
- Efectos Adversos

TRATAMIENTOS DISPONIBLES EN ESPAÑA

ESTIMULANTES	Metilfenidato (MPH) Lisdexanfetamina (LAMP)
NO ESTIMULANTES	Atomoxetina (ATM)* Guanfacina (GFC)
OTROS**	Bupropion TCAs

* Único con indicación en adultos

**No indicación aprobada para TDAH

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

ESTIMULANTES		NO ESTIMULANTES		OTROS*
METILFENIDATO (MPH)	LISDEXANFETAMINA (LAMP)	ATOMOXETINA (ATX)**	GUANFACINA (GFC)	BURPOPION TCAs
1ª línea		2ª línea	3ª línea	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia inicial • Igual de eficaces 		<ul style="list-style-type: none"> • Tras fallo a estimulantes • Si contraindicación a estimulantes • En combinación 		

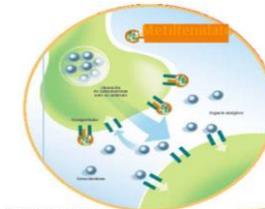
¡PREGUNTA!



¿Cuál sería el tratamiento de inicio más adecuado en IAB?

- Metilfenidato o anfetaminas, indistintamente**
- Psicoterapia
- Metilfenidato
- Atomoxetina

ESTIMULANTES: METILFENIDATO



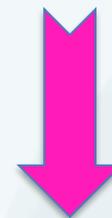
- Estimulante del SNC
 - ➔ Inhibición selectiva de la recaptación de DA y NE
 - ➔ Aumenta la actividad simpaticomimética del SNC
- Mínimos efectos periféricos



córtex prefrontal



DA



Mejora FUNCIÓN COGNITIVA

Formas Farmacéuticas

Sistema Liberación	Ratio liberación inmediata:retard	Dosis comercializadas	Dosis MÁX	Posología
MPH-LI	100:0	5 10 20 mg	60 mg	8-12h
MPH-LR (OROS)	≈ 20:80	18 27 36 54 mg	<12 años: 54 mg ≥13 años: 72 mg ó 2 mg/kg/día	24h
MPH-LM (Pellets)	30:70 50:50	10 20 30 40 50 mg	60 mg	24h

Formas Farmacéuticas

Sistema Liberación	Ratio liberación inmediata:retard	Dosis comercializadas	Dosis MÁX	Posología
MPH-LI	100:0	5 10 mg 20	60 mg	8-12h
MPH-LR (OROS)	≈ 20:80	18 27 mg 36 54	≤12 años: 54 mg ≥13 años: 72 mg ó 2 mg/kg/día	24h
MPH-LM (Pellets)	30:70 50:50	10 20 30 mg 40 50	60 mg	24h

**¡¡IMPORTANTE!!
SELECCIÓN INDIVIDUALIZADA**

ESTIMULANTES: ANFETAMINAS



- España solo comercializada **LISDEXANFETAMINA (LAMP)**
- Profármaco de **Dex-AMP**
- Estimula liberación DA y NE

DOSIS		Dex-AMP		D inicio	D máx	Posología
30		8,9				
50	mg	14,8	mg	30 mg	70 mg	1 vez al día
70		20,8				

¡PREGUNTA!



¿En qué situaciones estarían contraindicados los estimulantes?

- Presencia de TICs
- Insomnio
- Alucinaciones visuales
- Todas son verdaderas

CONTRAINDICACIONES y PRECAUCIONES

64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019



CARDIOVASCULARES

HTA moderada a severa
Arritmias, fallo cardiaco, IAM
Aterosclerosis avanzada

OTROS

Hipotiroidismo
Glaucoma
Psicosis
EA intolerables



Trastornos de ansiedad

Tics

Historia de abuso de sustancias*

EFFECTOS ADVERSOS ESTIMULANTES

PÉRDIDA APETITO/PESO	EA más frecuente
INSOMNIO	Evaluar hora de administración Cambiar de LP a LI Si persiste → asociar tratamiento
ALTERACIONES GI	Administrar con comidas
IRRITABILIDAD/ ANSIEDAD	Reducir dosis o cambiar a un no estimulante Evaluar comorbilidad psiquiátrica (TB) Asociar EUTIMIZANTE/APS
DOLOR DE CABEZA	Reducir dosis, dividir dosis Administrar con comidas

64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019

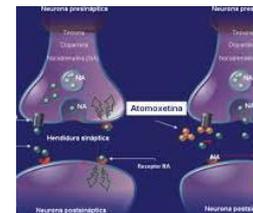
¡PREGUNTA!



¿En qué situaciones estaría contraindicados los estimulantes?

