



TALLER

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS (DUALES)

A propósito de un caso clínico

indalecio.carrera@asoc-aclad.es



¿DIMENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL TDAH ENTRE POBLACIÓN PENITENCIARIA MASCULINA?

- 1. 5%**
- 2. 10%**
- 3. 20%**
- 4. >35%**

Medicación para el TDAH y delincuencia

Tasa de delitos durante 4 años en sujetos suecos con TDAH >15 años (N=25.656)

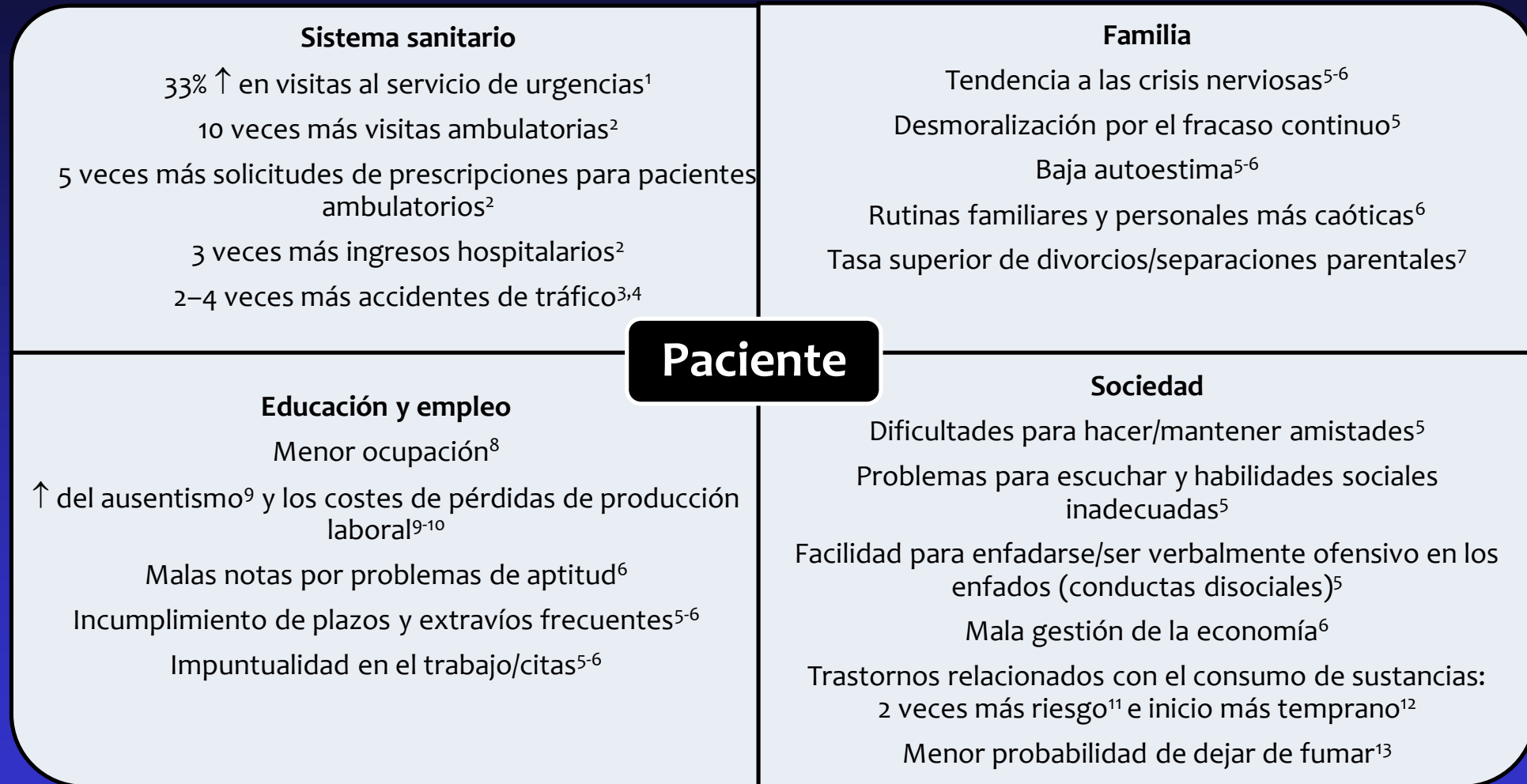
Sujetos que cometieron delitos	Sujetos con TDAH varones	Sujetos con TDAH mujeres
TDAH	36,6%	15,4%
Población general	8,9%	2,2%

Cociente de riesgo para condena por cualquier delito durante tratamiento farmacológico del TDAH (2006–2009)

Tratamiento	Hombres (N=16.087) Cociente de riesgo (IC del 95%)	Mujeres (N=9.569) Cociente de riesgo (IC del 95%)
Todos los medicamentos	0,68 (0,63-0,73)	0,59 (0,50-0,70)
Estimulantes	0,66 (0,61-0,71)	N/A
Atomoxetina	0,76 (0,63-0,91)	N/A

Se produjeron delitos con menor frecuencia durante los períodos en los que los pacientes con TDAH estaban tomando medicación: reducción del 32% en varones y del 41% en mujeres

Efectos del TDAH más allá de los síntomas nucleares



1. Leibson et al. 2001.
2. Hodgkins et al. 2011.
3. Sobanski et al. 2012.

4. Barkley et al. 1996.
5. Searight et al. 2000.
6. Weiss et al. 1999.

7. Brown and Pacini. 1989.
8. Manuzza et al. 1997.
9. Secnik et al. 2005

10. Bimbaum et al. 2005.
11. Biederman et al. 1998.
12. Milberger et al. 1997.

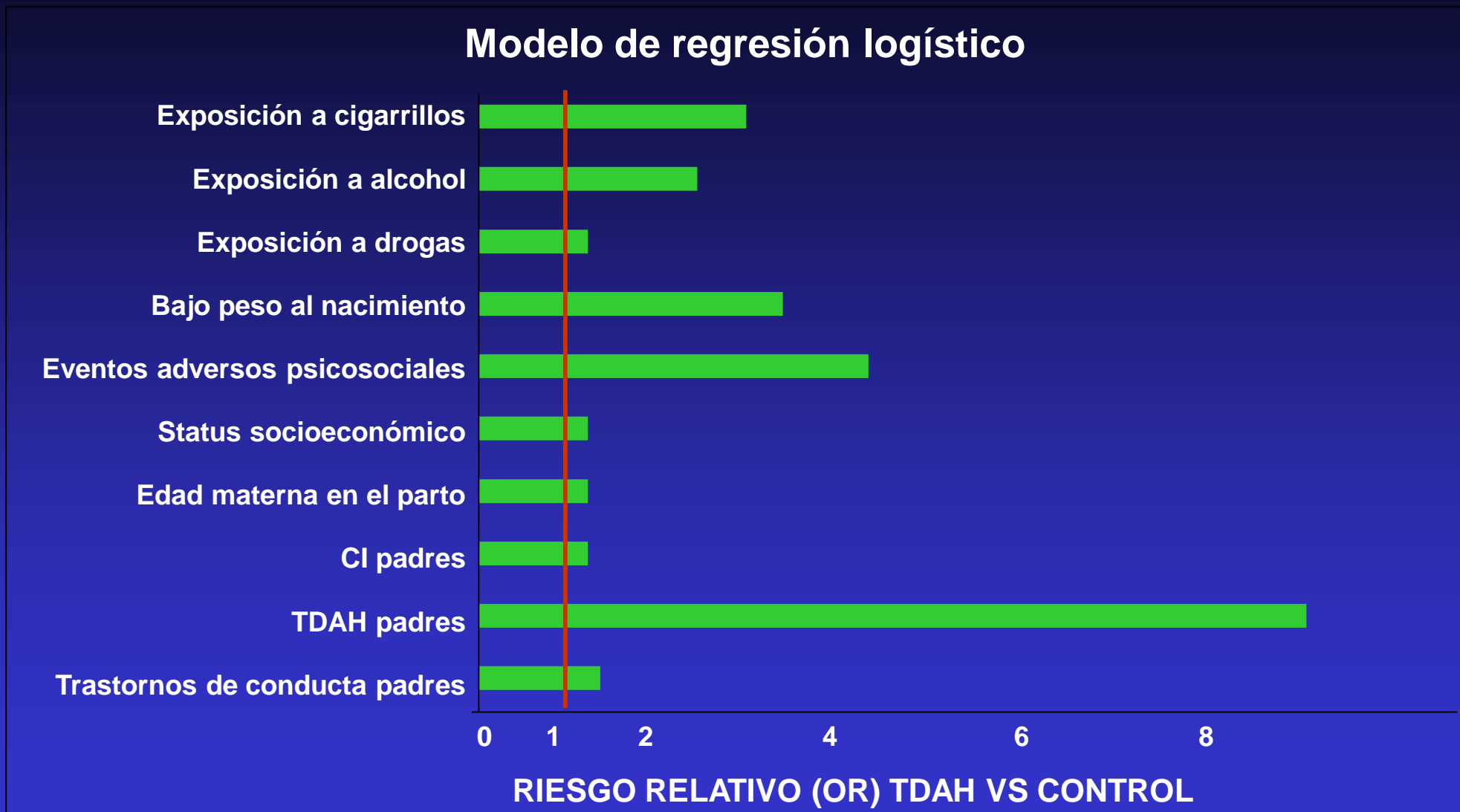
13. Pomerleau et al. 1995

¿ETIOLOGÍA DEL TDAH?

- 1. Edad de la madre**
- 2. Bajo peso al nacer**
- 3. TDAH en padres**
- 4. Todas son falsas**

ETIOLOGÍA DEL TDAH

INJURIAS CEREBRALES/FACTORES DEL ENTORNO

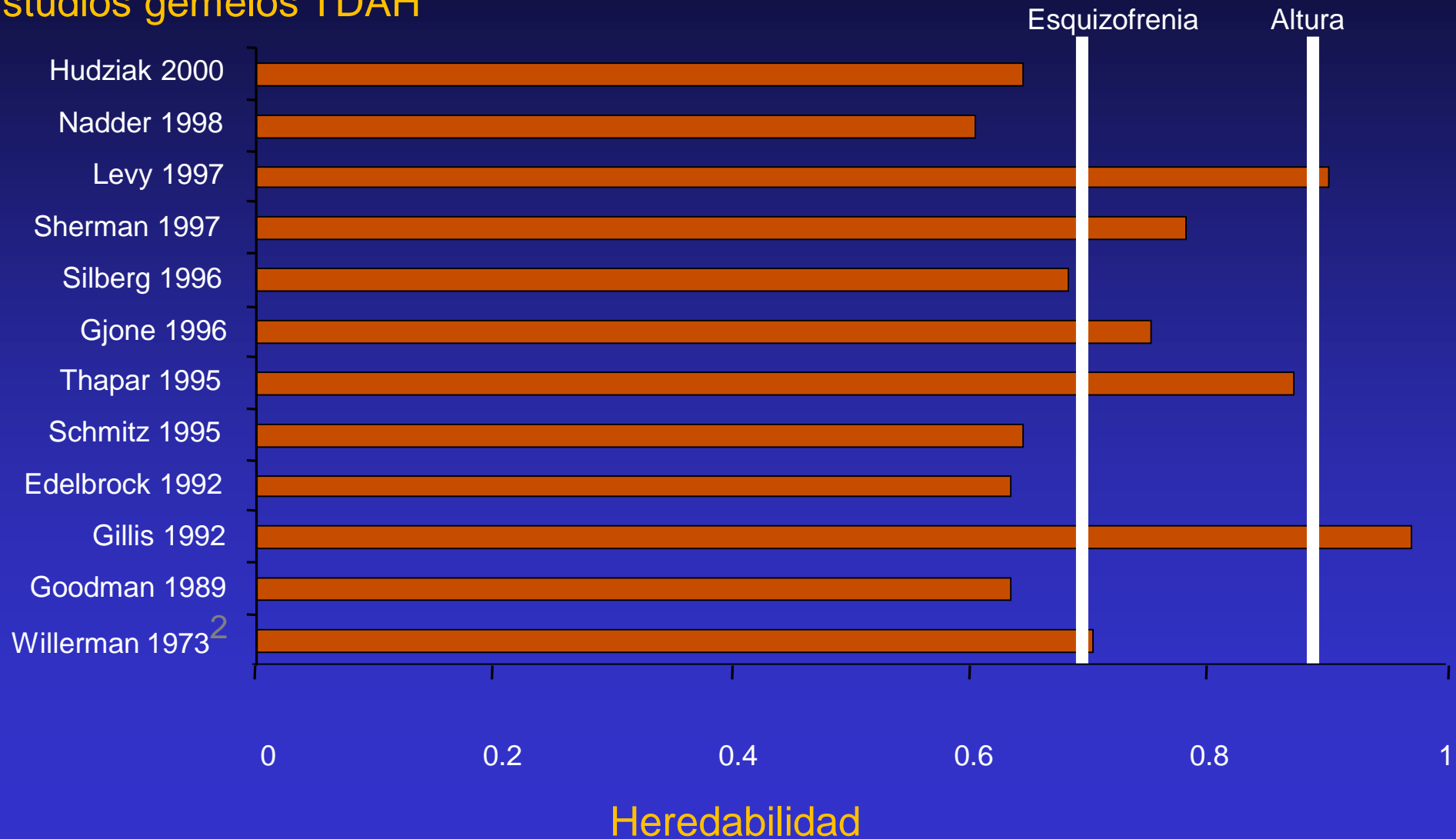


Spencer TJ. Neurobiology and Genetics of ADHD in Adults. *CNS Spectr.* 2008;13:9(Suppl 13):5-7

Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV. *J Dev Behav Pediatr.* 2002;23(1):16-22.

TDAH tiene un nivel de heredabilidad en el mismo rango que la esquizofrenia o la altura

Estudios gemelos TDAH

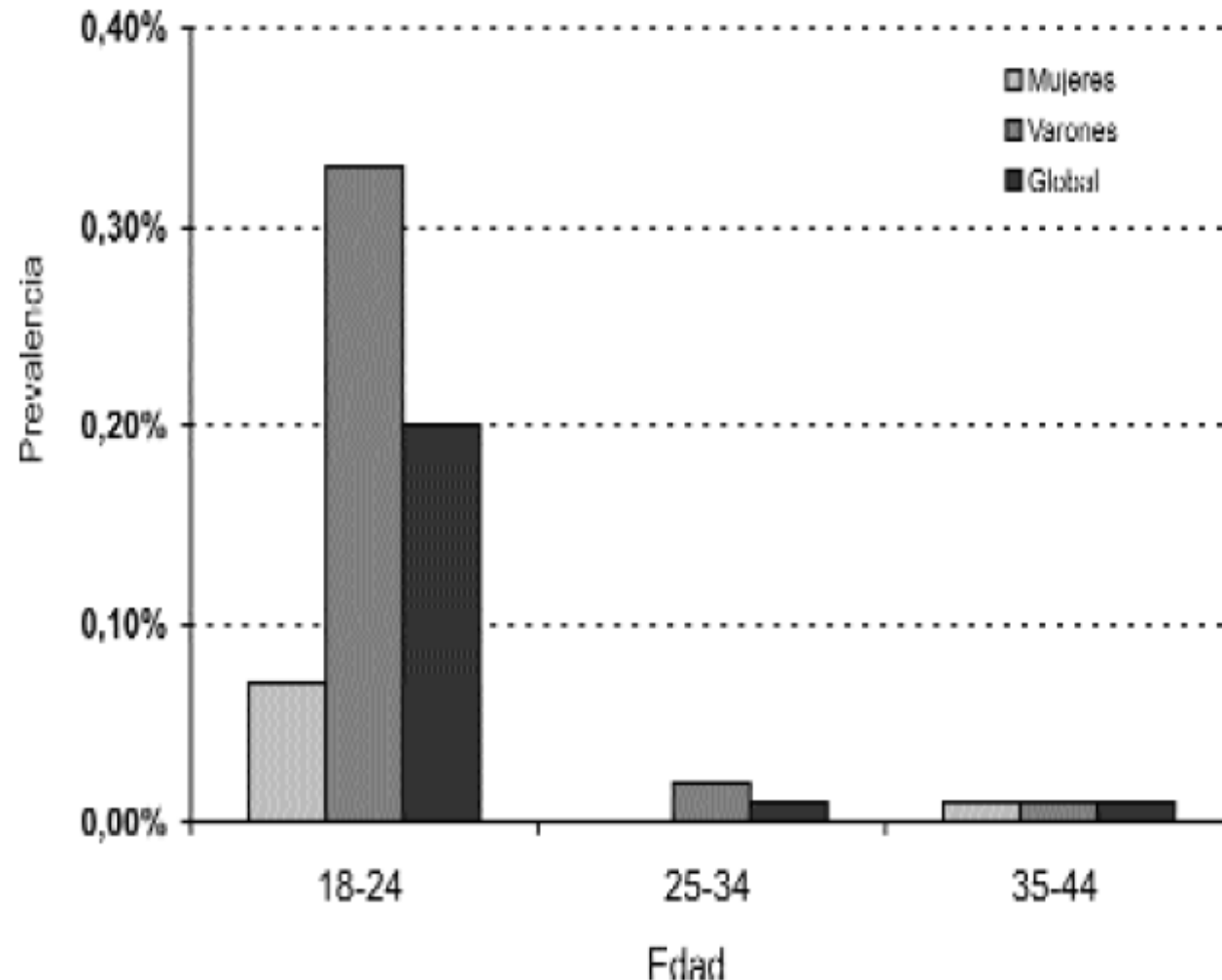


- ❑ Se estima que afecta aproximadamente a uno de cada veinte niños o adolescentes en Europa siendo su prevalencia \cong al 4% de pob. gral.
- ❑ En España se estima que su **prevalencia 6,8%** (rango entre 3-7%), siendo entre 2,5 y 5,6 veces mas frecuente en varones que en mujeres
- ❑ En **Galicia**, en 2011, para una población entre 0-19 años de 438.324 en 2011, se estiman en **29.806 afectados por TDAH** y en ese 2011, la **población tratada en Galicia fue de 9.750 pacientes**, lo que supone una **prevalencia del 2,22 %**

J. Ventosa (DXAS-SERGAS), 2014

	Pob pediátrica (2013)	P. Pediátrica 1-14a (2013)	P. Tratados 1-14a (2013)	Prevalencia	Registrados (P22+P81)
A Coruña	65990	62427	990	1,5	692
Lugo	25069	23634	444	1,8	263
Pontevedra	39736	37659	922	2,4	304
Ferrol	19830	18820	502	2,6	250
Ourense	25287	23899	668	2,7	272
Santiago	49478	46679	1416	3	581
Vigo	74580	70594	2297	3,2	1003

Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad registrado en las historias clínicas de atención primaria, según edad y sexo

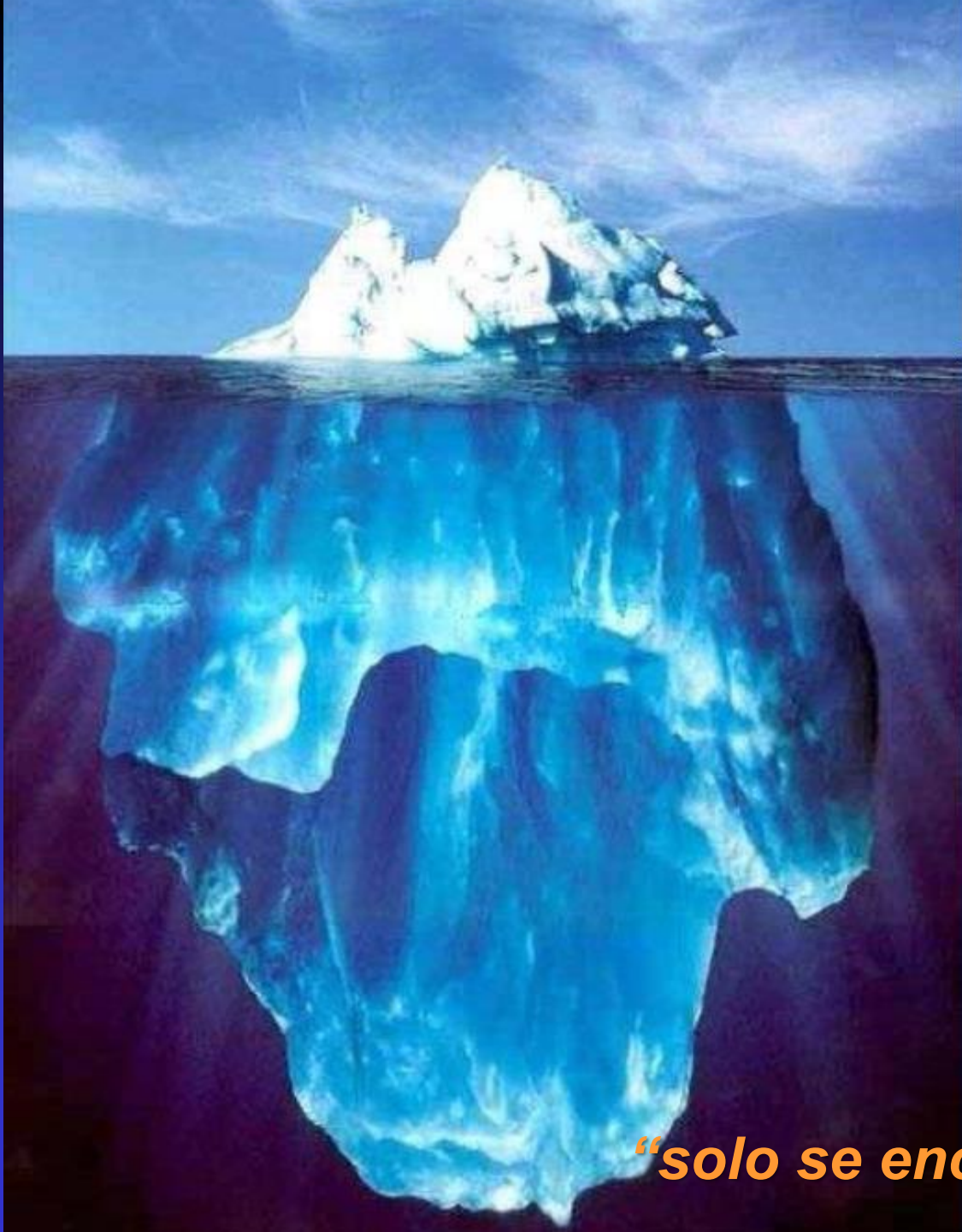


Prevalencia global de TDAH: **0,04%** (0,02% en mujeres y 0,07% en hombres).

Solo **32.05%** de pacientes con TDAH tenían una prescripción específica

El diagnóstico de TDAH fue:

- 0,07% en pacientes con Tr. afectivos,
- 0,09% en pacientes con Tr. de ansiedad, y
- 0,17% en pacientes con TUS (excepto nicotina)



Depresión
Ansiedad
Drogodependencias
T. de personalidad

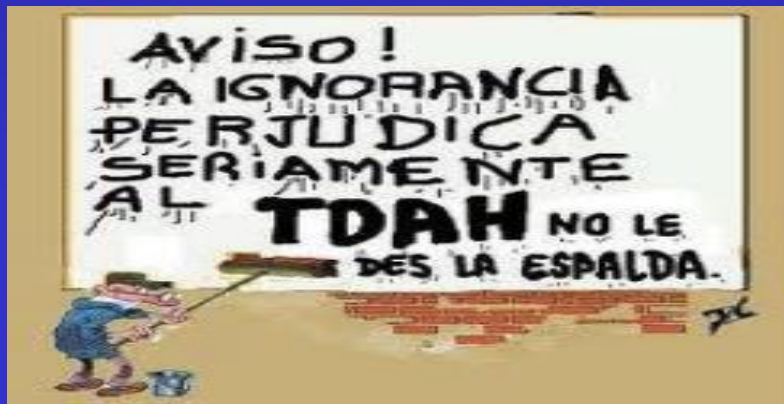
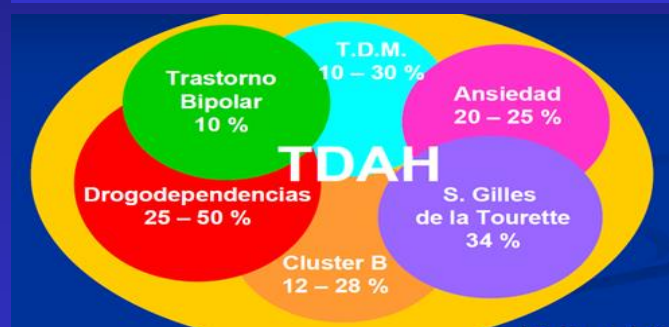
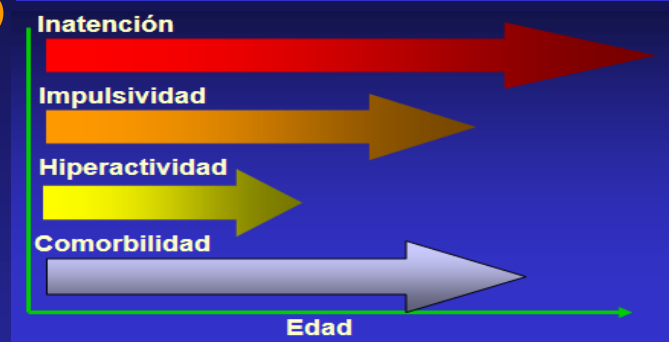
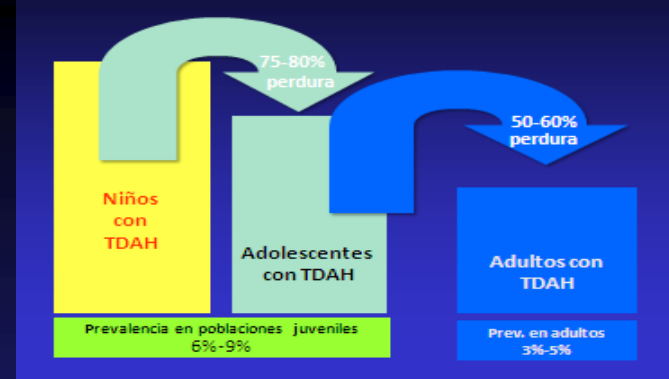
TDAH

