

Manejo del tratamiento farmacológico en adolescentes afectados de TDAH

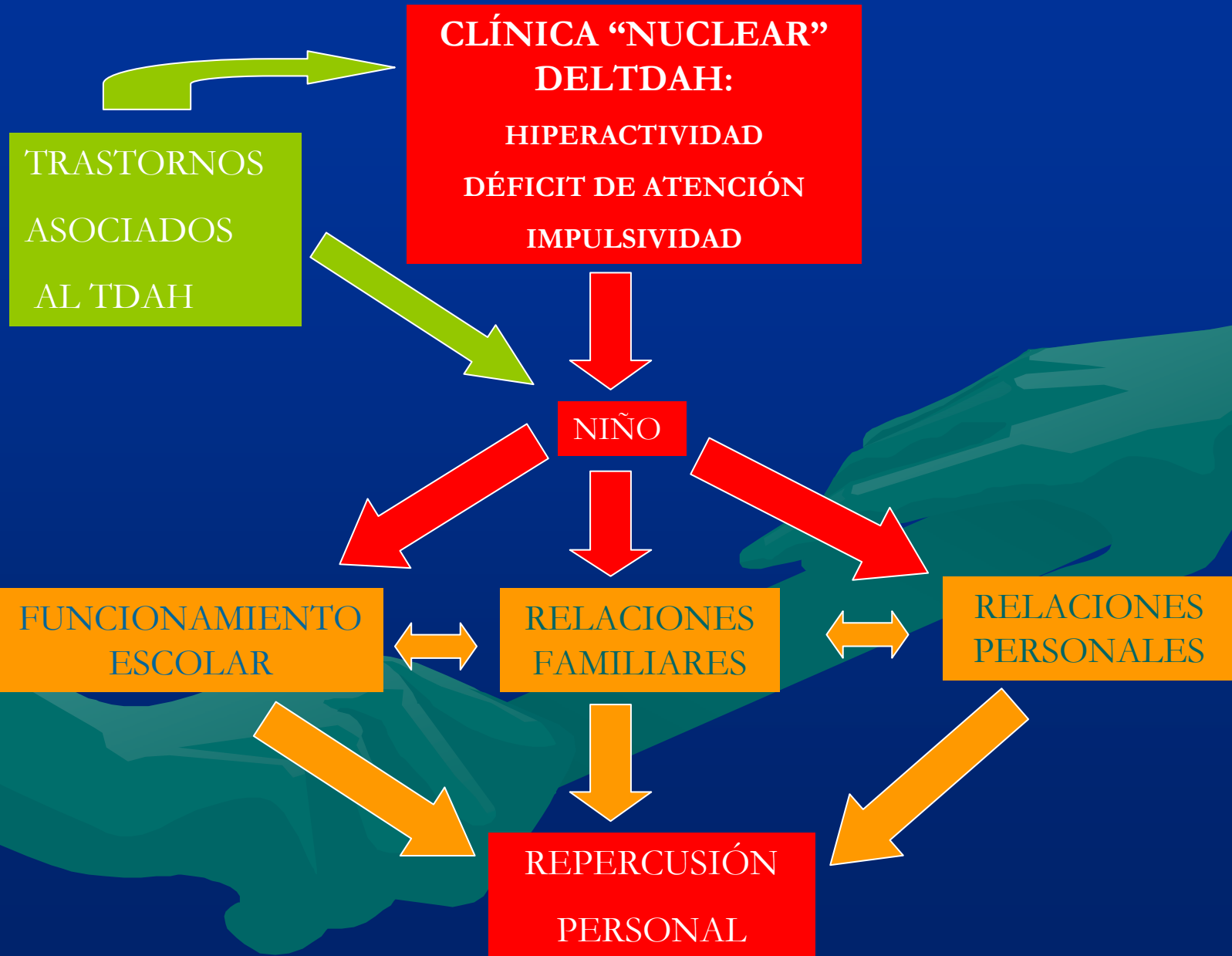


Francisco Díaz Atienza



¿Por qué tratar el TDAH?





CLÍNICA "NUCLEAR" DEL TDAH:

HIPERACTIVIDAD

DÉFICIT DE ATENCIÓN

IMPULSIVIDAD

TRASTORNOS

ASOCIADOS

AL TDAH

NIÑO

FUNCIONAMIENTO ESCOLAR

RELACIONES FAMILIARES

RELACIONES PERSONALES

REPERCUSIÓN PERSONAL

Plan de tratamiento (I)



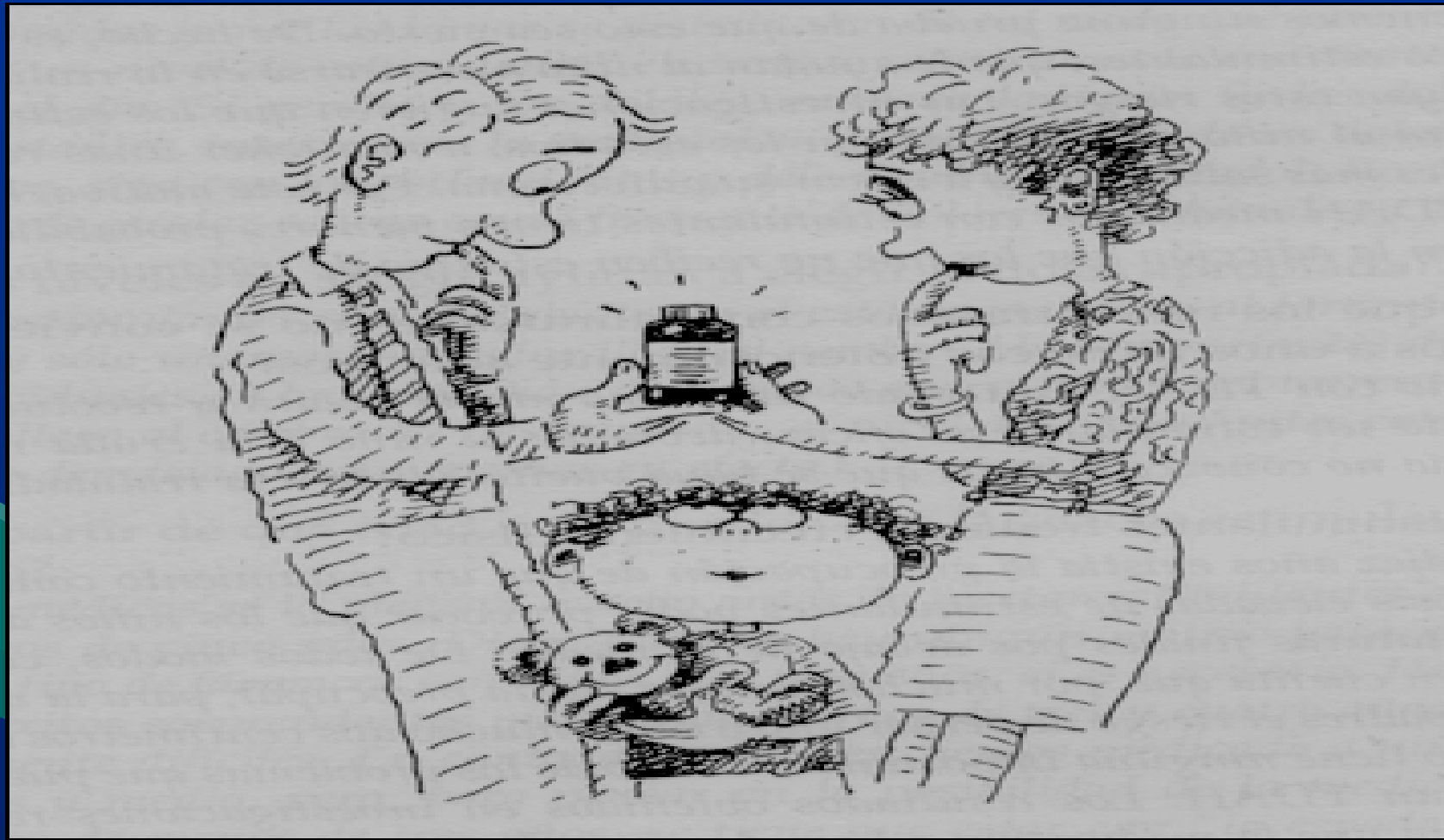
1. TDAH como problema por lo general crónico
2. Evidencias más recientes relativas a los tratamientos más eficaces
3. Valorar si existen otros T. neuropsiquiátricos comórbidos
4. Debe ser multimodal

Plan de tratamiento (II)



5. Se han de tener en cuenta las preferencias y preocupaciones de los padres y pacientes
6. Se debe tener consentimiento informado
7. Deberá revisarse regularmente
8. En la evaluación de resultados se deberían incluir medidas sobre el impacto en la calidad de vida

Tratamiento farmacológico en el TDAH



Tipos de tratamiento farmacológico

Fármacos

Mecanismo de acción

Psicoestimulantes:

Metilfenidato:

- de liberación inmediata: Rubifén ®
- de liberación prolongada : Medikinet ®.
- de liberación osmótica: Concerta ®.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina:

Atomoxetina: Strattera ®.

Reboxetina

↓ recaptación de NA

↑: Estimulación; ↓: Inhibición; DA: Dopamina; NA: Noradrenalina

METILFENIDATO

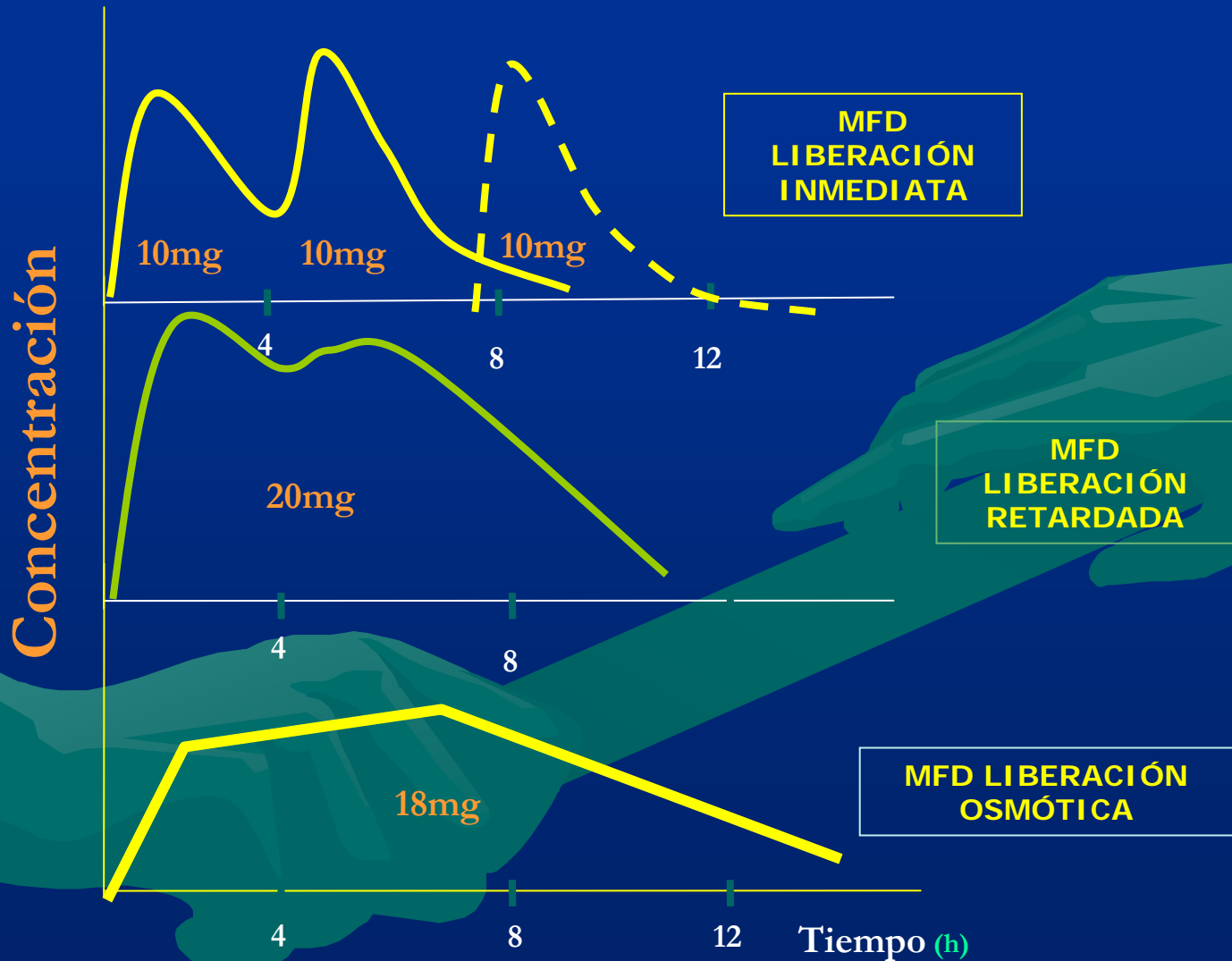


Estimulante (simpaticomimético).

Mecanismo de acción: Incremento de las catecolaminas (en especial la dopamina) en el espacio sináptico



Farmacocinética: comparativa entre los tres formas de MFD



Dosis MTF



Dosis medias (0,6-1mg/Kg/día

En caso de respuesta insuficiente:
0,7 mg/Kg por dosis hasta tres veces al día o unas dosis diaria total de 2,1 mg/Kg/día sin sobrepasar 90 mg/día de LI o LP equivalente

Efectos secundarios

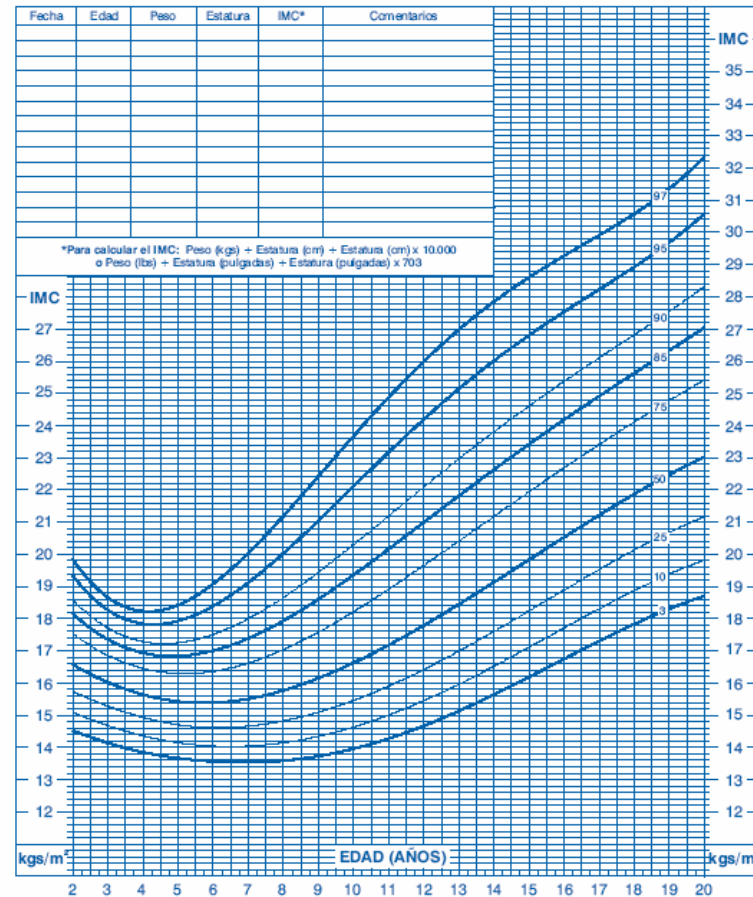


- 1.- Apetito
- 2.- Crecimiento
- 3.- Tics
- 4.- Epilepsia
- 5.- Abuso de drogas
- 6.- Riesgo cardiovascular

Índice de Masa Corporal

2 a 20 años: Niños
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____
de Archivo _____

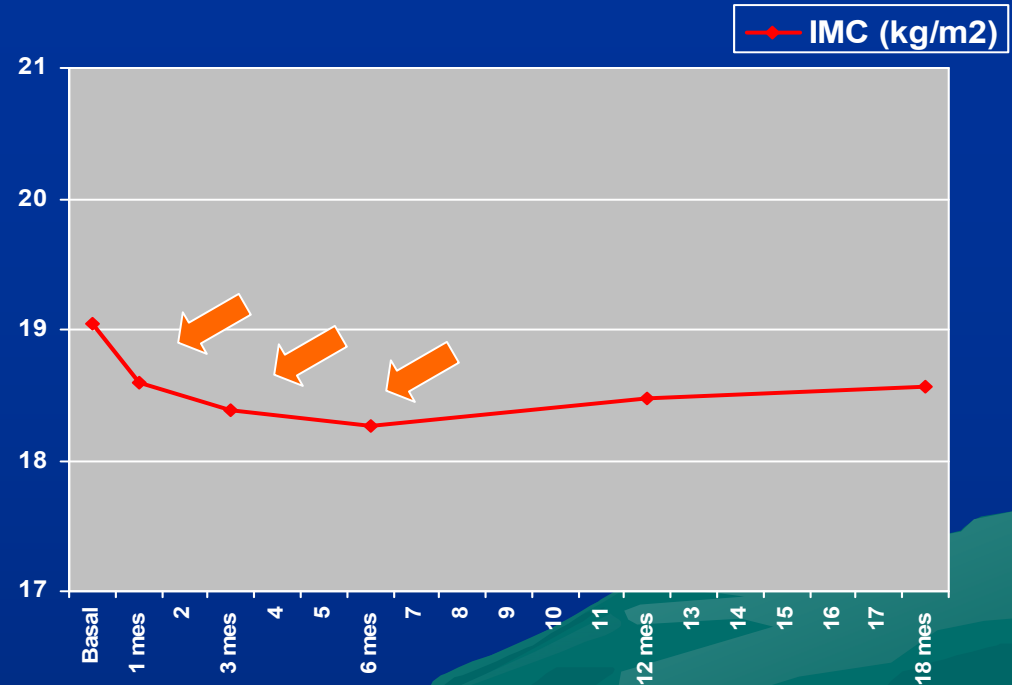


Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/nw/whcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE

IMC USMI-GR



	Media (dt)	F*	(gl=1)	p
IMC basal	19,05 (3,95)			
IMC 1 mes	18,61 (3,75)	18,52		<0,001
IMC 3 meses	18,38 (3,59)	16,29		0,001
IMC 6 meses	18,26 (3,41)	14,17		0,001
IMC 12 meses	18,47 (3,8)	3,6		0,07
IMC 18 meses	18,56 (3,73)	3,74		0,066

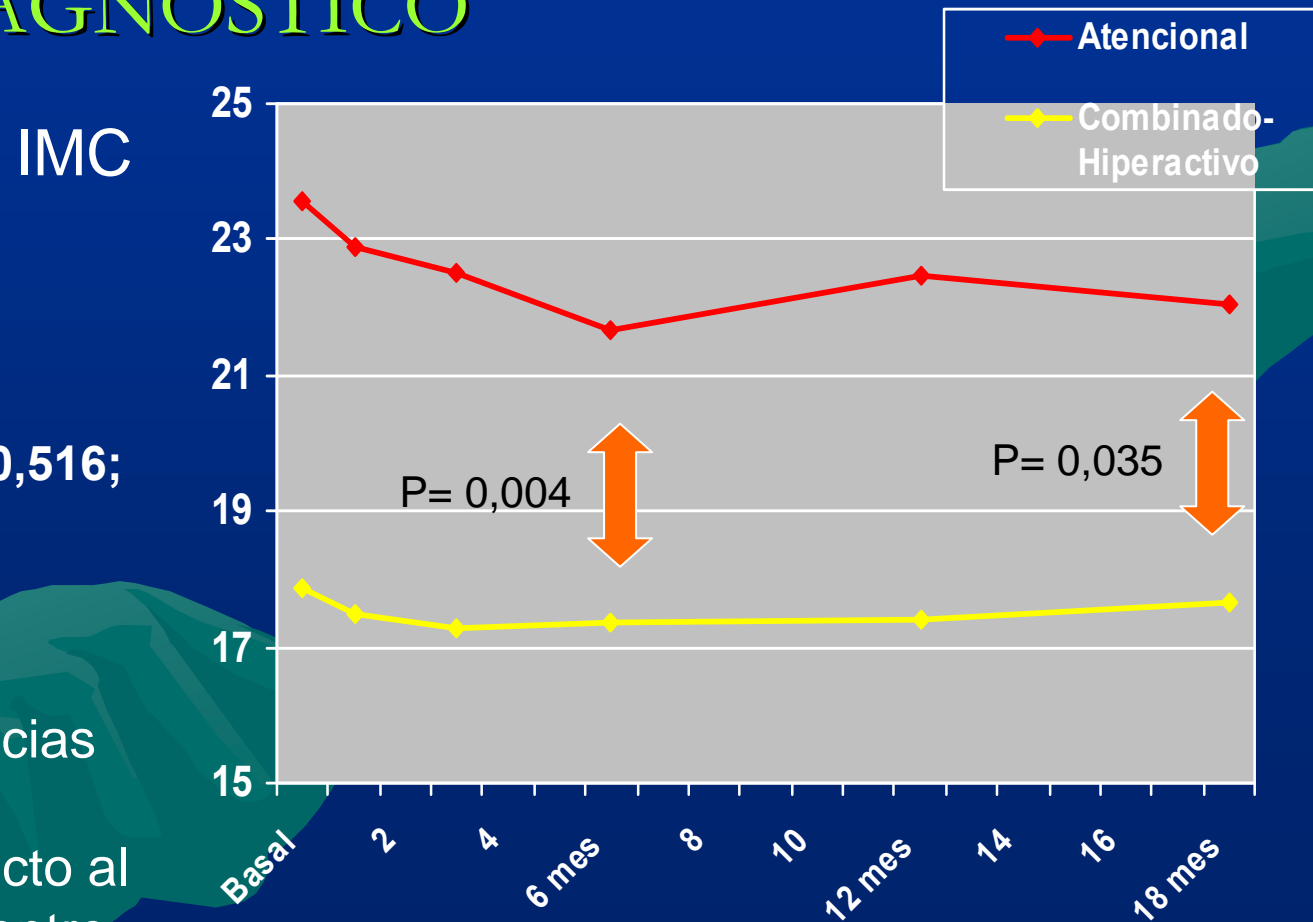
*Cada media de IMC es comparada con el IMC basal

ESTUDIO DEL IMC EN RELACIÓN A OTROS FACTORES

- TIPO DIAGNÓSTICO

Lambda de Wilks=0,516;
p=0,025

*No existen diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de variables entre ambos grupos



ATOMOXETINA



Corteza prefrontal



↑ SRNa:
Na y Da
noradre

Corteza postparietal



Na

C.Estriado

(-)

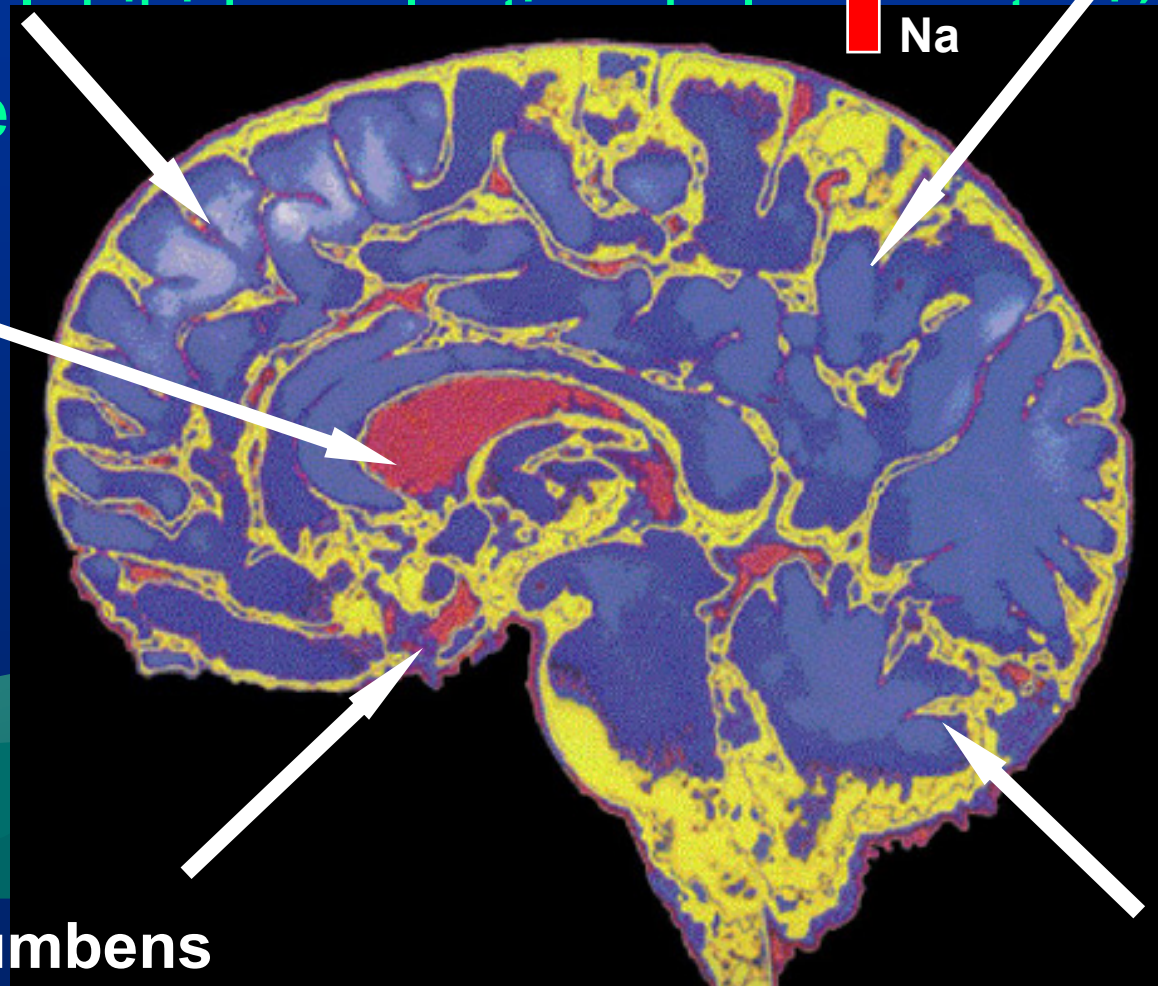
N. Accumbens

(-)

Cerebelo



Na



ATOMOXETINA. Dosis, efectos secundarios

1 Una toma al día

2. Inicio de acción no inmediata (4 semanas).

Dosis: ≤ 70 kgrs:

- dosis inicial: 0.5 mgrs /kgr

- Dosis de mantenimiento: 1.2 mgrs /kgr

≥ 70 kgrs:

- inicial: 40 mgrs /kgr

- Dosis de mantenimiento 80 mgrs /kgr

Dosis máxima: 1,8 mgrs /Kgr- dosis

En el caso de no respuesta

Se puede ensayar medicación no autorizada para el TDAH:

- Bupropion
- Clonidina
- Modafinil
- Imipramina

La utilización de medicación no autorizada para el TDAH sólo se debe llevar a cabo en los Centros de tercer nivel

(NICE,72 (2008))

Evaluación previa del tratamiento farmacológico (I)

- Evaluación social y de SM completa
- Una historia clínica y una exploración física que incluya:
 1. Valoración de antecedentes de síncope de esfuerzo, disnea excesiva u otros síntomas cardiovasculares
 2. FC, TA, Peso y Talla
 3. Antecedentes familiares de enfermedad cardiaca

Evaluación previa del tratamiento farmacológico (II)

4. ECG si hay antecedentes de enfermedad cardiaca grave, antecedentes de muerte súbita o hallazgos anormales en la exploración cardiaca.
5. Evaluación del riesgo de abuso de sustancias

Duración, interrupción y continuidad del tratamiento

- Aconsejable cada año revisar si la medicación sigue siendo necesaria
- Continuar mientras siga siendo clínicamente efectiva
- No se recomiendan las vacaciones de forma rutinaria
- No obstante el médico debe encontrar el mejor patrón de uso y que puede incluir periodos sin tratamiento farmacológico
- Control periódico de Peso, Talla, Frecuencia cardiaca y Tensión arterial

Competencia *Gillick*

- Es aquella competencia según la cual un adolescente que posee la suficiente madurez y la comprensión en relación a un tratamiento médico particular, es legalmente capaz de dar su consentimiento, que incluye su posibilidad de rechazarlo

Adherencia terapéutica

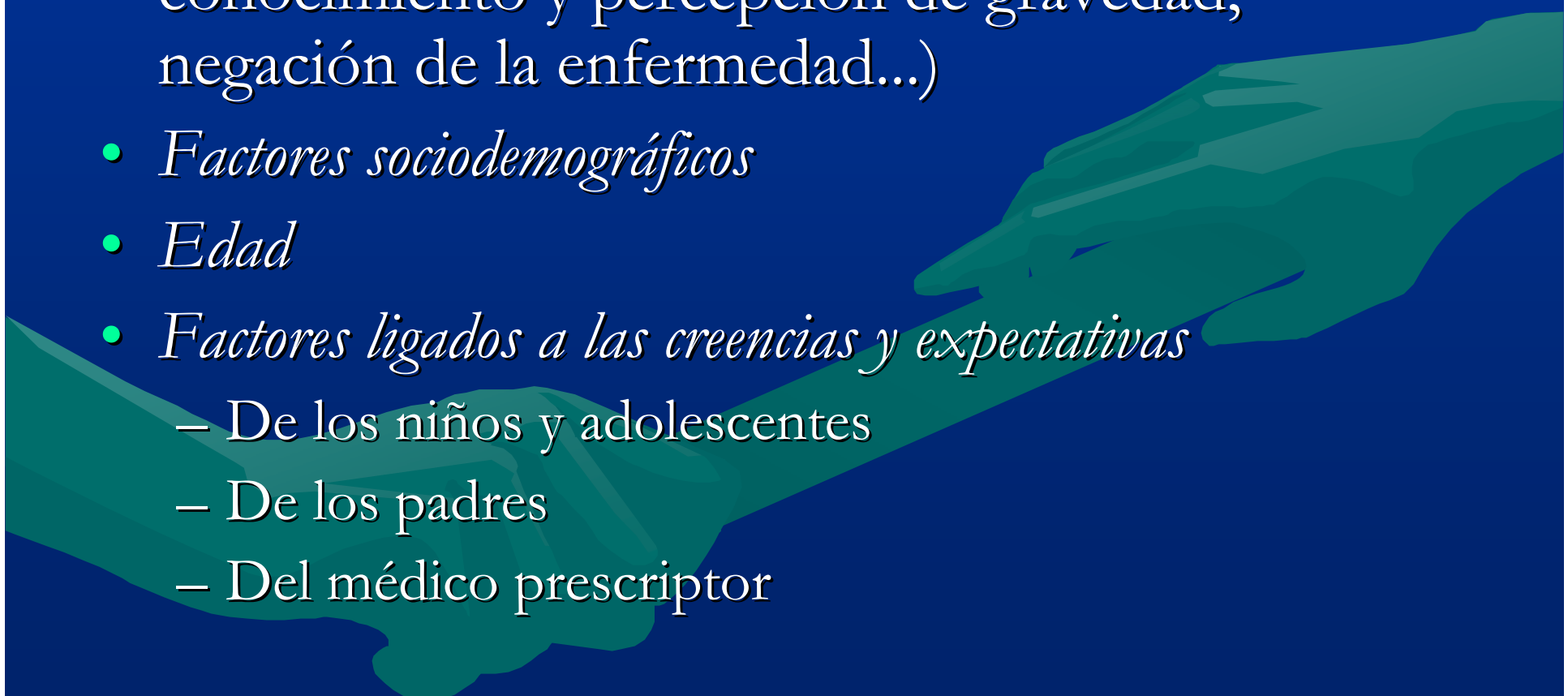
El grado de concordancia entre el comportamiento de un individuo (en términos de la toma de medicación, seguimiento de las prescripciones psicosociológicas, cambios del estilo de vida) y la prescripción médica.

Haynes & Taylor, 1979

Componentes de la adherencia terapéutica

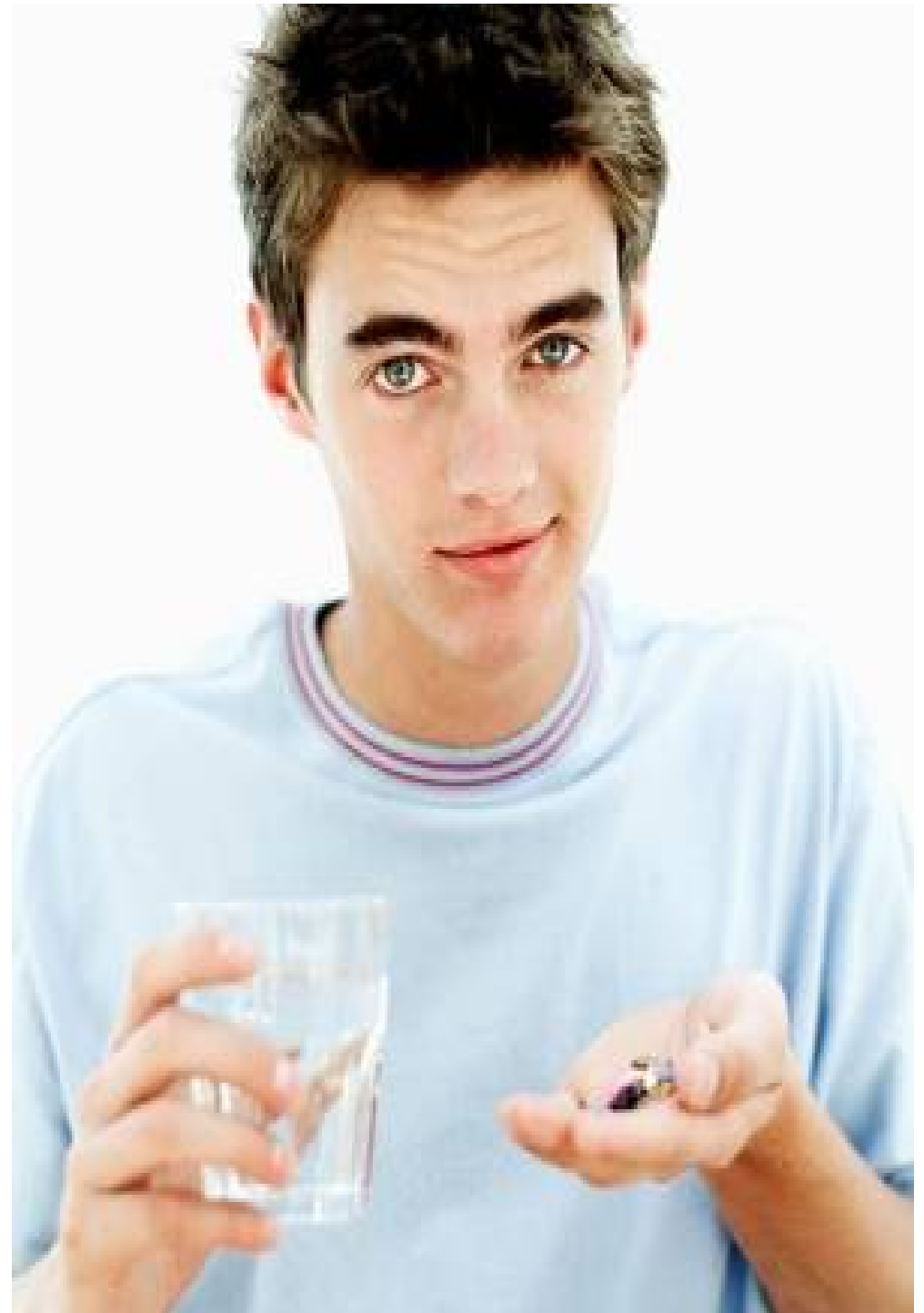


Factores que influyen en la adherencia (I)

- *Factores ligados a la enfermedad* (cronicidad, conocimiento y percepción de gravedad, negación de la enfermedad...)
 - *Factores sociodemográficos*
 - *Edad*
 - *Factores ligados a las creencias y expectativas*
 - De los niños y adolescentes
 - De los padres
 - Del médico prescriptor
- 

Factores ligados al tratamiento (II)

- ✓ Umbral de tolerancia
- ✓ La aparición de efectos adversos
- ✓ Tiempo de demora en la acción terapéutica
- ✓ La resistencia a un primer tratamiento
- ✓ Formas galénicas
- ✓ La complejidad del tratamiento
- ✓ La duración y costo del tratamiento
- ✓ Necesidad de análisis médicos complementarios



Consecuencias del no-cumplimiento

- ✓ Aumento de dosis
- ✓ Ausencia de respuesta
- ✓ Evaluaciones de la eficacia del tratamiento inadecuadas
- ✓ Adición de nuevas prescripciones
- ✓ Hospitalizaciones abusivas
- ✓ Acumulación de medicamentos con el riesgo de utilización impulsiva

¿Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico? (I)

- Establecer la alianza terapéutica. (Debe incluir por una parte la establecida con los padres y por otra con el adolescente).
- El índice de satisfacción del adolescente en la primera consulta es fundamental para lograr un buen desarrollo del proceso terapéutico
- Aunque el tratamiento farmacológico pueda ser una de las proposiciones terapéuticas no debe estar en un primer plano en la primera consulta.



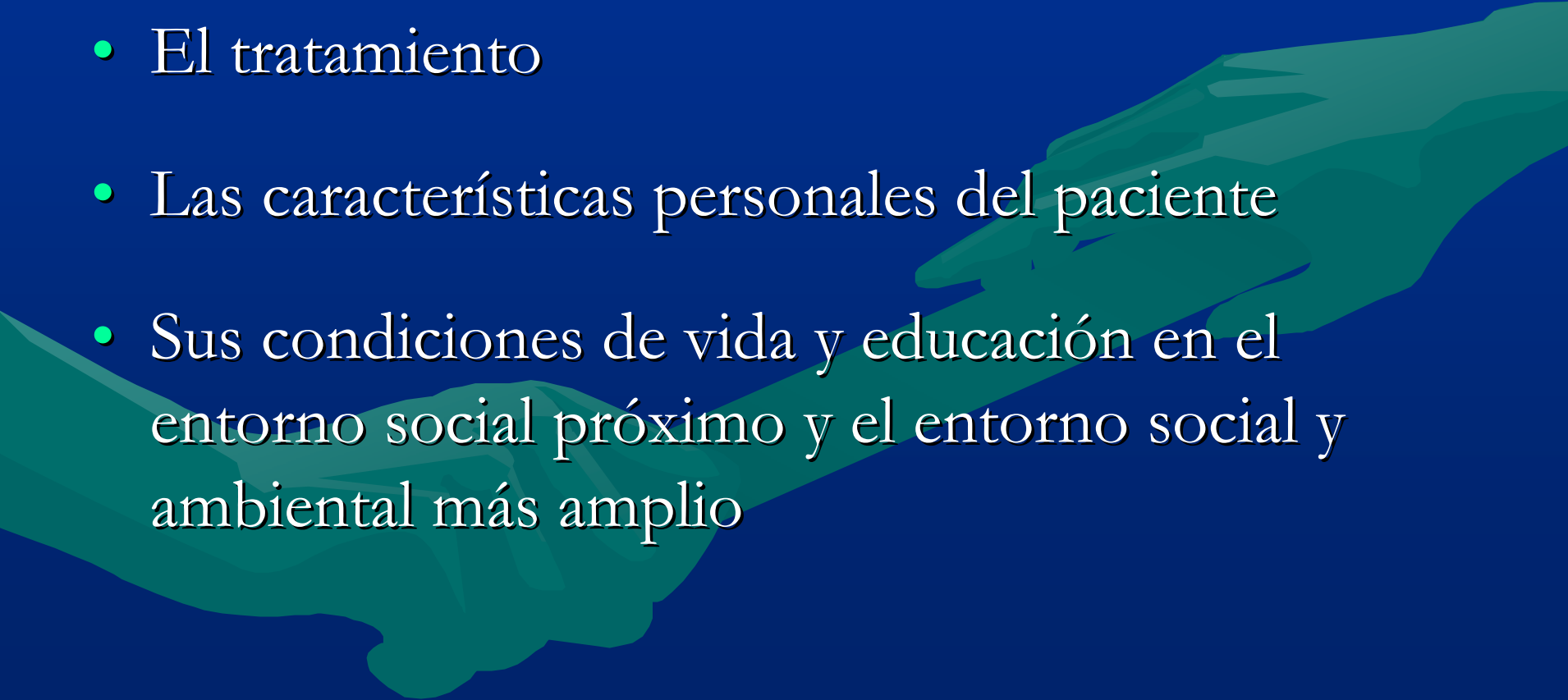
¿Es que no se ha tomado la pastilla?

Calidad de vida y uso de psicofármacos

- La calidad de vida debe considerarse como “un nuevo concepto diseñado para recoger los aspectos esenciales del resultado psicosocial en la enfermedad pediátrica crónica que no puede medirse mediante los instrumentos convencionales, estrictamente enfocados a la enfermedad”.



Factores que influyen en la calidad de vida

- La enfermedad con sus síntomas deteriorantes
 - El tratamiento
 - Las características personales del paciente
 - Sus condiciones de vida y educación en el entorno social próximo y el entorno social y ambiental más amplio
- 
- A stylized illustration of two hands shaking, rendered in shades of green and teal, positioned in the lower right quadrant of the slide. The hands are shown in a firm grip, symbolizing agreement or support.

Calidad de vida y “Bondad de ajuste”

- En nuestra experiencia personal hemos percibido que en el proceso terapéutico adquiere gran importancia la adecuación de demandas y expectativas (que sean concordantes con la realidad del paciente) pues en el caso de desajustes se produce estrés y vulnerabilidad que puede poner en peligro el desarrollo sano.

No cabe duda que la intervención farmacológica en el adolescente es compleja, que va mucho más allá de la simple administración de un medicamento, que adquiere unas características peculiares que debemos conocer, de cara a individualizar y personalizar lo más posible el tratamiento. En la adolescencia se producen muchos abandonos terapéuticos, probablemente porque no estamos manejando de forma adecuada todos los aspectos anteriormente mencionados



Muchas gracias
por vuestra
atención

¿Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico? (II)

- Es necesario considerar al adolescente como parte activa de las decisiones terapéuticas.
- Negociar la prescripción del medicamento.
(Duración, contratos, objetivos...)