- Presencia de TICs
- Insomnio
- Alucinaciones visuales
- Todas son verdaderas

NO ESTIMULANTES: ATOMOXETINA



- España: ÚNICO con indicación en adultos
- No propiedades estimulantes
- Menos eficaz que MPH

Dosis	D inicial	D máx	I.Hepática	Interacciones	Alimentos
10 18 25 40 60 80 100	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 40 mg/día • Niños/Adolescentes <70 kg: 0,5 mg/kg/día >70 kg: 40 mg/día 	100 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada: ↓50% • Severa: ↓75% 	CYP 2D6 ajuste de dosis!	Grasas: retraso 3h de C_{max}

2-4 semanas para inicio efecto terapéutico

NO ESTIMULANTES: GUANFACINA

- Agonista α -2 adrenérgico
- En formulación de LIBERACIÓN PROLONGADA
- Efectos clínicos: 1ª semana
 - **TITULACIÓN DOSIS:**
 - ✓ Hasta dosis EFECTIVA y TOLERADA → HipoTA
 - **PRECAUCIONES:**
 - Riesgo CV
 - Efectos depresores SNC

Las formas de LI y LP NO son intercambiables

OTROS TRATAMIENTOS: BUPROPION

- Antidepresivo: inhibe transportadores NE y DA
- No indicación autorizada
- Necesarias dosis altas: **150 - 450 mg/día**
- Efecto clínico: hasta 4 semanas

OTROS TRATAMIENTOS: TCAs

- No indicación autorizada
- 3ª línea de tratamiento: **TDAH resistente**

VENTAJAS:



- ✓ Eutimizantes
- ✓ Efectos positivos sobre ansiedad
- ✓ Mejoran sueño
- ✓ No exacerbación TICs.

OTROS TRATAMIENTOS: estudios

- Aripiprazol
- Antidepresivos: ISRS, ISNR, reboxetina
- Galantamina y memantina
- **Litio**
- Modafinil
- Selegilina

64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA TRATAMIENTO IAB



64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019

EVOLUCIÓN DE IAB

Se inicia MPH OROS® 54 mg/día:

- Evolución favorable
- Buen ajuste socio-familiar y personal
- Abstinente
- Mejoría conductual
- Aumento de la atención y concentración
- Búsqueda activa de trabajo

EVOLUCIÓN DE IAB

Días antes de un juicio → Reinicio sintomatología



Se aumenta a **MPH OROS® 90 mg/día**

- Aumento ansiedad
- Insomnio
- Reparación TICs



¡PREGUNTA!



¿Qué tratamiento sería el más recomendable en este momento para IAB?

- Reducir a dosis previa de MPH
- Suspender MPH e iniciar LAMP
- Cambiar MPH por atomoxetina
- Asociar bupropion y un hipnótico para el insomnio

¡PREGUNTA!



¿Qué tratamiento sería el más recomendable en este momento para?

- Reducir a dosis previa de MPH
- Suspender MPH e iniciar LAMP
- Cambiar MPH por atomoxetina
- Asociar bupropion y un hipnótico para el insomnio

EVOLUCIÓN DE IAB

Se cambia MPH por ATX hasta 80 mg/día

- 
- Impulsividad
 - Ánimo inestable
 - Distracciones y olvidos frecuentes → Pérdida trabajo
 - Insomnio mixto
 - Baja autoestima

**ABANDONO DEL
TRATAMIENTO**



REINICIO DEL CONSUMO

EVOLUCIÓN DE IAB

Se inicia  LAMP hasta 70 mg/día:

- Mejor concentración, menor aislamiento
- Mantiene cierta impulsividad
- Reparación TICs
- Agrava insomnio
- Consumos esporádicos

¿Y qué hacemos ahora?



EVOLUCIÓN DE IAB

CLAVES:

- Respuesta PARCIAL a pesar de dosis altas LAMP
- Mantiene consumo de drogas
- EAs: TICs, Insomnio



EVOLUCIÓN DE IAB



RESPUESTA PARCIAL:

- Asociamos GFC: TDAH+INSMONIO
 - Dosis 1 mg/día. Aumento semanal según tolerancia y respuesta
 - Mejoría insomnio
 - Mantiene aislamiento social, ansiedad
- Suspendemos LAMP y se inicia BUPROPION



64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA



¿CUÁNTO?

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

TDAH en niños y adolescentes:



tras al menos 1 año libre de síntomas

ADULTOS + COMORBILIDADES:

- INDIVIDUALIZADA
- No necesariamente crónica
- Alternar periodos sin tratamiento

64

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

SEVILLA
17/19 OCT
2019



Conclusiones

- Inicio de tratamiento farmacológico si afectación ≥ 1 dominio de la vida diaria.
- Debemos considerar el RIESGO/BENEFICIO de los tratamientos disponibles en función de las comorbilidades, efectos adversos y posibles interacciones/sinergias.
- La duración de la terapia debe ser individualizada y no necesariamente crónica.

Los pacientes que no reciban tratamiento tienen un gran impacto **NEGATIVO** en su vida.

64

CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA HOSPITALARIA

SEVILLA 17/19 OCT 2019

¡¡MUCHAS GRACIAS!!

beatriz.salazar.laya@sergas.es