“solo se encuentra lo que se va buscando”



TDAH es una enfermedad de alto riesgo

- ❑ **Carácter crónico**
- ❑ **Cambia con edad**
- ❑ **Alta comorbilidad**
- ❑ **Discapacidad invisible**



- ❑ Varón de 29 años, que acude derivado desde S. Urgencias, tras presentar 3º ingreso en el mes por cuadro de intoxicación medicamentosa con intención autolítica (antidepresivos y benzodiacepinas).
- ❑ Ya tenía historial clínico abierto en nuestro Centro hace 9 años: en tres años presentó cuatro inicios previos de tratamiento de corta duración y que terminaron en abandono.
- ❑ Tiene antecedentes de tratamiento en otros centros de adicciones de Galicia y del resto del país, ambulatorios e incluso comunidad terapéutica (CT) privada.
- ❑ Acude forzado por la presión familiar y solicitando ingreso en CT para posibilitar medida sustitutoria de condena.

¿PISTAS-TDAH EN “MOTIVO DE CONSULTA”?

- 1. Baja adherencia terapéutica con múltiples episodios de Tto, con mala cumplimentación terapéutica**
- 2. Gran accidentabilidad**
- 3. Episodios reiterados de sobredosis/autolisis**
- 4. Todas verdaderas**

antecedentes familiares - I

❑ **Padre:** conflictivo (crisis parejas, riñas, peleas), sin estudios, muy impulsivo, “carácter fuerte”; marinerero, inestabilidad laboral por peleas; fumador/alcohólico (episodio filiado de DT); ETS. Accidentes con frecuencia y falleció en accidente de tráfico.

❑ **Hermano mayor:** TUS (opiáceos-UDVP, cocaína, alcohol y THC); prematuro con alergias varias; VIH+/VHC+, con mala cumplimentación TAV; en PMM en otro centro de red, con recaídas frecuentes (cocaína). EGB incompleta, frecuentes peleas (ya en escuela), muy impulsivo; varios accidentes de coche (algunos sin relación con ingesta OH). Condenas por robos y tráfico; dos ingresos en prisión (el primero con 21 años).

❑ **Abuelo paterno:** conflictivo, peleas con heridos por arma blanca; “fuerte carácter y mucho genio”, “tuvo que hacerse legionario”. Fallecido en combate (con varias medallas al valor).

PISTAS-TDAH EN "A.F."

¿Cuál NO es un indicio de TDAH?

- 1. Pelas, riñas..., prisión**
- 2. Inestabilidad laboral, baja escolaridad**
- 3. Alergias, prematuridad**
- 4. Todos son indicios de TDAH**

Posibles factores etiológicos asociados al TDAH

- ❑ Lo más probable es que el TDAH tenga una **etiología multifactorial**, incluida una combinación de factores de riesgo genéticos y ambientales:
 - Aproximadamente el **80% de la etiología del TDAH está relacionada con factores genéticos**
 - Algunos factores medioambientales también pueden contribuir como causas secundarias

Posibles factores etiológicos asociados al TDAH

Grupo	Momento	Factores etiológicos
Genéticos		Mutaciones en el receptor dopaminérgico y los genes transportadores de la dopamina
	Prenatal	Anomalías cerebrales del desarrollo, anomalías cromosómicas, virus, anemia, hipotiroidismo, carencia de yodo, exposición a drogas (p. ej., nicotina)
Ambientales	Perinatal	Nacimiento prematuro, bajo peso al nacer , encefalopatía anóxica isquémica, meningitis, encefalitis
	Postnatal	Meningitis vírica, encefalitis, traumatismo cerebral, disfunción tiroidea

- ❑ **Hermano menor:** vive desde pequeño en Holanda con sus tíos maternos.
- ❑ Diagnosticado de TDAH en etapa escolar. Recibió Tto farmacológico, estudió ingeniería naval y trabaja actualmente en puerto de Rotterdam.
- ❑ Casado y con hijo pequeño, también a tratamiento por TDAH.

historial toxicológico

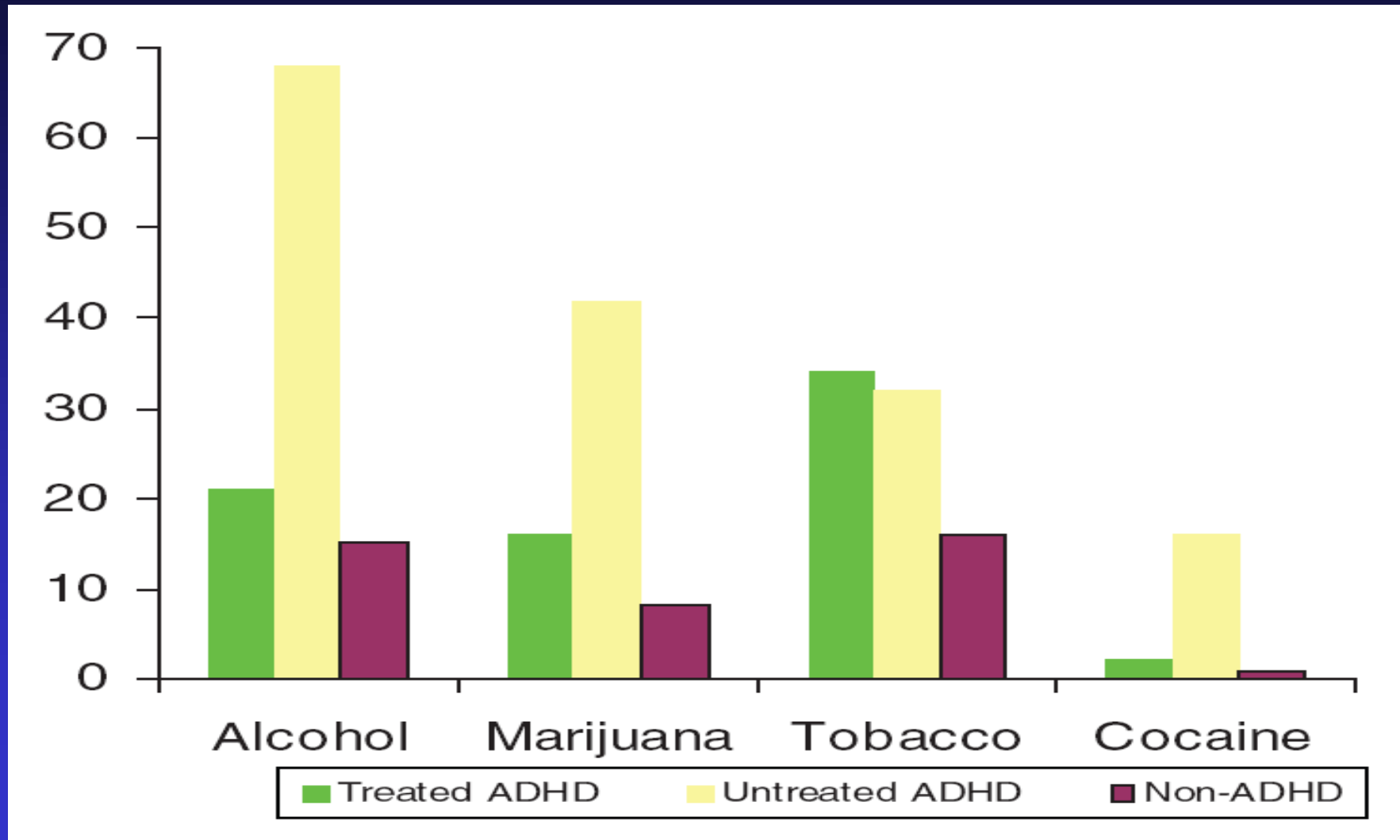
- ❑ Inicio con 13 años: derivados cannábicos y alcohol (litronas en pandilla); fumador desde 12 años. Frecuenta “botellones”, con intoxicaciones frecuentes (atención en Urgencias); fumador de 20 cig/día y “porros” a diario (para dormir)
- ❑ A los 14-15 años prueba la cocaína y drogas de síntesis (DS), persistiendo en el consumo regular de cocaína y DS sólo en “fiestas”; abusador de benzodiacepinas (“trankis”)
- ❑ Ha experimentado con otras drogas: opiáceos y alucinógenos
- ❑ Gran consumidor de bebidas estimulantes: 2 “litronas” de coca-cola, >6café/día, red-bull...).
- ❑ Como dato de interés, el consumo de cocaína “le deja tranquilo”, incluso puede dormir.

PISTAS EN "H^a. TOXICOLÓGICA"

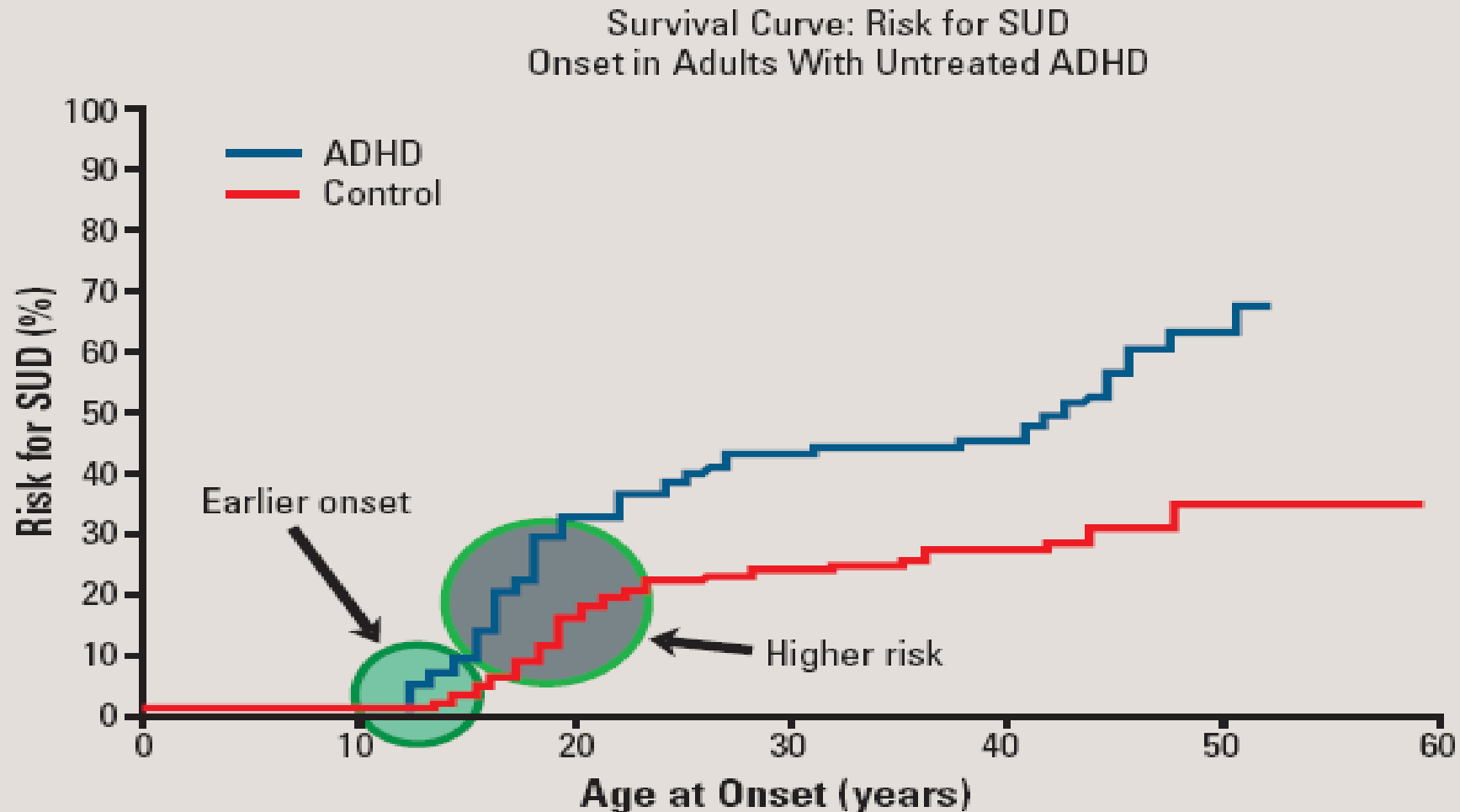
¿Cuál NO es un indicio de TDAH?

- 1. Temprano inicio en consumo**
- 2. Intoxicaciones frecuentes**
- 3. Cocaína le relaja**
- 4. Todos son indicios de TDAH**

Prevalence of Substance Use Disorder (SUD) Subtypes at 4-Year Follow-up, by ADHD Medication Status



TDAH y TUS



$P \leq .001$.

Reprinted with permission from: Wilens TE, Biederman J, Mick E, et al.
J Nerv Ment Dis. 1997;185:475-482.

datos clínicos - I

- ❑ Entrevistas: colaborador, pero 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: parto prematuro, bajo peso; enuresis, tics; manías con alimentos; crianza difícil (malos tratos); muy inquieto, nervioso, terco, caprichoso inestable: “siempre había que estar pendiente de él”
- ❑ Escolaridad: distraído, mal comportamiento (castigos e incluso expulsiones), deficiente rendimiento escolar. Por iniciativa profesorado va a Psicopedagogía, pero nunca recibió Tto. farmacológico
- ❑ Vida laboral: inestabilidad, trabajos “no especializados” (marinero, bateas, descargas en puerto y de “tabaco+THC” ⇒ prob. legales); tuvo varios accidentes por distraibilidad
- ❑ 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 (generalmente con fines instrumentales); insomnio mixto; refiere olvidos frecuentes y algún episodio de tipo psicótico con alucinaciones visuales e ideas referenciales, en relación con altas ingestas de cocaína
- ❑ Antecedentes de intervenciones quirúrgicas por fracturas y/o luxaciones de MI/MS; varios episodios de atención en Urgencias por intoxicaciones agudas (medicamentos+drogas) y con/sin intención autolítica; a Tto por enfermedad asmática
- ❑ Examen de salud: lo único destacable es la seropositividad al VHC⇒TAV con seguimiento irregular; discreta hiperlipidemia. Resto de parámetros: normalidad, incluido ECG.

PISTAS EN "Hª. CLÍNICA"

¿Cuál NO es un síntoma nuclear de TDAH?

- 1. Olvidos**
- 2. Impulsivo**
- 3. No para quieto en la silla**
- 4. Todos son síntomas nucleares de TDAH**

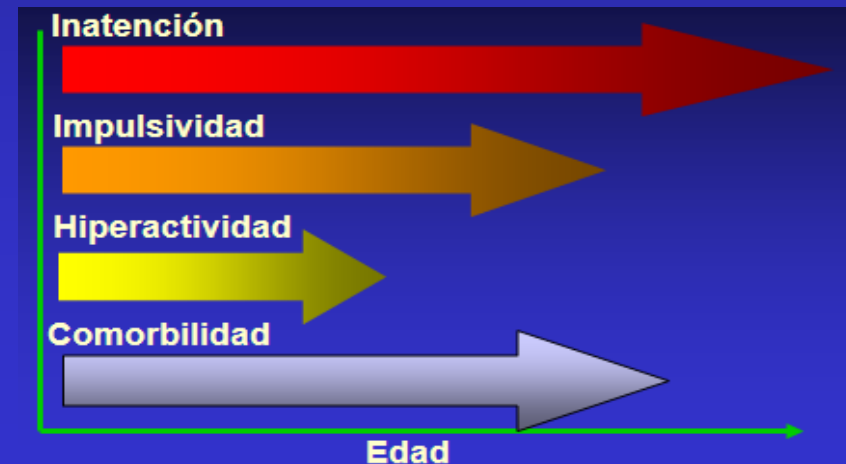
Síntomas frecuentes

- Falta de atención
- Exceso de actividad
- Impulsividad

- Actividad mental incesante (distracción)
- Inestabilidad/disregulación emocional
- Baja tolerancia a la frustración
- Autoestima baja
- Alteraciones conductuales y legales
- **Comorbilidades**

Criterios del DSM
(síntomas nucleares)

Síntomas
asociados



Presentación clínica en adultos

- Mala organización (“no hace planes con antelación”)
- Olvidos (“no acude a citas, olvida cosas”)
- Procrastinación (“empieza proyectos, pero no puede completarlos”)
- Problemas de gestión del tiempo (“siempre va tarde”)
- Cambios prematuros de actividades (“empieza algo, pero luego se distrae fácilmente por cualquier otra cosa”)
- Decisiones impulsivas (especialmente en relación con los gastos, la aceptación de proyectos, viajes, trabajos o planes sociales)
- Delitos (relacionados con la velocidad, las drogas ilegales)
- Inestabilidad: en trabajos y en las relaciones de pareja, sociales
- Comorbilidad psiquiátrica (enfds. del espectro afectivo, adicciones y T. Personalidad, ppal clúster B)

CLINICA

- **Historia Clínica** (Hª Toxicológica, algoritmo Mcintosh)
- **Screening**
 - ❑ **ASRS (OMS)**
 - Entrevista familiar (WURS) y otros informantes clave (si procede)
- **Criterios Diagnósticos DSM IV-TR**
 - ❑ **CAARS/ADHD (CAADID/DIVA)**
- Examen médico y exp. complement.
- *si duda razonable: Tto. Adyuvantis*

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

(2 consultas)



No pasar por alto el TDAH...^{1,2}

- Si el médico no observa hiperactividad
- Si no hay antecedentes familiares
- Si el paciente descarta los síntomas descritos por la familia
- Si el paciente tiene una buena formación o un trabajo de prestigio
- Si el paciente tiene éxito académico en la escuela elemental
- Si los síntomas del TDAH de la infancia se redujeron en la edad adulta
- Si no se recuerdan o se niegan los síntomas de la infancia

1. The DIVA Foundation. DIVA 2.0 2013. Disponible en:
<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx?id=461>

2. Weiss et al. *J Psychiatr Pract* 2002;8:99–111.

➤ PASO 1º:

- ¿Alguna vez le han diagnosticado TDAH?
- ¿Tiene antecedentes familiares de TDAH? (padres, hermanos u otros familiares)
- ¿Tuvo dificultades en el colegio? ¿“Soñaba despierto” o tenía dificultades para concentrarse?
- ¿Terminaba las tareas escolares a tiempo? ¿Era conflictivo?

Ante **cualquier respuesta afirmativa** a una o más de estas preguntas, deberemos **pasar al segundo escalón** del algoritmo:

➤ PASO 2º:

Actualmente, ¿tiene problemas importantes de atención, concentración, memoria impulsividad o inquietud que interfieran en sus relaciones o en sus logros laborales?

En caso de respuesta afirmativa, tanto en el paso 1 como 2, proseguiremos en busca de confirmación diagnóstica de TDAH

➤ CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA:

Cumplimentar ASRS: si existen ≥ 4 marcas en área sombreada de parte A \Rightarrow síntomas compatibles con TDAH

Completar E. clínica/E. familiar y resto de pruebas para confirmar diagnóstico de TDAH en adulto según criterios DSM IV-TR (DSM V)

- ❑ Síntomas de intoxicación aguda y/o crónica de drogas
- ❑ Síntomas de abstinencia
- ❑ Otros trastornos psiquiátricos comórbidos:
 - **T. Depresivos**
 - **T. Ansiedad**
 - **T. Bipolar**
 - **T. de la Personalidad (Límite)**
 - Otros
- ❑ Otros trastornos psico-orgánicos
 - TMO: lesiones cerebrales,...
 - T. endocrino-metabólicos: tiroideos,...
 - Otros: anemias, epilepsias,...
 - Tto: patologías cardíacas, tics,...

TLP vs TDAH

Síntomas compartidos TLP y TDAH:

- Déficits atencionales
- Disregulación emocional
- Déficits en el control de impulsos
- Abuso de sustancias
- Baja autoestima
- Alteración en las relaciones interpersonales
- Estados de elevada tensión interna

El TDAH no cursa con:

- Conducta autolítica
- Vacío interior crónico
- Paranoia transitoria
- Clínica disociativa grave
- Idealización y devaluación

Otros aspectos diferenciales:

	TDAH	TLP
Edad de inicio	infancia	adolescencia
Sexo	hombres	mujeres
Curso	crónico	fluctuante
Respuesta metilfenidato	sí	no
Tics	sí	no

CONCLUSIONES

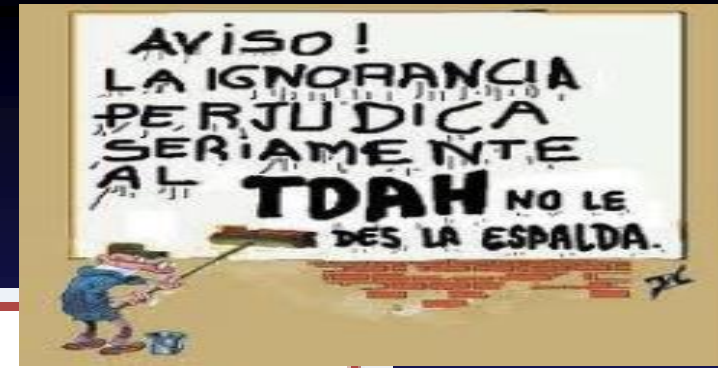


Comorbilidad entre TUS/TDAH y TLP

- Alrededor del **50%** de pacientes con **TLP** tienen diagnóstico de **TDAH** en la **infancia** (*Fossati et al., 2002; Philipsen et al., 2008*)
- **16,1%** de pacientes con **TLP** (n=118, mujeres) cumplen criterios para **TDAH del adulto** (tipo combinado) (*Philipsen et al., 2008*)
- **38,1%** de pacientes con **TLP** (n=181) cumplen criterios para **TDAH del adulto** (12,2% inatento, 3,3% hiperactivo/impulsivo, 22,7% combinado) (*Ferrer et al., 2010*)
- Se ha planteado la hipótesis de que el TDAH en la infancia sea un factor de riesgo para el desarrollo futuro de TLP (*Miller et al., 2008*)

TDAH/TLP: ¿enfermedades diferentes o fenotipos diferentes? (*SEPD, 2003*)

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES TDAH



SANIDAD

Implantación de la Guía
Inclusión del TDAH en el Plan Estratégico de Salud Mental
Favorecer la innovación e incorporación al Sistema Sanitario de nuevas alternativas en el tratamiento del TDAH
Reconocimiento especialidad psiquiatría infantil
Cícero (punto negro)
Coordinación e impulso de protocolos de CCAA

EDUCACION

Proyecto Ley LOMCE
Formación profesorado (formación reglada/universitaria, y formación continuada)
Coordinación e impulso de protocolos de CCAA



POLITICA SOCIAL

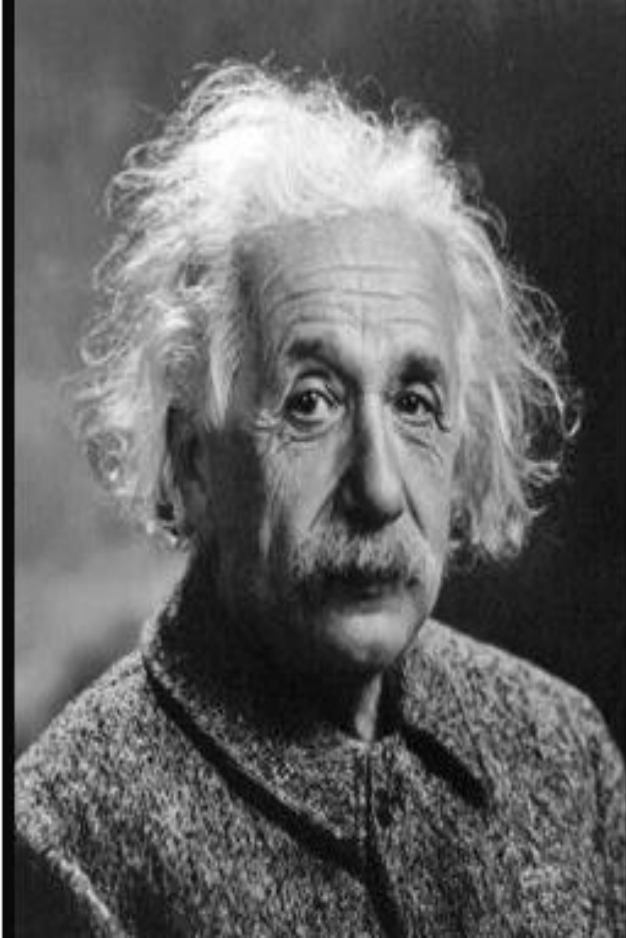
Ayudas familias desfavorecidas
Inclusión en las líneas de trabajo de las políticas con infancia
Atención y diagnóstico en centros y servicios de protección a menores

JUSTICIA

Diagnósticos y tratamientos entre población reclusa
Formación a fiscales, jueces y abogados
Atención y diagnóstico en el sistema de responsabilidad penal de los menores

**NOS NECESITAMOS,
ES CUESTION DE TODOS**





Cada día sabemos más y entendemos menos

(Albert Einstein)



indalecio.carrera@asoc-aclad.es

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

+ ACLAD

Sociedad Española de Patología Dual

SEPD

64 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
SEVILLA 17/19 OCT 2019

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria