



## GUÍA PRÁCTICA DE DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Es una  
campana

a tu  salud

del Consejo  
Andaluz de  
Colegios de  
Farmacéuticos



## **AUTORA**

Lola Palomino Aguilar

Farmacéutica

Máster Oficial en Atención Farmacéutica

## **REVISIÓN CIENTÍFICA**

\* **Prof. Dra. M<sup>a</sup> José Martín Calero**

Farmacéutica

Profesora Máster Oficial Atención Farmacéutica

y Farmacia Asistencial (AFFA)

Universidad de Sevilla

\* **Prof. Dra. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz**

Psiquiatra Infantojuvenil

Jefa de Sección de Psiquiatría Infantil en el

Hospital Gregorio Marañón

Profesora Universidad Complutense de Madrid

\* **Departamento Técnico del Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos**

Patricia Figueroa Pulido (Secretaria Técnica)

Ángel Martín Reyes (Técnico)

Elena García Prado (Técnico)

## **DISEÑO Y PRODUCCIÓN**

\* **Euromedia Comunicación**

Manuela Hernández

Azahara S.Mill

# PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS

Desgraciadamente, el TDAH, como otros muchos trastornos y patologías mentales que afectan en la infancia y a la adolescencia, no se estudian como tales en las facultades de Farmacia, por lo que muchos de los farmacéuticos tendremos que conocer estos trastornos y sus tratamientos farmacológicos ya en el ejercicio de nuestra profesión.

Por este motivo, y porque la Salud Mental Infantojuvenil en general debe formar parte de nuestros conocimientos como profesionales sanitarios, se ha presentado ante el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacia un *Plan de Formación, Prevención, e Información Farmacéutica en Salud Mental Infantojuvenil*, del que esta Guía forma parte. Dicho plan estaría destinado a promover la implicación del farmacéutico en este campo, así como a colaborar activamente a desterrar el estigma que acompaña a estas patologías tan necesitadas de la ayuda de todos.

Es muy duro enfrentarse a un tratamiento con psicofármacos, sobre todo cuando se trata de medicar a un hijo. Con frecuencia nos asaltan dudas, desconfianza, incertidumbre ante los posibles efectos adversos y ante las consecuencias a largo plazo que pudieran surgir en su crecimiento y maduración psíquica.

Para los padres, contar con la confianza de su farmacéutico supone un gran consuelo, un apoyo muy importante y necesario por su cercanía y profesionalidad.

Máxime cuando el futuro de la salud de sus hijos depende en gran medida del correcto uso del tratamiento farmacológico.

Como madre y como farmacéutica os invito a colaborar para paliar la angustia que suele acompañar a tantas familias que viven de cerca con un menor que sufre TDAH, a considerar a estos menores como pacientes crónicos y poder así contribuir desde nuestra profesión a su felicidad.

Esta guía no habría sido posible sin el ánimo y la colaboración de mi tutora, la Prof. Dra. M<sup>o</sup> José Martín Calero, así como de mis compañeras del COF de Cádiz, Lola García-Agulló, Pilar Sánchez Jaldón y Cristina Macías. Muchas gracias.

También quisiera agradecer sinceramente la participación de las 59 farmacias de Cádiz, Huelva y Sevilla que han colaborado en la obtención de datos acerca del tratamiento del TDAH, así como al CACOF por su confianza, y en especial a su presidente, Manuel Arenas, por haber hecho tuyas mis inquietudes.

Así mismo, quiero expresar mi gratitud por su revisión y por su apoyo a la Dra. M<sup>o</sup> Jesús Mardomingo, Prof. de Psiquiatría Infantil y pionera en desarrollar esta especialidad en España.

Y por último, me gustaría agradecer a mi marido y a mi hija su apoyo y su cariño, demostrándome cada día que juntos podemos hacer más fácil el TDAH.

Lola Palomino Aguilar

# TDAH: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E



EL TDAH ES UN TRASTORNO CRÓNICO E INCAPACITANTE, QUE DE NO TRATARSE PRECOZ Y ADECUADAMENTE PODRÍA PROVOCAR SITUACIONES FAMILIARES DIFÍCILES, PROBLEMAS ESCOLARES Y, SOBRE TODO, UNA BAJA AUTOESTIMA

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurobiológico más frecuente en la infancia. Afecta a más de un 5% de la población infantil, lo que equivaldría a uno o dos niños por aula.

Es más frecuente en niños que en niñas, a razón de 2:1 para el tipo “inatento”, y de 4:1 para el tipo “hiperactivo-impulsivo”.

Se caracteriza por tres síntomas específicos: **La dificultad para mantener la atención, la hiperactividad y la impulsividad.**

Este trastorno puede ocasionar problemas importantes en el desarrollo de una persona, como disminución del rendimiento académico y dificultades en la adaptación social y familiar.

El TDAH **no se cura**, pero el tratamiento farmacológico, así como el psicológico y una adecuada combinación de ambos ayudan notablemente a paliar los síntomas. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz y acertado y de un tratamiento correcto.

El objetivo principal de esta Guía es introducir al Farmacéutico en el equipo multidisciplinar que debe hacerse cargo del **tratamiento crónico** de un niño TDAH, uniendo así nuestro trabajo al de los especialistas en Psiquiatría Infantil, a los profesores y tutores del menor, a los psicólogos y a su familia.

