

ANEXO VII

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Con la finalidad de favorecer mejores resultados y facilitar la adherencia, la elección del tratamiento debe basarse en:

- La edad.
- La gravedad de los síntomas y la repercusión funcional.
- La presencia de comorbilidad.
- Las características y preferencias de la familia.

En menores en edad preescolar (menores de 6 años), solo se recomienda cuando las terapias no farmacológicas no son eficaces y los síntomas conllevan una grave repercusión funcional. Debe iniciarse a las dosis más bajas posibles y con estrecha supervisión, por el mayor riesgo potencial de efectos adversos.

Entre los 6 y los 18 años, se recomienda el tratamiento farmacológico en caso de afectación moderada, cuando no hay respuesta al abordaje no farmacológico. Está indicada como primera opción junto a terapias no farmacológicas en pacientes con afectación grave.

En mayores de 18 años se recomienda en caso de afectación leve que no responde a tratamiento no farmacológico y como primera línea en casos moderados- graves.

Los fármacos autorizados en España para el tratamiento del TDAH son: metilfenidato, lisdexanfetamina, atomoxetina y guanfacina.

Previo al inicio del tratamiento se recomienda:

- Examen físico que incluya: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla.
- Descartar antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiovasculares.
- Realizar estudio cardiovascular previo al inicio del tratamiento en caso de historia personal o familiar de enfermedad cardiovascular grave, antecedentes de muerte súbita en la familia o hallazgos anormales en la exploración física inicial. Dichos antecedentes deben siempre quedar recogidos en la historia clínica.



Psicoestimulantes

Tratamiento de primera línea salvo contraindicaciones, ya que presenta eficacia superior a los no psicoestimulantes (se estima que responden alrededor del 70%), alcanzando su efecto más rápido.

Aunque no se conoce totalmente el mecanismo de acción, parece que incrementan la concentración de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) en el espacio sináptico, mediante el bloqueo de su recaptación en la neurona presináptica, favoreciendo su liberación al espacio extraneuronal. Los efectos adversos más comúnmente notificados son: pérdida de apetito, trastornos del sueño, dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y sintomatología ansiosa. Son muy raros los trastornos sensorio-perceptivos u otros síntomas psicóticos. En menores de 6 años parece incrementar la disforia y la labilidad. Respecto al retraso de crecimiento, los estudios son controvertidos aconsejándose controles periódicos de peso y talla para poder actuar en cada caso particular (ej. disminución de dosis, periodos de descanso...). Los efectos disminuyen a partir del tercer año de tratamiento y pueden aparecer particularmente cuando se utilizan dosis elevadas. No obstante, la disminución de la talla total es de 1 ó 2 cm.

Metilfenidato

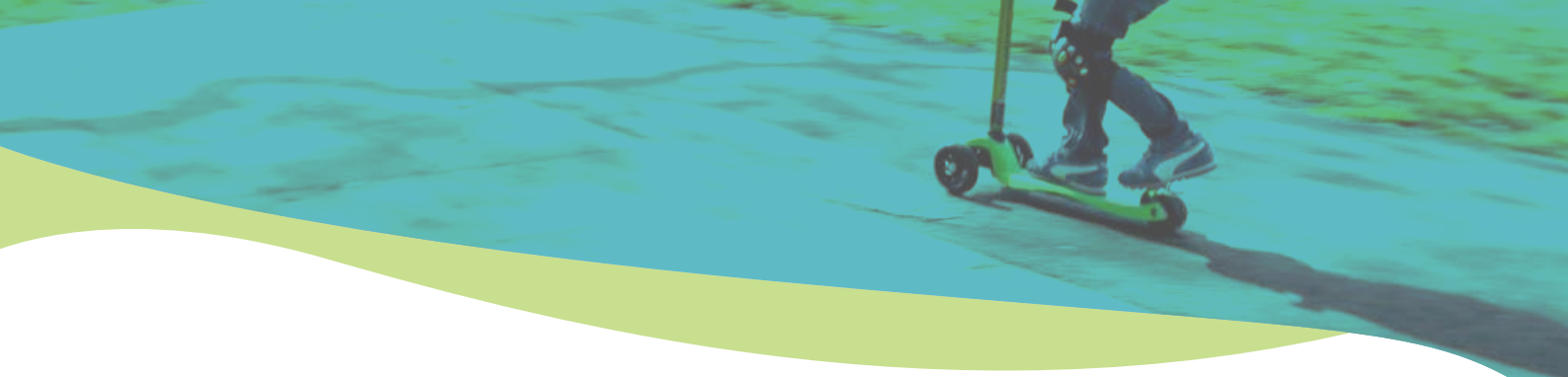
Primera opción al ser el fármaco con mayor evidencia. Inicio: 0,5mg/kg/día. El rango habitual está entre 0,8 y 1,2 mg//kg/día. Incremento de dosis cada 1-3 semanas hasta remisión o dosis máxima.

Disponible en formulaciones:

- De liberación inmediata: útil para dosificaciones más flexibles o como tratamiento inicial para ajustar dosis. 5- 10- 20 mg (duración aproximada de 4 horas).
- De liberación modificada y prolongada: mayor duración de efecto y cobertura de síntomas, así como menor dosis al día, lo que facilita la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de abuso.

Liberación inmediata y prolongada (pellets): 50:50 (5-10-20-30-40-50-60mg) / 30:70 (10-20-30-40-50mg) (duración aproximada 7-8horas)

Liberación osmótica: 18-27-36-54mg (duración aproximada 10-12 horas)



Su eficacia y seguridad pueden diferir de unos pacientes a otros, por lo que, en caso de ineficacia o intolerancia a uno de ellos, se recomienda probar con otro antes de pasar al tratamiento con lisdexanfetamina o a un no estimulante a un no psicoestimulante. Puede combinarse una formulación de liberación modificada o prolongada con una de liberación inmediata a diferentes horas del día.

Lisdexanfetamina (30-50-70 mg.) (duración aproximada 13 horas)

Profármaco que se metaboliza gradualmente alcanzando niveles plasmáticos sostenidos de dexanfetamina. Indicada para el tratamiento del TDAH en menores/adolescentes cuando la respuesta al metilfenidato se considera ineficaz tras administración a dosis adecuada durante 4-6 semanas.

Su perfil de seguridad es comparable a metilfenidato. Es más potente y de efecto más prolongado tanto para los efectos terapéuticos como para los adversos. La lisdexanfetamina requiere visado para ser prescrita.

No está indicada en adultos, aunque al igual que el metilfenidato se ha propuesto que su administración puede continuarse en adultos que lo necesiten si ya estaban siendo tratados con dicho fármaco desde la infancia.

No psicoestimulantes


No hay evidencias concluyentes sobre la eficacia comparativa de fármacos no psicoestimulantes frente a metilfenidato en el TDAH, pero en términos generales, se han mostrado menos eficaces que los psicoestimulantes, requiriendo además varias semanas para valorar su efecto.

Aunque no presentan riesgo de abuso, se asocian a efectos adversos que aconsejan prescribirlos con precaución y que podrían considerarse potencialmente graves y a un importante riesgo de interacciones.

Atomoxetina: 10- 18- 25-40-60-80-100mg. Solución oral: 4mg/ml.

Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.

Posología: Inicio 0,5mg/kg/día. Subir en 3 semanas a dosis recomendadas de 1,3 mg/kg/día. Dosis máxima: 1,8 mg/kg/día.



Los efectos adversos más relevantes son somnolencia y síntomas gastrointestinales (particularmente si las dosis se incrementan rápidamente), así como disminución de apetito. Indicado como alternativa a psicoestimulantes en caso de contraindicación, efectos adversos o ausencia de respuesta.

Guanfacina: 1-2-3-4mg.

La guanfacina es un principio activo no estimulante agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa_{2A}. Se trata de un antihipertensivo de acción central al reducir los impulsos sinápticos del centro vasomotor hacia el corazón y los vasos sanguíneos. Modula la liberación de noradrenalina en corteza prefrontal y locus coeruleus.

Posología: Inicio 1mg/día 1 vez al día, aumentando 1mg/día por semana, hasta un máximo de 4 mg/día en menores y 7 mg/día en adolescentes (0,1 mg/kg/día).

Los efectos adversos más frecuentes son somnolencia y boca seca.

Suele emplearse en coterapia con psicoestimulantes, aunque las evidencias son escasas y esta asociación podría incrementar el riesgo de interacciones y efectos adversos.

Puede ser de utilidad en el tratamiento del TDAH en menores/adolescentes que no responden a psicoestimulantes ni a atomoxetina, tras un periodo de 4-6 semanas con cada uno a dosis adecuadas o bien cuando los anteriores están contraindicados o no se toleran.


También pueden ser de utilidad en TDAH asociado a comorbilidad con trastornos de conducta, consumo de sustancias, trastornos por tics graves y trastornos del espectro autista.

No debe ser utilizado en adultos por ausencia de evidencias sobre su eficacia y seguridad en mayores de 18 años.

Otros (su uso se debería instaurar sólo por psiquiatras infantiles y neuropediatría).

Bupropión, imipramina, clonidina, modafinilo

Ante la ausencia de respuesta o tolerancia a fármacos anteriores, se han utilizado otros tratamientos no autorizados para el tratamiento del TDAH en España, pero que podrían resultar



de utilidad. Su eficacia en el TDAH es limitada y su perfil de seguridad complicado, por lo que debería ser supervisado estrechamente por un especialista.

Controles

Es necesario un seguimiento regular y estructurado del tratamiento, planificándolo de forma individualizada, siendo recomendable revisiones cada 2-4 semanas durante el periodo de ajuste de dosis, pudiendo ser menos frecuentes, p. ej. cada 3- 6 meses, una vez estabilizado el tratamiento. Valorar la evolución de los síntomas y su funcionalidad, adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos. El control de la frecuencia cardíaca y presión arterial es especialmente frecuente y necesario en la fase de ajuste, pero una vez se alcanza la dosis estable final, si los parámetros se mantienen normales, no es necesario un seguimiento estrecho. Es recomendable así mismo el control del peso y la talla.

Se recomienda valorar anualmente la necesidad de continuar o suspender el tratamiento farmacológico, de forma individualizada en función de la sintomatología y la repercusión funcional. La suspensión del tratamiento de forma temporal no está recomendada, dado el riesgo de recaída y efecto rebote. Esta opción puede considerarse únicamente con psicoestimulantes, en caso de efectos adversos, con la finalidad de minimizar los mismos, comprobando así mismo la respuesta clínica.