

M.^a Dolores Palomino
Aguilar

Doctora en Farmacia. Máster Oficial
en Atención Farmacéutica. Vocal de
Relaciones con AA del COF de Cádiz
palominolola@gmail.com

“ El TDAH puede considerarse el problema psiquiátrico más común a escala mundial en niños y adolescentes, con una alta incidencia también en la edad adulta »

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): nuevos criterios diagnósticos

Lo que caracteriza principalmente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la presencia persistente de falta de atención¹ o dificultad para mantenerla en el tiempo, acompañada o no de hiperactividad o actividad mayor a la esperada, e impulsividad tanto emocional como conductual, que interfieren y dificultan el funcionamiento y desarrollo familiar, social y educativo.

Clasificación

Los criterios diagnósticos para su clasificación (tabla 1) han sido recientemente modificados y se recogen en la última y quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), DSM-V², publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en mayo de 2013, cuya versión española estará pronto disponible. Cabe destacar la inclusión de pacientes adultos, así como la ampliación de la edad (de los 6 a los 12 años) para la aparición de síntomas. Para un claro diagnóstico, deberán cum-



©iStock.com/Anatoli

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V

• Criterio A1. Seis o más de estos síntomas de déficit de atención persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) – 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 – A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (conferencias, lectura larga...) – A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente – A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco) – A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo...) – A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, revisar documentos largos, preparar informes...) – A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, carteras, gafas, móviles...) – A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos, pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas) – A menudo es descuidado en las actividades diarias (tareas, mandados, faltar a citas, pagar facturas...)
• Criterio A2. Seis o más de estos síntomas de hiperactividad-impulsividad persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) – Síntomas de hiperactividad – A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento – A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado – A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad) – A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja – A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (en restaurantes, reuniones) – A menudo habla en exceso – Síntomas de impulsividad – A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas (completa las frases de los demás, no puede esperar adecuadamente su turno en una conversación) – A menudo tiene dificultades para guardar turno – A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo)
• Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad
• Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos (casa, escuela...)
• Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral
• 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 por la presencia de otro trastorno mental

plirse 6 síntomas de inatención y/o 6 de hiperactividad-impulsividad en menores (y 5 para adultos), que deben aparecer antes de los 12 años. Los síntomas deben estar presentes en más de un entorno (como casa, escuela o trabajo), y no deben poder explicarse por algún otro trastorno mental; también deberán interferir negativamente en la vida social, académica, familiar y/o laboral del paciente.

El DSM-V clasifica el trastorno atendiendo a la presencia de los síntomas en:

• **Presentación predominante con falta de atención.** Se cumplen los criterios de falta de atención (A1), pero no los de hiperactividad/impulsividad (A2) durante más de 6 meses. Estos menores suelen ser distraídos, no prestan atención a los detalles, y cometen errores frecuentes en las instrucciones orales o escritas. No suelen acabar las tareas ni alcanzar el objetivo, y cambian fácilmente el foco de atención. Son niños poco agresivos, pero su bajo rendimiento escolar, en juegos y deportes, los hacen impopulares. Pierden y olvidan cosas, y esto dificulta su vida cotidiana. Los síntomas de inatención son los que más perduran en el tiempo. Los adultos son desorgani-

zados, olvidadizos, pierden constantemente llaves, móviles, gafas, etc., y les cuesta organizar el tiempo y el trabajo.

• **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.** Se cumplen los criterios A2 de hiperactividad/impulsividad, pero no los A1 de falta de atención durante, al menos, 6 meses. La hiperactividad les hace difícil permanecer quietos o sentados en situaciones que otros niños de su edad sí toleran (clase, comidas, viendo la televisión, cine...). No pueden estar callados, son agotadores, ruidosos y suelen tener más accidentes. Interrumpen frecuentemente al profesor y a los compañeros, y los castigos en casa y en el colegio son frecuentes. En adultos se manifiesta como inquietud o intranquilidad, hasta el punto de desconcertar a otros con su actividad. La impulsividad hace que los niños sean impacientes, y que hagan y digan lo primero que se les ocurre sin pensar en las consecuencias de estas acciones. A menudo contestan antes de que se haya terminado de formularse la pregunta. Hacen comentarios desafortunados, interrumpen constantemente, y les resulta muy difícil guardar el orden o esperar su turno, lo que les suele acarrear problemas en casa y en

la escuela. No aprenden de sus errores, y caen en ellos una y otra vez. Si no son tratados debidamente, esta impulsividad será la característica que más consecuencias a largo plazo presentará debido al deseo de recompensa inmediata: abuso de sustancias, cambios de pareja, de trabajo, accidentes, situaciones de peligro... En adultos puede llevarles a la toma de decisiones erróneas debido a la precipitación.

- **Presentación combinada.** Se cumplen los criterios de falta de atención y de hiperactividad/impulsividad A1 y A2 durante más de 6 meses. Es el subtipo más común³. Por sus características, estos pacientes con frecuencia sufren accidentes, ya que difícilmente calibran el peligro de sus acciones. La falta de atención y el exceso de actividad pueden conllevar además problemas graves de aprendizaje, aunque su capacidad intelectual sea normal o superior, provocando frecuentemente fracaso escolar. Es muy común que presenten también problemas emocionales, ya que suelen sufrir amonestaciones, castigos y el rechazo de los compañeros por el descontrol casi continuo que padecen, lo que les provoca una baja autoestima, ya que además tienen escasa tolerancia a la frustración. Con frecuencia presentan comorbilidades asociadas si no reciben el tratamiento correcto, y entre ellas las más comunes son los problemas de conducta y los emocionales, como la depresión y la ansiedad.

Además de esta clasificación, según el DSM-V habrá que especificar la gravedad de los síntomas:

- **Leve:** existen pocos síntomas y no deterioran en exceso la capacidad laboral o social.
- **Moderado:** los síntomas presentes y el deterioro funcional están entre «leve» y «grave».
- **Grave:** existen muchos síntomas, o varios particularmente graves, y provocan un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

Y también habrá que especificar si el trastorno está en remisión:

- **En remisión parcial:** los síntomas existieron, pero en los últimos 6 meses han disminuido, aunque aún causan daños crónicos en la actividad laboral, social o académica.

El TDAH puede considerarse el problema psiquiátrico más común a escala mundial en niños y adolescentes, con una alta incidencia también en la edad adulta. La prevalencia aceptada actualmente es del 5% para menores, y del 2,5% en adultos². En cuanto al género, es más frecuente en varones¹, a razón de 2/1 para el tipo inatento, llegando a 4/1 para el tipo hiperactivo-impulsivo. Estos datos tal vez reflejen un infradiagnóstico en niñas, que suelen padecer más el tipo inatento y tienen menos probabilidades de presentar comportamientos disruptivos o problemas de conducta que los varones. En la etapa preescolar, la actividad motora excesiva suele ser el síntoma que más llama la atención, aunque es más frecuentemente diagnosticado en los años de escuela primaria, cuando la falta de atención se hace más preocupante y se traduce en dificultades escolares. En la adolescencia temprana, el TDAH puede verse complicado

con comportamientos o comorbilidad desafiante o antisocial o con trastornos del humor. Al acercarnos a la edad adulta, la hiperactividad motora va disminuyendo, pero persiste la falta de atención, la intranquilidad, la impulsividad y la desorganización. En adultos, el TDAH se presenta comúnmente asociado a alguna comorbilidad, como trastornos de ansiedad o del humor. Debe tenerse en cuenta que la presencia de los síntomas varía mucho dependiendo del entorno. Esta presencia será menor si se reciben recompensas constantemente por un comportamiento apropiado, o si está supervisado, o si se trata de un contexto nuevo o de actividades especialmente atractivas.

Etiología

En cuanto a su etiología, se trata de un trastorno de origen multifactorial cuyas diferentes causas contribuyen de diversas maneras a sus manifestaciones clínicas^{3,4}. Existe una *predisposición genética* demostrada, interrelacionada con otros factores:

- **Factores biológicos.** Como problemas que afectan a la salud de la madre en el periodo de gestación (drogas, tabaco, consumo de alcohol durante el embarazo, eclampsia, corta edad...), o al recién nacido (prematuridad y alteraciones cerebrales, entre otras).
- **Factores ambientales.** Como inestabilidad familiar, desarraigo, adopción...
- **Factores neurológicos.** Entre éstos, se ha comprobado por resonancia magnética el menor tamaño de cerebro, cerebelo, cuerpo calloso y núcleo caudado en menores con TDAH, que suele normalizarse a los 10-18 años. También destaca la implicación de la dopamina y la noradrenalina, que son los neurotransmisores preferentemente implicados en la fisiopatología del TDAH. La regulación de su actividad constituirá la base de su tratamiento farmacológico⁵. Ambos son esenciales en el funcionamiento de los sistemas atencionales, y la dopamina, además, en la regulación motora.