Pretendemos facilitar el conocimiento que todo profesional farmacéutico debe tener sobre este trastorno, así como proporcionar una serie de herramientas y recomendaciones básicas para poder realizar una *Dispensación Activa* adecuada y sentar las bases para una *Atención Farmacéutica* o para un *Seguimiento Farmacoterapéutico* correcto.

# HIPERACTIVIDAD

## ETIOLOGÍA

Es difícil señalar una etiología clara en el TDAH. Todos los estudios coinciden en que se trata de un trastorno de origen multifactorial, cuyas diferentes causas contribuyen de diversas maneras a la manifestación clínica del trastorno.

Casi todos estos factores se producen en el periodo prenatal o perinatal del niño. Podemos nombrar entre ellos:

- \* **Factores Genéticos:** Existe una predisposición genética demostrada por estudios familiares, con gemelos y por estudios de genética molecular.
- \* **Factores Biológicos:** Como la exposición intrauterina al alcohol, a las drogas, al tabaco o a determinados fármacos. Problemas en el parto, como eclampsia o prematuridad al nacer.
- \* **Factores Neurológicos:** Se han demostrado diferencias anatómicas cerebrales de mayor o menor importancia, así como menores niveles de Noradrenalina (NA) y Dopamina (DA) en el Sistema Atencional Anterior o Ejecutivo, cuya actividad es analizar la información y prepararse a responder. También el Sistema Atencional Posterior (modulado por la NA) se encuentra afectado, siendo el encargado de elegir la información más significativa, evitar lo que no sirve y fijar la atención en nuevos estímulos.
- \* **Factores Ambientales y Psicosociales:** Tales como trastornos psiquiátricos paternos, inestabilidad familiar, ruptura de vínculos, vivir en instituciones, adopción, etc.

Todos estos factores se interrelacionan provocando la aparición de los síntomas de este trastorno de muy diferentes maneras.

Esto nos lleva a la conclusión de que no existen dos personas TDAH iguales: cada uno mostrará unos síntomas, comportamientos y reacción al tratamiento diferentes.

SI UNO DE LOS PADRES  
TIENE TDAH, EL RIESGO DE  
QUE UN HIJO LO PADEZCA,  
SE MULTIPLICA POR 8



# TDAH: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E

## DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Actualmente coexisten dos criterios de clasificación para las enfermedades mentales:

El **CIE 10** (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales), que utiliza la OMS, y el **DSM IV** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición), empleado por la Academia Americana de Pediatría (**Tabla I**).

Ambos criterios son bastante coincidentes en lo que respecta al TDAH, que clasifican según los síntomas predominantes que presente:

- \* Síntomas de Inatención
- \* Síntomas de Hiperactividad
- \* Síntomas de Impulsividad

Según los **Criterios DSM IV**, el TDAH se clasifica en tres subtipos:

- \* **Con predominio INATENTO: Se cumplen los criterios de inatención (A1), pero no los de hiperactividad-impulsividad (A2), durante más de 6 meses.** Son menores “distráidos”, no prestan atención a los detalles ni a lo que se les dice. Son niños poco agresivos, que cambian fácilmente el foco de atención y que tienen dificultades para acabar las tareas.

**EL SUBTIPO “INATENTO” LO PADECEN DEL 20-30% DE LOS CASOS; EL “HIPERACTIVO-IMPULSIVO”, DEL 10-15%; Y EL “COMBINADO”, DEL 50-75%, SIENDO EL MÁS PREVALENTE**



- \* **Con predominio HIPERACTIVO IMPULSIVO: Se cumplen los criterios de hiperactividad impulsividad (A2), pero no los de inatención (A1), durante más de 6 meses.** Son niños en movimiento constante, agotadores, con dificultad para permanecer sentados, que hablan sin parar, ruidosos, cansinos, impacientes. Interrumpen y molestan en clase y suelen tener amonestaciones frecuentes.
- \* **Subtipo COMBINADO: Se cumplen los criterios de inatención (A1) y de hiperactividad impulsividad (A2), durante más de 6 meses.** Estos menores cumplen características de los dos subtipos anteriores, son niños distraídos y muy movidos, siendo el subtipo más frecuente.

# HIPERACTIVIDAD

**TABLA I: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH SEGÚN EL DSM-IV**

<p><b>CRITERIO A1: 6 o más de estos síntomas de Déficit de Atención persisten desde hace más de 6 meses.</b></p>	<p><b>CRITERIO A2: 6 o más de estos síntomas de Hiperactividad - Impulsividad persisten desde hace más de 6 meses.</b></p>
<p>A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p>	<p><b>Síntomas de Hiperactividad</b></p> <p>A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p>
<p>A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p>	<p>A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</p>
<p>A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p>	<p>A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</p>
<p>A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p>	<p>A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor</p>
<p>A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p>	<p>A menudo habla en exceso</p>
<p>A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p>	<p><b>Síntomas de Impulsividad</b></p>
<p>A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p>	<p>A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</p>
<p>A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p>	<p>A menudo tiene dificultades para guardar turno</p>
<p>A menudo es descuidado en las actividades diarias</p>	<p>A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)</p>
<p><b>CRITERIO B: Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.</b></p>	<p><b>CRITERIO D: Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.</b></p>
<p><b>CRITERIO C: Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en 2 o más ambientes (casa, escuela,...).</b></p>	<p><b>Criterio E: Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor con la presencia de otro trastorno mental.</b></p>

# TDAH: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E



## COMORBILIDADES

Normalmente el TDAH coexiste con otras patologías que dificultan su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Cuanto más tarde se diagnostique el TDAH y más tarde se trate correctamente, más posibilidades existen de desarrollar trastornos comórbidos.

Se estima que más del 50% de los pacientes con TDAH presentan al menos una comorbilidad.

EL SUBTIPO INATENTO PADECE COMORBILIDAD EN EL 20-30% DE LOS CASOS, EL HIPERACTIVO- IMPULSIVO EN EL 10-15% Y EL COMBINADO DEL 50-75%.



# HIPERACTIVIDAD

Las más habituales son:

- \* **Trastorno negativista desafiante:** desobediencia y hostilidad hacia las figuras de autoridad (padres, profesores).
- \* **Trastornos de la conducta:** violan normas, vulneran derechos de otro, rechazo social, mayor riesgo de consumo de sustancias ilegales...
- \* Aparición de **tics nerviosos**.
- \* **Trastornos específicos del lenguaje:** dislexia, discalculia, disgrafía...
- \* **Trastornos de ansiedad:** ansiedad por separación, fobia social, miedos o fobias, trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
- \* **Trastornos del humor:** depresión mayor, trastorno bipolar.
- \* **Trastornos del desarrollo de la coordinación:** deficiente psicomotricidad fina.
- \* **Trastornos del espectro autista.**
- \* **Mayor riesgo de abuso de sustancias:** el tratamiento farmacológico adecuado disminuye este riesgo.



# TRATAMIENTO DEL TDAH

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La expresión del TDAH viene determinada por varios factores biológicos, genéticos, neurológicos y ambientales, por lo que el tratamiento deberá incluir, así mismo, varias intervenciones terapéuticas: La **farmacológica y la psicosocial**. Es lo que se denomina **Tratamiento Multimodal**.

Lo correcto es un diseño personalizado del tratamiento para cada paciente realizado por un especialista.

Es importante señalar que el **tratamiento farmacológico** del TDAH está basado en el aumento de la Dopamina y la Noradrenalina en aquellas zonas cerebrales en las que se encuentran disminuidas por este trastorno. Su eficacia en el control de los síntomas está suficientemente probada y se considera superior a las intervenciones no farmacológicas solas.

Existen dos grandes grupos de medicamentos utilizados en el TDAH los estimulantes y los no estimulantes.

### 1. Estimulantes:

**Metilfenidato**

**Dexanfetamina** (no comercializada en España)

### 2. No estimulantes:

**Atomoxetina**

**Antidepresivos Tricíclicos** (Imipramina, Desipramina): Aumentan los niveles de NA y DA. Más eficaces sobre los síntomas conductuales que en la inatención. Una sola administración diaria, efectos secundarios muy frecuentes que los colocan como segunda línea de tratamiento.

**Clonidina**. Indicada en presencia de tics, trastornos del sueño graves o alteraciones de conducta importantes. Provocan sedación excesiva y también hipotensión. En combinación con Metilfenidato, se han dado casos de muerte súbita en menores, lo que recomienda prudencia en su uso.

**Bupropión**. Efecto agonista adrenérgico y dopaminérgico. Empleado con éxito en adolescentes con TDAH y depresión o abuso de sustancias. Riesgo de disminución del umbral convulsivo a dosis elevadas y en pacientes con antecedentes.

De ambos grupos, vamos a desarrollar más ampliamente el Metilfenidato y la Atomoxetina.



NO DISPONEMOS DE TRATAMIENTOS CURATIVOS DEL TDAH. LA TERAPIA FARMACOLÓGICA MEJORA LOS SÍNTOMAS DURANTE SU UTILIZACIÓN, POR ESO ES IMPORTANTES EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

### **METILFENIDATO (MFT)**

Único estimulante aprobado en España para el tratamiento del TDAH en niños de más de 6 años y adolescentes. Se trata de un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) que aumenta la disponibilidad de Noradrenalina (NA) y de Dopamina (DA) en el espacio extraneuronal.

Es uno de los fármacos de elección en el TDAH y tiene una respuesta satisfactoria en el 70% de los casos, que se consigue de manera inmediata.

Existen numerosos estudios que respaldan la **eficacia y seguridad** del MFT en los tres síntomas principales del TDAH, así como la mejora de las relaciones sociales, familiares y los resultados académicos de los pacientes.

El tipo Inatento responde mejor a dosis bajas, y tanto el Hiperactivo como el Combinado a dosis moderadas / altas.

# TRATAMIENTO DEL TDAH

\* Las **Reacciones adversas** al Metilfenidato son numerosas y suelen ser dosis-dependientes:

- **Frecuentes:** Disminución del apetito, dificultad de conciliar el sueño, cefalea, dolor abdominal e irritabilidad.
- **Menos frecuentes:** Disminución del crecimiento, tics, efectos cardiovasculares.
- **Muy raros:** Depresión y pensamientos de suicidio.

\* Las **interacciones** más frecuentes son:

- **IMAO**, por riesgo de crisis hipertensivas.
- **Antidepresivos tricíclicos, anticoagulantes cumarínicos y antiepilépticos**, porque el MFT inhibe su metabolismo.
- **Clonidina**, por casos de muerte súbita con esta combinación.
- Medicamentos que aumenten la presión arterial.

\* **Presentación.** Disponemos de diferentes **presentaciones de MFT** de liberación inmediata y retardada que posibilitan un **ajuste individualizado** de la posología en cada caso, cuyas características diferenciales presentamos en la **Tabla II**. Las equivalencias de dosificación están recogidas en la **Tabla III**

**1. RUBIFEN®.** Comprimidos de liberación inmediata con presentaciones de 5, 10 y 20mg.

**2. CONCERTA®.** Comprimidos de liberación retardada. Presentaciones de 18, 27, 36 y 54mg

**3. MEDIKINET®:** Cápsulas de liberación retardada. Presentaciones de 10, 20, 36 y 54mg.

LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO  
DEPENDERÁ DE CADA PACIENTE. SE  
RECOMIENDA TOMAR LA MEDICACIÓN  
EN EL PERIODO ESCOLAR Y TAMBIÉN EN  
VACACIONES, YA QUE MEJORARÁ SUS  
RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES



**TABLA II: DIFERENTES PRESENTACIONES DE METILFEMIDATO (MFT) EN ESPAÑA**

	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>ADMINISTRACIÓN</b>	<b>POSOLOGÍA</b>	<b>DURACIÓN DEL EFECTO</b>
<b>METILFEMIDATO DE LIBERACIÓN INMEDIATA</b>	<b>RUBIFEN® Comprimidos</b> 5mg, 10mg, 20mg	Comprimido pequeño, se puede fraccionar. Puede tomarse con las comidas	<b>2 ó 3 veces al día</b> Dosis de inicio: <b>5mg</b> Incrementos semanales de <b>5mg/toma</b> (hasta ajustar dosis) <b>Dosis Diaria ≤ 60mg</b>	Efecto <b>inmediato</b> , duración de <b>2 -4 horas</b> cada toma
<b>METILFEMIDATO DE LIBERACIÓN RETARDADA</b>	<b>CONCERTA® Comprimidos</b> 18mg, 27mg, 36mg, 54mg	No se debe masticar, partir o triturar. Debe tragarse entero con ayuda de líquido, con o sin alimento	<b>1 vez al día</b> Dosis de inicio: <b>18mg</b> Incrementos semanales de 18mg/día (hasta ajustar dosis) <b>Dosis Diaria ≤ 54mg</b>	Efecto en <b>media hora</b> , duración sostenida durante <b>10-12 horas</b>
	<b>MEDIKINET® Cápsulas</b> 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	La cápsula puede abrirse y vaciarse en zumos, yogurt... Debe tomarse siempre con alimentos	<b>1 vez al día</b> Dosis de inicio: <b>10mg</b> Incrementos semanales de <b>10mg/día</b> (hasta ajustar dosis) <b>Dosis Diaria ≤ 40mg</b>	Efecto <b>inmediato</b> , duración sostenida durante ≈ <b>8 horas</b>

**TABLA III: CONSIDERACIONES Y EQUIVALENCIAS EN DOSIFICACIÓN**

Para determinar la dosis óptima, puede iniciarse con Rubifen® y cambiar más adelante por Concerta® o Medikinet®.

Pueden utilizarse combinaciones de presentaciones de liberación rápida y de liberación retardada.

Si una forma de liberación prolongada es insuficiente, es mejor añadir una dosis de liberación rápida en lugar de pasar a una dosis superior de la primera.

Concerta ® 18 mg (1 toma al día)	<b>EQUIVALE A:</b>	Rubifen ® 5 mg (3 tomas al día)
Concerta ® 36 mg (1 toma al día)		Rubifen ® 10 mg (3 tomas al día)
Concerta ® 54 mg (1 toma al día)		Rubifen ® 15 mg (3 tomas al día)
Medikinet ® 10 mg (1 toma al día)		Rubifen ® 5 mg (2 tomas al día)
Medikinet ® 20 mg (1 toma al día)		Rubifen ® 10 mg (2 tomas al día)
Medikinet ® 40 mg (1 toma al día)		Rubifen ® 20 mg (2 tomas al día)

# TRATAMIENTO DEL TDAH

## ATOMOXETINA (ATX)

Primer fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento del TDAH en niños mayores de 6 años y adolescentes. Disponible desde 2003 en EEUU, en España se comercializa con el nombre de **STRATTERA®** desde julio de 2008.

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la Noradrenalina en la corteza prefrontal, no haciéndolo en las zonas cerebrales relacionadas con el abuso de sustancias ni con el desarrollo de tics.

\* La ATX es uno de los fármacos de elección en TDAH, especialmente en aquellos casos en que el MTF está desaconsejado:

- Pacientes con ansiedad o depresión como patologías comórbidas.
- En riesgo de abuso de sustancias, pues no produce efecto euforizante.

Su efecto terapéutico no se alcanza hasta pasadas unas 4 semanas de iniciado el tratamiento y dura 24 horas, por lo que carece de "efecto rebote".

Su presentación es de capsulas que no deben abrirse, y puede administrarse una vez al día, con o sin comidas, o en dos tomas, una por la mañana y otra por la noche en caso de producir demasiada somnolencia. En España se comercializan de 10, 18, 25, 40, 60 y 80mg.

Debe vigilarse la presión y el pulso del paciente.

En caso de cesar el tratamiento, deberá hacerse con una reducción progresiva de la dosis.

\* **Las reacciones adversas** como disminución del apetito, náuseas y vómitos y somnolencia, suelen ser transitorias y disminuyen a los pocos meses de tratamiento. Se debe vigilar estrechamente los cambios de humor, pensamientos de suicidio y trastornos hepáticos.

\* La ATX puede **interaccionar** con IMAO, y deberá tenerse precaución con: agonistas  $\beta$ -2 (Salbutamol), por riesgos cardiovasculares; neurolépticos, antiarrítmicos, fármacos vasopresores, antidepresivos (Bupropión, Imipramina, Venlafaxina, Mirtazapina) y con descongestionantes (Pseudoefedrina, Fenilefrina).

Ventajas e inconvenientes entre MTF y ATX en [Tabla IV](#).

EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA ATOMOXETINA NO SE CONSIGUE HASTA AL MENOS 4 SEMANAS TRAS INICIAR EL TRATAMIENTO. SU DURACIÓN ES DE 24 HORAS, CON AUSENCIA DE “EFECTO REBOTE”

**TABLA IV: VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS DIFERENTES PRESENTACIONES DE METILFENIDATO Y ATOMOXETINA EN ESPAÑA**

	<b>RUBIFEN®</b>	<b>CONCERTA®</b>	<b>MEDIKINET®</b>	<b>STRATTERA®</b>
<b>Presentación</b>	Comprimidos	Comprimidos	Cápsulas	Cápsulas
<b>Liberación</b>	Liberación inmediata	Liberación retardada	Liberación retardada	Liberación normal
<b>Consideraciones</b>	Pequeños, fácil de tragar	No se deben masticar, ni machacar	Se pueden abrir y añadir a líquidos, yogurt...	No se deben abrir
<b>Mecanismo de Acción</b>	Estimulantes	Estimulantes	Estimulantes	No estimulantes
<b>Aparición del Efecto</b>	Inmediato	0-1/2 hora	Inmediato	A los 15 días de su dosis inicial
<b>Duración del Efecto</b>	2-4 horas	10-12 horas	6-8 horas	24 horas
<b>Dosis Diaria</b>	Varias	1 dosis	1 dosis	1 dosis
<b>Efecto rebote</b>	Posible	No	Posible	No
<b>Financiación por SS</b>	Sí	Sí	Sí	Sí, con Visado
<b>Coste</b>	Barato	Caro	Caro	Caro

# TRATAMIENTO DEL TDAH

## TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

El tratamiento psicológico o psicoeducativo debe ir dirigido al paciente, a los padres del menor y a los profesores y tutores de éste.

Está específicamente indicado en casos de TDAH y Trastorno Negativista desafiante, o cuando persisten las dificultades académicas, familiares o sociales.

Consistirá en proveer de información sobre TDAH tanto a padres como a educadores por medio de **“Escuela de padres”**, cursos dirigidos a profesores en los colegios u otros donde:

- \* Aprender a conocer el TDAH y a aceptar a los hijos/alumnos como son para poder ayudarles.
- \* Aprender recursos necesarios en el colegio: sentarle en primera fila, permitirle más “movimiento”, supervisarle con frecuencia, dividir el trabajo en tareas menores, etc.
- \* Idear estrategias que mejoren el propio autocontrol del niño: sistema de puntos que premie los objetivos cumplidos, aplicar “tiempo fuera”, etc...
- \* Mejorar la conducta frente a la tarea académica y mejorar la motivación ante el estudio, e instaurar el hábito de estudio al niño que no lo tiene.
- \* Entrenar habilidades sociales que mejoren las relaciones del niño con familia, y compañeros, como son: aprender a aplicar reglas de juego, no culpar a los demás, aceptar las consecuencias, identificar los sentimientos, etc.

**SE HA DEMOSTRADO QUE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES O PSICOSOCIALES POR SI SOLOS NO SON TAN EFECTIVOS COMO EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, AUNQUE SE ACONSEJA LA UNIÓN DE AMBOS EN DETERMINADOS CASOS**



Algunas de las **estrategias** recomendadas para controlar los síntomas del TDAH en niños son:

- \* Premiar el buen comportamiento antes que castigar los malos resultados para aumentar la autoestima.
- \* Realizar las mismas rutinas todos los días.
- \* Organizar las actividades con antelación.
- \* Utilizar agendas para anotar actividades, tareas...
- \* Establecer límites coherentes y equilibrados que puedan alcanzarse.
- \* Aumentar la disciplina.
- \* Promover juegos y actividades que estimulen la atención y disminuyan la impulsividad.



# ACTUACIÓN DESDE LA OFICINA DE FARMACIA



## PAPEL DEL FARMACÉUTICO

El TDAH es un proceso **crónico e incapacitante** que representa un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, sus manifestaciones en la infancia y las repercusiones sociales, familiares y escolares que genera en los pacientes, además del elevado riesgo de presentar alguna comorbilidad. **Desde la Oficina de Farmacia se puede intervenir para ayudar a familiares y pacientes de diferentes maneras:**

\* **Adherencia al tratamiento y cumplimiento terapéutico.** En el TDAH el tratamiento farmacológico es muy específico, destinado a tratar los síntomas y no a curar el trastorno, por lo que colaborar en el cumplimiento terapéutico es fundamental. Si el TDAH se aborda precoz y adecuadamente, se evitarán numerosas complicaciones que empeorarían notablemente la calidad de vida de los menores (baja autoestima, fracaso escolar...).

El farmacéutico debe involucrarse procurando una adecuada adherencia al tratamiento. Para ello, podrá aconsejar acerca de las estrategias de manejo de los diferentes medicamentos con el fin de optimizar los beneficios y disminuir los efectos adversos.

## EXISTEN DIVERSAS ESTRATEGIAS QUE AYUDAN A MINIMIZAR LOS RIESGOS DEL METILFENIDATO Y LA ATOMOXETINA



Además, deberá mostrar a los padres la importancia de cumplir el tratamiento, así como la relación directa entre la toma del medicamento y el control de los síntomas. También deberá enseñar la diferencia entre efecto adverso, efecto rebote y efecto por fin de dosificación.

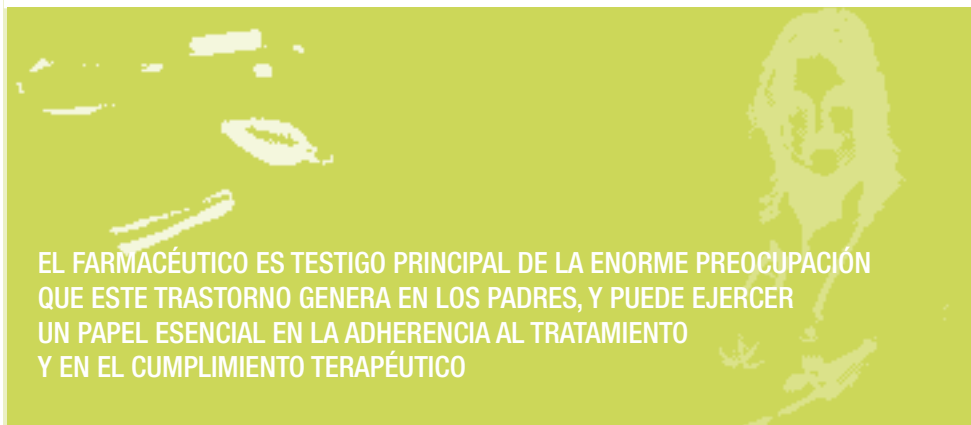
- \* **Confianza y seguridad.** Por su cercanía al ciudadano, el farmacéutico es depositario de las dudas y preocupación que genera este trastorno en los padres, desempeñando un papel principal en ofrecer información correcta y adecuada acerca del mismo y de sus tratamientos. Deberá tranquilizar a los padres acerca de *falsos rumores* que acompañan a este trastorno y a su tratamiento: predisposición a adicción a las drogas, culpabilidad de los padres, miedos ante la medicación...
- \* **Orientar hacia consulta especializada.** El farmacéutico puede ser, con mucha frecuencia, el primer profesional sanitario al que se dirijan las familias, y deberá orientarlos para que se dirijan al especialista en psiquiatría infantil correspondiente.
- \* **Prevención de riesgos con el MTF y la ATX.** Ambos medicamentos muestran efectos secundarios muy frecuentes e importantes, así como alertas medicamentosas que deben tenerse en cuenta (alteraciones cardiovasculares, psiquiátricas, riesgo de suicidio...). Al tratarse de un trastorno que acompañará a los menores durante muchos años, es aconsejable hacer Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para evitar interacciones con otros tratamientos ocasionales o crónicos; así como recomendar realizar evaluaciones periódicas por el especialista.

# ACTUACIÓN DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

## ESTRATEGIAS Y CONSEJOS FARMACÉUTICOS

Para facilitar la intervención farmacéutica en la dispensación de ATX y MTF en el tratamiento del TDAH, ofrecemos una serie de estrategias para minimizar los efectos adversos, ayudar a optimizar los resultados del tratamiento y prevenir riesgos.

- \* **Disminución del apetito. MTF y ATX.** Administrar el fármaco con la comida o justo después. Hacer varias ingestas al día, avisar en el colegio que no obliguen al menor a comer demasiado para que no le suponga un “castigo” y reforzar con cenas más fuertes.
- \* **Insomnio. MTF.** Proponer al especialista si se puede adelantar la toma de la tarde, o reducir esa dosis. En MFT de acción prolongada, sugerir al especialista la administración 1 —2 horas antes de levantarse.
- \* **Aparición de Tics. MTF.** Sugerir al especialista una disminución de dosis si la medicación está siendo efectiva no es así, considerar un cambio de tratamiento.
- \* **Efectos cardiovasculares. MTF y ATX.** Evaluar riesgo cardiovascular previo. Sugerir controlar regularmente la presión arterial y el pulso.
- \* **Disminución del crecimiento. MTF.** Monitorizar peso y talla. Sugerir al especialista descansos en el tratamiento en periodos vacacionales y aprovechar para estudiar la eficacia del tratamiento.
- \* **En caso de riesgo** de drogadicción por parte del paciente, debe preferirse la **ATX**.



EL FARMACÉUTICO ES TESTIGO PRINCIPAL DE LA ENORME PREOCUPACIÓN QUE ESTE TRASTORNO GENERA EN LOS PADRES, Y PUEDE EJERCER UN PAPEL ESENCIAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

- \* **Efecto rebote.** **MTF.** Suele presentarse al finalizar el tiempo de respuesta del MTF, normalmente por la tarde. Reajustar horarios de tomas de medicamentos. Son preferibles las formas de liberación prolongada.
- \* **Náuseas y vómitos.** **ATX.** Administrar el fármaco por la noche. Suele ceder al mes de tratamiento.
- \* **Somnolencia.** **ATX.** Administrar el fármaco por la noche o en dos tomas, mañana y noche (mitad de la dosis).

\*

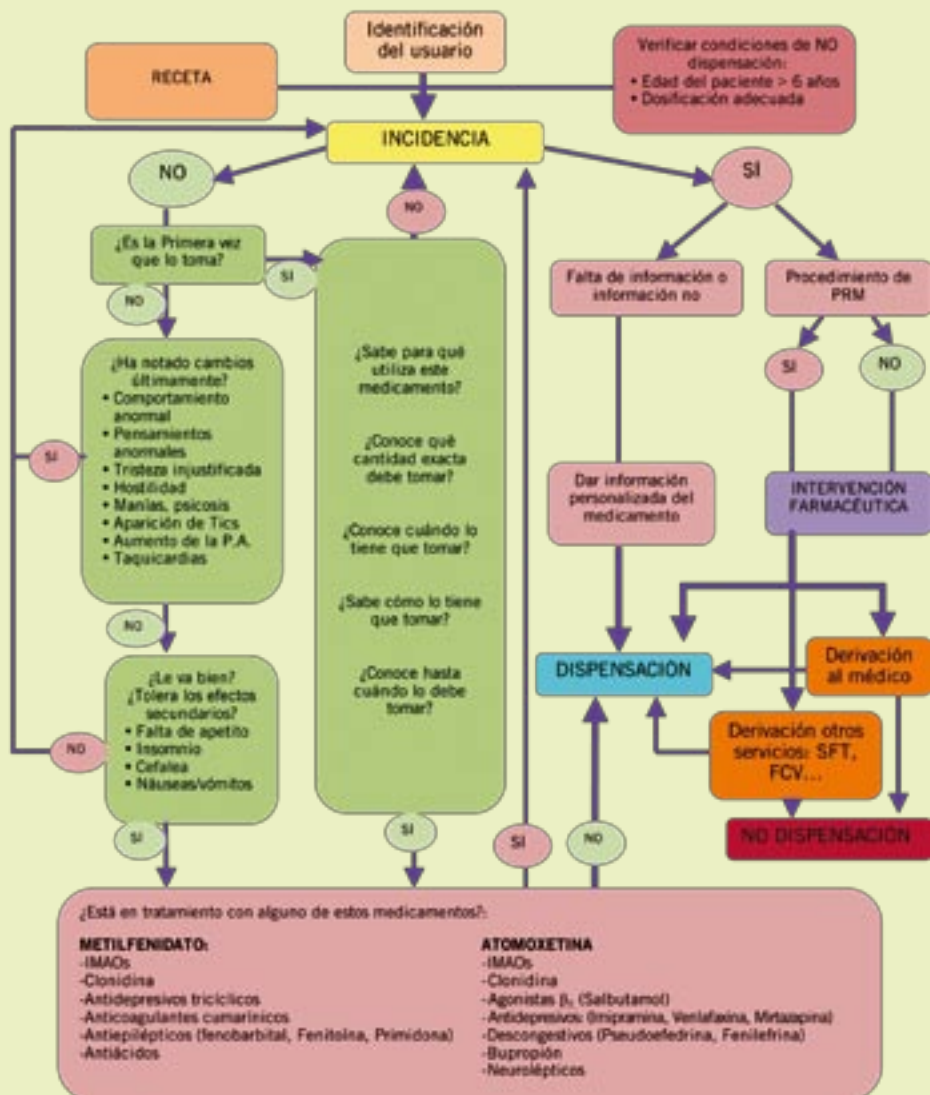


**Cambios de humor.** **MTF y ATX.** Observar detenidamente los cambios de humor y de conducta (pensamientos anormales, ideas de suicidio, ansiedad, pánico, irritabilidad...) durante los primeros meses de tratamiento y en cada ajuste de dosis. Consultar al especialista en caso de producirse.

- \* **Efectos hepáticos.** **ATX.** Realizar determinación de transaminasas. En caso de ictericia, retirar el medicamento.
- \* **Convulsiones.** **ATX.** Utilizar con precaución en pacientes con historial previo de convulsiones.

# ACTUACIÓN DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

## PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN EN EL TDAH

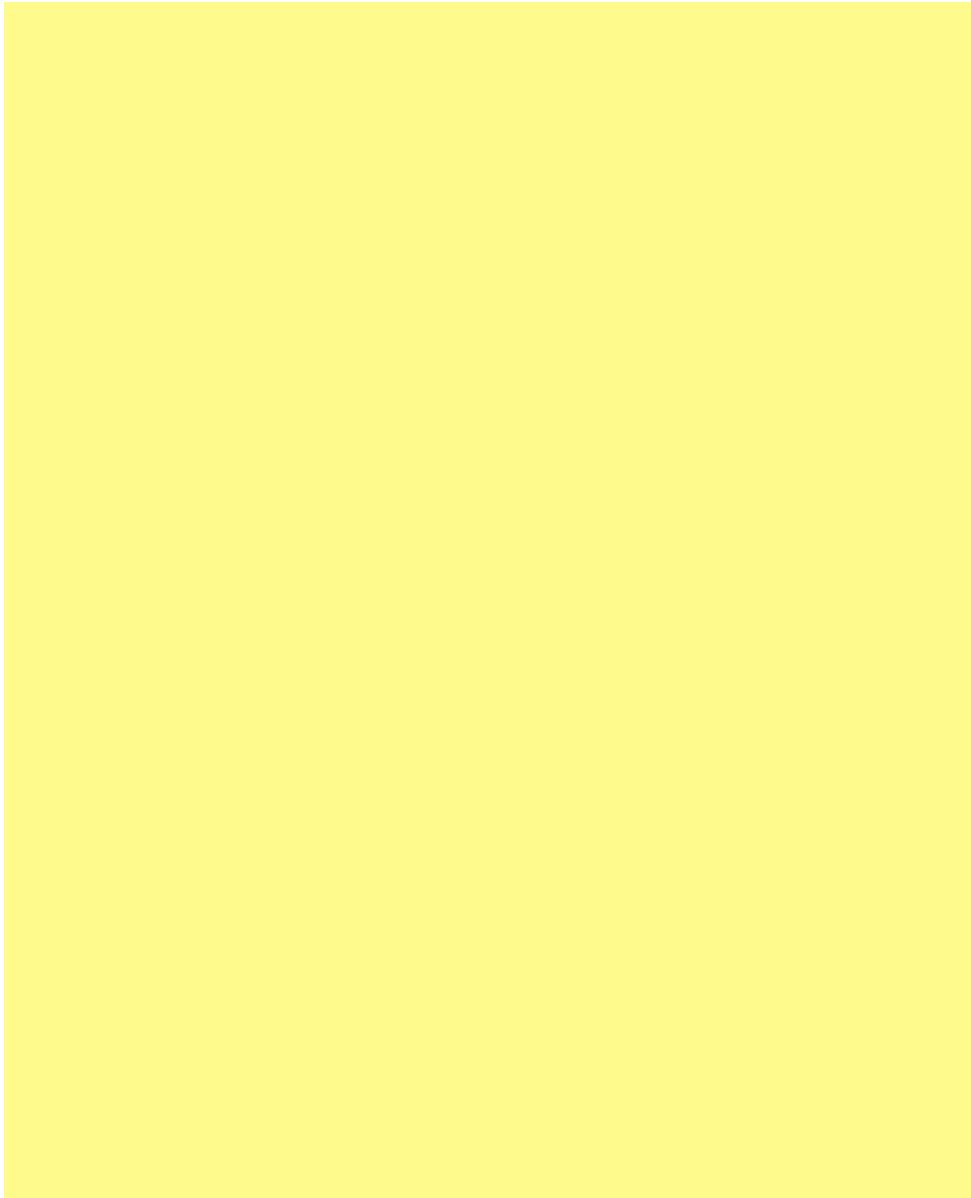


## FUENTES CONSULTADAS

- \* Fernández-Jaldón, P. García-Agulló L, Macías C, Vallejo F. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. C.O.F de Cádiz. El Pildorero 2007; 52.
- \* Fernández-Jaldón, P. García-Agulló L, Macías C, Vallejo F. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. C.O.F de Cádiz. El Cuentagotas 2008; 50.
- \* Viamonte Ezcurdia A. Aproximación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y su tratamiento (I). Aula de la Farmacia 2008; 4 (48):34-40.
- \* Viamonte Ezcurdia A. Aproximación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y su tratamiento (y II). Aula de la Farmacia 2008; 4 (51):27-38.
- \* Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica'09. Dispensación de psicofármacos: Antidepresivos y Ansiolíticos. Trastornos del ánimo. Guía práctica.

## DIRECCIONES DE INTERÉS

- \* **ESPAÑA:** Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)  
[www.feaadah.org](http://www.feaadah.org)
- \* **ANDALUCÍA:** Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FAHYDA).  
[www.aspathi.eresmas.com/fahyda.htm](http://www.aspathi.eresmas.com/fahyda.htm)  
Tlfno.: 659 85 64 38  
[coordinadoratdahandalucia@hotmail.com](mailto:coordinadoratdahandalucia@hotmail.com)  
[fahyda.org@gmail.com](mailto:fahyda.org@gmail.com) 659856438



Patrocina:

*Lilly*