El TDAH puede coexistir normalmente con otros problemas psiquiátricos que dificultan su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como los trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante o trastorno disocial), trastornos del humor (depresión, distimia o trastorno bipolar), trastornos de ansiedad, manías, autismo y síndrome de Asperger o aparición de tics nerviosos. Cuanto más tarde se diagnostique y se instaure un tratamiento, más posibilidades existen de desarrollar trastornos comórbidos⁶. Más del 50% de los niños con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido, y en la edad adulta esta asociación complica mucho el diagnóstico⁷. Los más frecuentes se encuentran detallados en la tabla 2.

Tratamiento

Aunque el tratamiento farmacológico del TDAH ha demostrado mayor eficacia por sí solo que la terapia psicosocial y educativa, actualmente se recomienda la combinación de ambas estrategias; es decir, debe realizarse un *tratamiento multimodal* en el que se involucre todo el entorno familiar, escolar y

Tabla 2. Comorbilidades más comunes en el TDAH

Trastornos de conducta	Trastorno negativista desafiante (TND)	Comportamiento desafiante, desobediente, hostil hacia figuras de autoridad. Rencorosos, vengativos. Culpan a los demás de sus errores
	Trastorno disocial	Comportamiento agresivo, delictivo. Mienten, cometen fraudes. Causan daño a personas o animales, y se saltan normas sociales
	Trastorno explosivo intermitente	No se presenta en niños, pero sí en adultos. Comportamiento agresivo hacia los demás
Trastornos de ansiedad	Ansiedad por separación	Estado permanente de preocupación al estar alejados de sus padres. No quieren ir a la escuela y no disfrutan de otras actividades
	Fobia social	Miedo a exponerse en situaciones en público, unido a conductas de evitación
	Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	Ideas recurrentes que no puede evitar y le producen ansiedad, intenta suprimirlas a través de compulsiones o comportamientos repetitivos y obsesivos
Síndrome de Tourette o tics nerviosos		Movimientos involuntarios repetitivos que afectan mucho a la vida social y escolar
Trastornos del humor	Depresión	Periodos de al menos 2 semanas de tristeza y desánimo. Pérdida de ilusión de manera periódica
	Distimia	Periodos muy largos (1-2 años), de humor triste, aunque en menor grado que la depresión
	Trastorno bipolar (TB)	Periodos depresivos alternados con episodios de manía con humor muy eufórico e irritable
Trastornos generalizados del desarrollo	Autismo	Esteretotipias motoras, dificultad en relaciones sociales
	Síndrome de Asperger	Dificultad de interacción social, interés especial por temas concretos, patrones de conducta estereotipados
Trastornos del aprendizaje	Dislexia	Dificultades en la lectura y escritura
	Discalculia	Dificultades en las matemáticas
Trastorno de consumo de sustancias		Suele darse más en adolescentes y en adultos. Habrá que tenerse en cuenta esta circunstancia a la hora de elegir el tratamiento

social del menor⁸⁻¹⁰. En casos de comorbilidad con trastorno negativista desafiante (TND), trastorno de conducta, ansiedad o depresión, las terapias psicológica y pedagógica están especialmente indicadas. El tratamiento psicológico y educativo deberá incluir varios aspectos fundamentales, como educación del menor, entrenamiento de los padres e intervención en el ámbito académico o escolar. El tratamiento farmacológico es necesario en más del 80% de los casos diagnosticados debidamente; no obstante, se aconseja que un especialista lleve a cabo un diseño personalizado de cada tratamiento para cada caso, en el que bien pueden compaginarse el tratamiento farmacológico con la terapia psicoeducativa. En la actualidad no se dispone de tratamiento curativo para el TDAH: los fármacos se limitan a aliviar los síntomas mientras se están utilizando. La farmacoterapia del TDAH comercializada en España se resume en la tabla 3.

Clorhidrato de metilfenidato¹¹

Ha sido hasta hace poco el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH disponible en España, y es el fármaco de primera elección para este trastorno desde su comercialización a finales de los años cincuenta. Su uso está aprobado para niños mayores de 6 años y adolescentes, y ha demostrado su eficacia en el 60-75% de los casos: reduce las manifestaciones clínicas de inquietud, inatención e impulsividad, aumenta la calidad de las relaciones sociales, disminuye

la agresividad y mejora la obediencia. También ha demostrado la mejoría de la agresividad y del TND, así como del rendimiento académico y las actividades escolares. Su mecanismo de acción en el TDAH no está aún esclarecido. Al parecer, bloquea el transportador presináptico de la dopamina y la noradrenalina, impidiendo su recaptación a la neurona presináptica. Aumenta además la liberación de dopamina, incrementando así la concentración de ésta en el espacio presináptico neuronal y aumentando su biodisponibilidad.

Actualmente se dispone en España de varias presentaciones de metilfenidato clasificadas según su forma de liberación y duración del efecto, lo que permite un ajuste individualizado de dosis para cada paciente con la finalidad de conseguir el beneficio terapéutico deseado con el mínimo de efectos no deseados. Son numerosas las reacciones adversas (RAM) del fármaco, siendo las más habituales la pérdida de apetito, el dolor de cabeza, el insomnio, el nerviosismo, las arritmias y algunos trastornos psiquiátricos, como agresividad, ansiedad, depresión e irritabilidad.

Lisdexanfetamina¹²

Es el segundo fármaco estimulante del SNC que se comercializa en nuestro país (desde mediados de marzo de este año 2014, aunque ya se comercializaba en Estados Unidos y estaba aprobado por la Food and Drug Administration [FDA] desde 2007). Se trata de una forma de dextroanfetamina uni-

Tabla 3. Fármacos de primera línea autorizados en España para el tratamiento del TDAH

Fármacos estimulantes			
Metilfenidato	Comprimidos de liberación inmediata	Rubifen® (5, 10 y 20 mg) Medicebran® (5, 10 y 20 mg)	– 2-3 veces al día – Dosis diaria ≤60 mg – Efecto inmediato, duración 2-4 h – Comprimidos pequeños, fáciles de tragar – Se puede fraccionar – Fácil evaluación de efectos secundarios – Precio más económico – Necesidad de administrar en la escuela
	Comprimidos de liberación retardada (OROS®)	Concerta® (18, 27, 36, y 54 mg) Metilfenidato Sandoz® (36 y 54 mg) Metilfenidato Tecnigen® (18, 36 y 54 mg)	– 1 vez al día – Dosis diaria ≤54 mg – Efecto en 1-2 h, duración 10-12 h – No fraccionar ni machacar – Dificultad para tragar en niños – El efecto tarda 1-2 h en aparecer
	Cápsulas de liberación retardada (Pellets®)	Medikinet® (10, 20, 30 y 40 mg) Equasym® (10, 20, 30 y 40 mg)	– 1 vez al día – Dosis diaria ≤40 mg – Efecto <de ½ h (duración ≈8 h) – Posibilidad de abrir la cápsula y mezclar con zumo, yogur... – No usar con antiácidos
Lisdexanfetamina	Cápsulas duras	Elvanse® (30, 50 y 70 mg)	– 1 vez al día – Posibilidad de abrir la cápsula y disolver el contenido en agua – Escaso potencial de abuso – Dosis de inicio 30 mg (ajustar cuidadosamente)
Fármacos no estimulantes			
Atomoxetina	Cápsulas duras	Strattera® (10, 18, 25, 40, 60 y 80 mg)	– 1 vez al día, – Dosis diaria: 1,2 mg/kg/día en <70 kg y de 80 mg en >70 kg – Efecto: tarda 1-2 semanas en aparecer – Duración del efecto 24 h, acción homogénea – No deben abrirse, tragar enteras – Sin efecto rebote – No provocan efecto euforizante ni abuso

da al aminoácido lisina que lo inactiva, convirtiéndose así en el profármaco, que se libera a su paso por el tubo digestivo. Se considera un psicoestimulante con escaso potencial de abuso, y mejora los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en el TDAH. Los efectos secundarios más habituales son: falta de apetito, cefalea, insomnio e irritabilidad, así como aumento del pulso y de la presión arterial.

Atomoxetina¹³

Es el primer fármaco *no estimulante* utilizado en el tratamiento del TDAH en nuestro país desde de 2008. Ha demostrado una efectividad similar a los fármacos estimulantes en el TDAH. También puede considerarse como primera elección en aquellos pacientes con riesgo de abuso de sustancias en los que los estimulantes estarían contraindicados, ya que al no ser estimulante no provoca adicción. Su uso está aprobado para niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos, y mejora no sólo los síntomas principales del TDAH, sino también las relaciones sociales y familiares, así como la autoestima. Se trata de un simpaticomimético de acción central sin propiedades estimulantes ni antidepresivas, con indicación en el tratamiento del TDAH. Aunque su mecanismo no está del todo es-

tablecido, atomoxetina ha demostrado ser es un inhibidor muy selectivo y potente del transportador presináptico de la noradrenalina. Activa los niveles de noradrenalina y dopamina en la corteza prefrontal (efecto beneficioso en el TDAH), pero no así en las regiones corticales (núcleo *accumbens* y cuerpo estriado) relacionadas con el desarrollo de tics o de riesgo de abusos de sustancias. Aunque el efecto empieza a notarse a partir de unos 15 días tras su primera administración, su duración es mayor que la de los estimulantes, considerándose de unas 24 horas, lo que permite un mejor control de los síntomas durante la noche y las primeras horas de la mañana. Sus reacciones adversas más frecuentes son: falta de apetito, somnolencia, dolores gastrointestinales, náuseas y vómitos, así como trastornos psiquiátricos, tales como ideas de suicidio, aparición de manías, irritabilidad y cambios de humor.

Farmacia comunitaria

Como puede observarse por lo comentado hasta ahora, el TDAH es un trastorno complejo, no hay dos pacientes iguales y será necesaria la participación de varias personas en su tratamiento para conseguir una integración adecuada: paciente, médico, familia, profesores, psicólogos y pedagogos. Cuantos más pro-

Entrevista



Isabel Rubió Badia

Presidenta de la Fundación ADANA
(www.fundacionandana.org)

“El papel del farmacéutico es primordial por el nivel de confianza que los padres depositan en él”

Las asociaciones de pacientes con TDAH contribuyen a sensibilizar a la sociedad para que se dé un cambio de actitud frente a este trastorno. Por ello, hemos creído oportuno hablar con Isabel Rubió, presidenta de la Fundación ADANA.

¿Qué papel puede/debe tener el farmacéutico ante un trastorno como el TDAH?

En la oficina de farmacia se suele establecer una relación de confianza profesional-cliente, por lo que es habitual que éstos les cuenten sus problemas y dificultades. Si los profesionales de la oficina de farmacia conocen el TDAH y los centros de asesoramiento sobre este trastorno, con certeza podrán ayudar a las familias a encontrar una información adecuada, lo que les posibilitará un diagnóstico precoz y acceder a las intervenciones más correctas.

¿Debe el farmacéutico derivar al paciente al médico o puede intervenir de alguna manera?

En muchos casos, el farmacéutico conoce a la familia y sabe detectar cuándo hay una dificultad real para animar a los padres a que obtengan una buena información sobre el trastorno contactando con asociaciones de padres o con la misma Fundación ADANA (a través de la página web o pidiendo información directa).

El farmacéutico es el especialista en el medicamento, ¿su papel debe limitarse a explicar a los pacientes cómo deben tomar los medicamentos?

Es muy importante que las familias acepten la medicación cuando el profesional especializado la prescribe por considerarla necesaria. Hay muchas dudas y reticencias a este respecto, y el papel del farmacéutico en este caso es primordial, precisamente por el nivel de confianza que los padres depositan en él.

¿Cuáles son los principales objetivos de la Fundación ADANA?

Estos niños y adolescentes presentan baja autoestima, exclusión, pobres habilidades sociales, fracaso escolar o conductas problemáticas. Los padres viven este proceso con angustia, sienten impotencia frente a las quejas en la escuela, los suspensos y las conductas difíciles. Cuanto más se tarda en diagnosticar, más probabilidad hay de que aparezcan otros trastornos mentales más graves. Nuestro objetivo se centra en ayudar a los afectados para que lleguen a controlar los síntomas del TDAH, de modo que puedan evitar o tratar otros trastornos mentales que suelen acompañarlo y conseguir mejorar no sólo el entorno de clase y familiar, sino también la integración social de su hijo, para que tenga éxito académico y salidas laborales adecuadas.

Profesionales conozcan este trastorno tan común y colaboren en su tratamiento, más fácil será conseguir el objetivo. Aunque la implicación de la farmacia comunitaria sería la base para otro artículo, no quisiera dejar de comentar la labor que desde la farmacia puede realizarse a favor de estos pacientes.

Podemos aconsejar a aquellos padres desorientados que acuden a la farmacia comentando algunos síntomas que hacen que sus hijos no cumplan algunos objetivos de comportamiento o de estudios, y derivarlos a las asociaciones de pacientes específicas del trastorno, que son quienes mejor pueden derivar a los especialistas de la zona para un posible diagnóstico o para descartar este trastorno.

Cuando atendemos a pacientes con TDAH que retiran su medicación cada mes, debemos considerarlos como pacientes crónicos y tener muy en cuenta los cambios de dosis o los cambios de fármacos. También deberemos preguntar por aquellos cambios de comportamiento que puedan darse desde la última dispensación, y aconsejar así acelerar la visita al especialista si lo consideramos oportuno.

Asimismo, llevar un control de pulso, la presión arterial, la talla y el peso en la farmacia de manera mensual también es una tarea sencilla y extremadamente útil en estos pacientes, pues facilitará la labor del especialista para evaluar algunos efectos secundarios. Por supuesto, considerar este trata-

ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

miento como crónico en estos pacientes nos hará estar pendientes de posibles interacciones con otros medicamentos, que deberán ser valoradas periódicamente. Además, desde las oficinas de farmacia deberemos colaborar para evitar el mal uso o desvío de esta medicación estimulante¹⁴, algo que viene ocurriendo en algunos países en adolescentes y estudiantes, o el mal uso como anorexígeno¹⁵, que también se ha observado recientemente y que tanto daño podría provocar.

El paciente con TDAH tiene un hándicap, como muchas otras personas en la vida, pero existen herramientas adecuadas para lograr su integración total en esta sociedad tan exigente. Con esfuerzo, una familia implicada y profesionales preparados, podemos lograr que alcancen sus sueños y objetivos como cualquier otra persona. ●

Bibliografía

1. Palomino M.^ªD, Martín Calero MJ, Marques G. Implicación del farmacéutico comunitario en la dispensación a pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un estudio piloto. Pharm Care Esp. 2012; 14 (5): 183-192.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-V. American Psychiatric Association. San Francisco, 2013.
3. Soutullo C, Díez Suárez A. Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
4. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosh R, Palomar G, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev Neurol. 2012; 54 (Supl 1): S105-S115.
5. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2011; 69(12): e145-e157.
6. Hegerl U, Himmerich H, Engmann B, Hensch T. Mania and attention-deficit/hyperactivity disorder: common symptomatology, common pathophysiology and common treatment? Curr Opin Psychiatry. 2010; 23(1): 1-7.
7. Palomino Aguilar M.^ªD. Implicación farmacéutica en la dispensación de atomoxetina y metilfenidato. Tesis doctoral. Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Sevilla, 2014.
8. Compains B, Álvarez MJ, Rojo J. El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDA-H). Abordaje terapéutico multidisciplinar. Anales Sis San Navarra. 2002; 25 (Supl 2): 93-108.
9. Palomino M.^ªD, Pérez Guerrero C, Martín Calero MJ. Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Pharm Care Esp. 2013; 15 (4): 147-156.
10. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.
11. Catálogo de Medicamentos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2013.
12. Elvanse®. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AGEMED. Revisión abril de 2014.
13. Nuevos medicamentos comercializados en España. Atomoxetina. Panorama Actual del medicamento. 2007; 31 (306): 810-819.
14. Shaheen E, Lakhani SE, Kirchgessner A. Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. Brain and Behavior. 2012; 2(5): 661-677.
15. Teter J, McCabe SE, La Grange K, Cranford JA, Boyd CJ. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: Prevalence, motives and Routes of administration. Pharmacotherapy. 2006; 26 (10): 1.501-1.510.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Isdinium® 1 mg/g pomada rectal
2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada gramo de pomada contiene 1 mg de buteprato de hidrocortisona. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.
3. FORMA FARMACÉUTICA Pomada rectal. La pomada es de color blanco, homogénea.
4. DATOS CLÍNICOS
4.1. Indicaciones terapéuticas Alivio local del dolor, picor, escozor e inflamación asociados a hemorroides en adultos.
4.2. Posología y forma de administración Posología Aplicar la pomada 2-3 veces al día. Población pediátrica Isdinium no está indicada en niños. Forma de administración Limpiar cuidadosamente el área afectada, secarla y aplicar la pomada. En el caso de aplicación intrarrectal: previa retirada del tapón y perforación del tubo, enroscar la cánula. Introducir dicha cánula en el recto, presionando sobre el tubo para depositar una cantidad de pomada equivalente, aproximadamente, a uno o dos centímetros. La cánula debe retirarse lentamente a medida que se vacía su contenido. Se aconseja aplicar también una pequeña cantidad en la parte exterior del orificio anal y pliegues de los márgenes del ano. Se recomienda realizar las aplicaciones después de la evacuación intestinal y del aseo personal.
4.3. Contraindicaciones - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas de la región a tratar. - Tuberculosis. - Hemorragia hemorroidal.
4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo El empleo continuado de Isdinium Rectal, en general, no debe sobrepasar los 7 días. En áreas extensas, y si se utiliza durante períodos prolongados o con cura oclusiva, o pañales, existe riesgo de que se presenten efectos sistémicos debidos a la mayor cantidad absorbida. Debe evitarse cualquier contacto con los ojos o zonas próximas a los mismos, así como las mucosas. En caso de irritación en la zona de aplicación, deberá suspenderse el empleo de Isdinium® y, si es necesario, se instaurará tratamiento adecuado. Si se presenta una infección dermatológica asociada, conviene incorporar tratamiento específico complementario. Uso en deportistas: Se debe advertir a los deportistas que este medicamento contiene buteprato de hidrocortisona, que puede producir un resultado positivo en las pruebas de control del dopaje.
4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción No se han descrito en las condiciones de uso recomendadas.
4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia No se ha establecido la seguridad en el embarazo. Por regla general, se recomienda no utilizar Isdinium® durante períodos prolongados o en zonas extensas en mujeres que estén o puedan estar embarazadas debido a la posibilidad de una absorción sistémica del preparado. El empleo de buteprato de hidrocortisona durante el embarazo se reservará únicamente para aquellos casos en los que el beneficio potencial justifique posibles riesgos para el feto. Se desconoce si los corticosteroides tópicos se excretan por la leche materna, por lo que se aconseja precaución si tiene que utilizarse durante la lactancia.
4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria No se han descrito.
4.8. Reacciones adversas En casos aislados pueden aparecer reacciones adversas de carácter local, atribuidas principalmente a una hipersensibilidad al preparado, y más aún cuando se utiliza en zonas amplias de la piel o en tratamientos prolongados. A las dosis recomendadas, el empleo por vía tópica raramente se asocia a la aparición de efectos adversos sistémicos. Si se produce sensibilidad o irritación en la zona tratada, se debe suspender el tratamiento.
4.9. Sobredosis Por su uso tópico, la intoxicación es poco probable. No obstante, si se diera el caso, se aplicará tratamiento sintomático. En el caso de ingestión accidental, aunque no se dispone de antídoto específico y es improbable que se produzcan efectos adversos graves, el tratamiento consiste en dilución con líquidos.
5. Propiedades farmacológicas
5.1. Propiedades farmacodinámicas Grupo farmacoterapéutico: Corticosteroides moderadamente potentes (grupo II), código ATC: D07AB02: Hidrocortisona buteprato. Hidrocortisona buteprato es un corticosteroide con propiedades antiinflamatorias y antipruriginosas.
Precio y condiciones de dispensación: PVP (IVA): 5,78€; PVP: 5,55€. Medicamento no sujeto a prescripción médica. Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud.