

Psicofarmacología

A. Javaloyes Sanchis

Profesora Asociada de la Universidad Miguel Hernández de Alicante. Psiquiatra de la Infancia y de la Adolescencia. Clínica Mediterránea de Neurociencias. Alicante



Resumen

Ser pediatra de Atención Primaria implica un trabajo directo y continuo con el colectivo cada vez más prevalente de niños y adolescentes que presentan problemática de Salud Mental (prevalencia estimada del 11%)⁽¹⁾. No se puede negar que los psicofármacos desempeñan un papel esencial en el manejo de la problemática psiquiátrica grave del niño y del adolescente, eso sí, enmarcados en un plan integral que incluya siempre la intervención psicoterapéutica.

Generalmente, la prescripción inicial sigue recayendo en su gran mayoría en los dispositivos de salud mental del niño y del adolescente⁽²⁾, pero la tendencia actual es a que, cada vez de forma más activa, el pediatra se implique tanto en la prescripción como en la supervisión a medio y largo plazo de una gran parte de estos tratamientos.

En este capítulo, vamos a revisar de forma práctica todos los conceptos necesarios para que el pediatra disponga de las herramientas necesarias para la utilización y/o supervisión de los distintos psicofármacos en niños y adolescentes y se va a tratar de dar respuestas a algunas de las controversias actuales en este campo.

Abstract

Being a Paediatrician means a direct work with an increasing number of children and adolescents with mental health problems (estimated prevalence of 11%)¹. With no doubt psychotropic medication plays an essential role in the management of severe mental health disorder. It is important that this is always done as part of an integral plan including psychotherapeutical interventions. It is also important that these treatments need to be used by professionals (in primary o secondary care) with enough knowledge in children mental health.

In general the initial prescription of psychotropics is done by child and adolescent mental Health Services², but the actual trend gives paediatricians the supervision of treatment in the short and the longer term in most of the psychotropic prescriptions.

This chapter is going to provide the paediatrician enough knowledge in order to use and supervise different tools needed to supervise different treatment options available and will also try to answer the present controversies in this field.

Palabras clave: Psicofármacos; Tratamientos; Metilfenidato; Antidepresivos; Consentimiento.

Key words: Psychopharmaceuticals; Treatments; Methylphenidate; Antidepressants; Consent.

Pediatr Integral 2012; XVI(10): 802-809

¿Qué ha de tener en cuenta el pediatra antes de que se prescriba un psicofármaco?

Además de conocer la psicopatología infanto-juvenil y su comorbilidad, es importante que el pediatra tenga siempre en

cuenta unas premisas básicas que marcan la utilización de los psicofármacos.

Es importante que antes de prescribir un psicofármaco en un niño o adolescente tengamos claras unas premisas básicas que marcan la

utilización de estos fármacos (Tabla II). En primer lugar, es importante realizar un diagnóstico certero y tener en cuenta siempre la comorbilidad que acompaña a muchos de estos diagnósticos⁽³⁾. En muchas ocasiones, va a ser difícil realizar un diagnóstico completo y lo que

vamos a identificar son síntomas diana (como un nivel elevado de impulsividad o rigidez mental) sobre los que el tratamiento va a actuar⁽⁴⁾. Va a ser necesario también, en la gran mayoría de los casos, que la intervención farmacológica sea parte de un abordaje integral que incluya intervención psicoterapéutica, intervención familiar y apoyo en la faceta educativa y social⁽⁵⁾.

Otra decisión importante antes de comenzar el tratamiento es decidir si tenemos que realizar un examen físico o pedir alguna prueba complementaria como analíticas, electrocardiograma... A pesar de que existen recomendaciones internacionales, como luego veremos, no existe un consenso claro sobre las pruebas a realizar antes de comenzar a utilizar las distintas familias de psicofármacos (Tabla I).

¿Qué ha de tener en cuenta el pediatra durante el tiempo en el que un niño está tomando un psicofármaco?

Aspectos, como dosis ideal, tiempo de duración del tratamiento y necesidad de realizar pruebas complementarias van a ser esenciales durante el tiempo en que se mantiene el tratamiento.

Una vez tengamos elegido el fármaco más indicado (balance entre efecto terapéutico y efectos secundarios), es importante buscar la menor dosis con efecto terapéutico y evaluar continuamente la eficacia y la tolerancia. Es importante hacer una escalada lenta para reducir el riesgo de efectos secundarios y favorecer una buena adherencia (especialmente difícil en el adolescente).

Después de unas semanas de comenzar el tratamiento farmacológico, habrá que objetivar si la clínica ha mejorado. Para ello es importante tener una revisión a las pocas semanas de iniciar el tratamiento y recoger los cambios objetivados, tanto en el contexto familiar como en el escolar⁽⁶⁾.

En cada visita de seguimiento, hay que decidir si conviene realizar o repetir alguna prueba complementaria o valorar cambios en alguna de las determinaciones (peso, frecuencia cardiaca, tensión arterial...). Más adelante, se detallan las pruebas necesarias para cada

Tabla I. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

Nombre del niño/a, adolescente:

Nombre del padre, madre o tutor:.....

Fecha de nacimiento:

El doctor responsable del tratamiento psiquiátrico de mi hijo/a, ha hablado conmigo acerca de los problemas de mi hijo y ha recomendado los siguientes medicamentos:

<i>Nombre del medicamento</i>	<i>Rango de dosis</i>	<i>Síntomas que deben mejorar</i>

Entiendo que la medicación es solo una parte de su tratamiento, y que además se realizan intervenciones psicoterapéuticas. El médico me ha dado información sobre los medicamentos, me ha explicado los riesgos/beneficios de tomar o no tomar los medicamentos, los riesgos/beneficios de tratamientos alternativos y los riesgos/beneficios de no hacer nada. El médico me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y me las ha respondido. Entiendo que debo informar a cualquier médico sobre los medicamentos que tomo. Entiendo también que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, consultando con mi médico.

Firma del paciente (si mayor de 12 años): _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del padre o madre o guardián Legal: _____ Fecha: _____

una de las familias farmacológicas que se utilizan en niños.

¿Qué ha de tener en cuenta el pediatra con los niños que toman psicofármacos a medio y largo plazo? ¿Y ante una retirada del tratamiento?

Una duda razonable, que se plantea cada día en la consulta con los niños que están en tratamiento psicofarmacológico, es saber por cuánto tiempo y cuándo y cómo realizar la retirada del fármaco.

Los estudios longitudinales que nos aportan información sobre los beneficios y riesgos de la exposición a psicofármacos a largo plazo son limitados. Es importante por tanto revisar de forma regular la necesidad de mantener un

tratamiento farmacológico. Aunque en función de la patología y la familia de psicofármacos la duración del tratamiento es diferente (por ejemplo, las benzodiazepinas no deben mantenerse por encima de las cuatro semanas, los tratamientos para el déficit de atención se mantienen durante muchos años y los inhibidores de la recaptación de la serotonina deben mantenerse al menos seis meses), por regla general, el tiempo recomendado para revisar la necesidad de mantener el tratamiento es de tres meses de estabilidad sintomatológica. Van a existir mayores garantías de mantener la efectividad una vez retirado el tratamiento farmacológico, si se ha trabajado de forma paralela a nivel psicoterapéutico.

Una vez tomada la decisión de retirar el tratamiento, es importante man-

tener un seguimiento muy cercano y planificar una retirada muy gradual del tratamiento. Será importante en esta etapa dejar claro al niño y a su familia cuáles pueden ser las primeras señales de alarma de una posible recidiva.

¿Hace falta un consentimiento informado?

Aunque no existe la obligatoriedad de utilizar el consentimiento informado en la prescripción de neurolépticos, sí se considera una buena praxis el utilizarlo especialmente cuando se utilizan por indicación fuera de ficha técnica.

Es importante dar al niño/adolescente y a sus padres (al nivel de cada uno) la información necesaria para poder tomar la decisión adecuada. Este proceso no va a ser fácil, sobre todo cuando la indicación en ficha técnica no coincide con la indicación para la que lo prescribimos (por ejemplo, en el uso de neurolépticos). En la mayoría de las ocasiones, vamos a tener que hablar a la familia de posible mejoría de síntomas en lugar de hablar de curación.

Es aconsejable obtener un consentimiento informado del niño y adolescente y de la familia en todas las prescripciones de psicofármacos, y muy necesario cuando se utilizan fármacos fuera de la licencia farmacéutica. Tanto la familia como el adolescente, después de leer detenidamente la información necesaria –nombre del fármaco, indicación, posología, efectos secundarios, interacciones y contraindicaciones–, deben firmar como que han recibido toda esta información y llevarse una copia de estos datos. La alianza terapéutica va a desempeñar un papel esencial a la hora de solicitar el consentimiento informado, y de ahí que el pediatra desempeñe un papel esencial en este proceso.

Existen varios modelos disponibles para el uso, tanto del pediatra como del psiquiatra infantil. Los más extensos pueden ser específicos para cada psicofármaco e incluir los efectos adversos y contraindicaciones específicos. A continuación, se incluye un modelo más genérico, que puede utilizarse para las diferentes familias de psicofármacos (Tabla II).

Tabla II. Aspectos a tener claros antes de la prescripción

Cuestiones antes de prescribir

1. ¿Cuál es el diagnóstico o aproximación diagnóstica o en su defecto los síntomas diana que queremos mejorar?
2. ¿Existe alguna patología comórbida?
3. ¿Cuáles son las intervenciones complementarias que estoy realizando?
4. ¿Cuál es el mejor psicofármaco?
5. ¿Cuales son los beneficios?
6. ¿Cuáles son los posibles riesgos?
7. ¿Cuál es la dosis correcta con la que iniciar?
8. ¿Necesito obtener el consentimiento informado?
9. ¿Cómo y cuándo voy a valorar la tolerancia y la efectividad?
10. ¿Necesito pedir alguna prueba complementaria antes de iniciar el tratamiento?

¿Cuáles son las principales familias de psicofármacos?

Los psicofármacos que se pueden utilizar en niños y adolescentes se agrupan en seis familias en función de la indicación y de las propiedades de cada uno de ellos.

Psicoestimulantes

Son la primera línea de tratamiento en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y tienen una efectividad del 80%. El único disponible en nuestro país es el metilfenidato, que está comercializado como Rubifen[®], Concerta[®] (liberación lenta 12 horas) y Medikinet[®] (liberación lenta 8 horas).

Los psicoestimulantes no se recomiendan por debajo de los 6 años. Aunque la mayoría de los adolescentes van a estar diagnosticados desde la infancia, en algunos casos el diagnóstico se realiza de forma tardía y es en esta etapa, coincidiendo con el mayor nivel de impulsividad y el aumento de demanda académica, cuando se comienza el tratamiento farmacológico⁽⁷⁾.

Las dosis iniciales son de 0,5 mg/kg/día y se puede aumentar hasta 1,2 mg/kg/día en función de la efectividad. Con Rubifen[®] se deben administrar 2-3 dosis al día, siempre después de desayuno, comida y merienda (debido al efecto supresor del apetito). Concerta[®] se administra una vez al día y la eficacia terapéutica es de 12 horas. Medikinet[®] realiza una liberación sostenida en las primeras ocho horas del día y es una opción buena cuando no existe demasiada carga académica o en algunos casos puede administrarse una segunda dosis a la hora de comer. En cuanto a la presentación, Concerta[®] debe tragarse entero, y Rubifen[®] y

Medikinet[®] podrían abrirse o disolverse para facilitar su administración.

Con todos ellos, es importante valorar respuesta y tolerancia pasadas unas semanas y utilizar, en la medida de lo posible, escalas e informes escolares que nos permitan cuantificar los cambios y los posibles efectos secundarios. En los casos en los que exista un componente muy elevado de impulsividad o problemática conductual, se puede combinar el metilfenidato con neurolépticos.

La decisión de interrumpir la administración de medicación los días no escolares y periodos de vacaciones debe ser individualizada. Para atribuir un efecto positivo o negativo se requiere un plazo razonable de tiempo; aunque, en la mayoría de los casos, el beneficio se observa a partir de las primeras semanas. A pesar de que la realidad es que en la mayoría de los casos el tratamiento se mantiene hasta el final de la adolescencia, es importante reevaluar la situación de forma periódica (quizás al comienzo de cada curso académico) y decidir la conveniencia de proseguir.

Los efectos secundarios de los psicoestimulantes son: pérdida de apetito, insomnio, fenómeno de rebote al extinguirse el efecto de la dosis de la tarde, dolor abdominal, cefalea y empeoramiento de los tics. Es muy posible que la familia acuda al pediatra ante estos y va a ser el pediatra el que tendrá que valorar la necesidad de intervenir. Ante la pérdida de peso, es mejor reducir dosis o introducir descansos en el fin de semana que utilizar estimulantes del apetito. Con el insomnio hay que intentar utilizar presentaciones que se hayan eliminado por completo a la hora de conciliar el sueño. Para evitar cefaleas

Tabla III. Recomendaciones oficiales de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil sobre el uso de psicoestimulantes en niños y adolescentes

1. El TDAH es un trastorno grave que afecta negativamente al desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes, y para el que existen tratamientos eficaces
2. La seguridad de los tratamientos constituye un aspecto esencial que todos los implicados conocemos y valoramos con especial interés
3. De acuerdo con las recomendaciones de la AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*) y las nuestras propias, en todos los pacientes tratados con psicoestimulantes se debe hacer una buena historia médica y exploración previas, siendo innecesarios, de acuerdo con los estudios existentes, un estudio cardiovascular explícito o la realización de un electrocardiograma (ni de un electroencefalograma) si no hay sospecha clínica previa de problemas en este sentido
4. Hasta el momento actual, el beneficio del tratamiento con psicoestimulantes en los niños y adolescentes es muy superior al riesgo de no aplicarlo
5. Ni los estudios publicados hasta la fecha, ni la práctica clínica, ni los datos epidemiológicos recogidos ni han indicado ni indican riesgo alguno superior al de la población general en cuanto al uso de los fármacos mencionados en relación con problemas cardiovasculares, incluido el riesgo de muerte súbita
6. Desde la perspectiva de su gran seguridad como fármacos, la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil comprende la importancia de identificar y estudiar todos los efectos adversos raros que sucedan y de determinar su prevalencia como único camino para poder tomar una decisión ponderada riesgo-beneficio en cuanto a su uso. Además, en dicha toma de decisión deben incluirse los riesgos a largo plazo que puede determinar el TDAH no tratado

o abdominalgias, se debe hacer una escalada muy lenta de la dosis. En niños con TDAH y epilepsia, se recomienda cuando no existen crisis y se mantiene un tratamiento anticonvulsivante de base. En niños con TDAH y tics, aunque en principio está contraindicado el tratamiento con psicoestimulantes, hay estudios que sugieren que, a dosis altas o con presentaciones de liberación lenta, se produce un mejor control de los tics.

En niños con TDAH y trastornos del desarrollo del espectro autista, se debe emplear con precaución, ya que, en ocasiones, se puede provocar agitación psicomotriz. De todas formas, en algunos casos mejoran la concentración, la hiperactividad y los movimientos estereotipados.

La tarea del pediatra de Atención Primaria en este grupo de fármacos es implicarse en el seguimiento y supervisar los posibles efectos secundarios. En el subgrupo de niños que presentan un TDAH puro, sería posible también manejar el metilfenidato desde Atención Primaria, parece que en nuestro país existen regiones donde ésta es una práctica habitual.

Existe una controversia abierta sobre el aumento de su prescripción y el posible abuso de este fármaco, especialmente en la adolescencia. Es justo dejar claro que las cifras de prevalencia del TDAH son muy elevadas y que, por tanto, el porcentaje de prescripciones de metilfenidato en niños y adolescentes sea muy elevado. También, existe otra área de debate claro en lo referido al riesgo de abuso del metilfenidato en adolescentes.

Los estudios claramente demuestran que, a largo plazo, el riesgo de consumo de tóxicos es más bajo en adolescentes con TDAH que reciben un tratamiento farmacológico que en los que no lo reciben. Si existe un perfil de especial riesgo, es mejor utilizar las formulaciones de liberación lenta que las de liberación rápida.

No existe tampoco un consenso claro en cuanto a las pruebas complementarias que se deben realizar antes y durante el tratamiento. Las pruebas complementarias no son necesarias de forma sistemática antes del tratamiento. En caso de que existan dudas entre un déficit de atención puro y una epilepsia de ausencias, se debe realizar un electroencefalograma. De igual forma, ante la sospecha de sintomatología compatible con hipertiroidismo o con una anemia, se realizará una analítica y una exploración física para descartar la presencia de estas patologías. Aunque no está recogido en todas las recomendaciones actuales, existe una tendencia a pedir, antes de comenzar, metilfenidato, un electrocardiograma y una toma de tensión arterial y pulso. En caso de que el adolescente tenga sobrepeso, será importante mantener un seguimiento cada seis meses de la función cardiaca. Se puede realizar una analítica de control anual que incluya hemograma, bioquímica y función hepática dependiendo de la situación de cada paciente. A continuación, se incluyen las Recomendaciones Oficiales de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente sobre el uso de este fármaco (Tabla III).

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina

Atomoxetina es el fármaco central de esta familia y desde su introducción como tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes (en EE.UU. está en el mercado desde el primer trimestre del 2003 y en España se comercializó a finales del 2007) con el nombre comercial de Strattera®. La atomoxetina es el psicofármaco con mayor número de ensayos clínicos en niños y adolescentes; por lo que, a pesar de la corta trayectoria de uso, oferta un perfil de demostrada efectividad y tolerancia en población infanto-juvenil.

Al no ser un psicoestimulante, amplía las opciones terapéuticas de este trastorno. La dosis recomendada es de 0,5 mg por/kg/día durante una semana y, después, 1,2 mg/kg/día, distribuidas en una sola toma en el desayuno. Aunque la presentación es en cápsulas, se recomienda no abrir el envase. Los efectos secundarios más frecuentes suelen ser molestias gastrointestinales, cefaleas y, en algunos casos, cansancio o sueño (que puede aliviarse pasando la toma a la noche). La efectividad plena no se observa hasta pasadas las cuatro primeras semanas.

Los estudios muestran que tiene un perfil más específico cuando el adolescente presenta un nivel elevado de ansiedad comórbida o la presencia de un trastorno por tics. De igual manera, hay que considerarlo como una buena opción terapéutica si el niño presenta epilepsia de forma comórbida.

Tabla IV. Recomendaciones oficiales de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes

1. La depresión es una enfermedad grave que interrumpe el desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes. Es urgente disponer de tratamientos eficaces
2. La seguridad de los fármacos es un apartado esencial del tratamiento y, en consecuencia, todos los resultados de los estudios realizados en niños y adolescentes deben ser públicos y conocidos y debe haber un registro nacional de esos resultados
3. De acuerdo con las recomendaciones de la FDA (*Federal Drug Administration*) en todos los pacientes tratados con antidepresivos se debe hacer un control riguroso de los posibles efectos secundarios, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, con el fin de detectar, de forma inmediata, la aparición o incremento de ideación suicida
4. Hasta el momento actual y, de acuerdo con los datos de que se dispone, el beneficio del tratamiento con antidepresivos, en los niños y adolescentes, es superior al riesgo de no aplicarlo. No hay que olvidar que la depresión es la primera causa de suicidio en los adolescentes
5. Deben hacerse nuevos estudios diseñados expresamente para evaluar la posible relación entre fármacos antidepresivos y riesgo de ideación suicida

Una dificultad añadida a nivel de logística familiar es la necesidad de obtener un visado de Inspección Sanitaria. Se recomienda también un control de tensión arterial y pulso y, si se mantiene el tratamiento a largo plazo, sería recomendable realizar una analítica general al menos dos veces al año.

Antidepresivos

Los antidepresivos se utilizan en los niños para diagnósticos muy variados y pueden mejorar, entre otros, los siguientes síntomas: tristeza, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, labilidad emocional y fobia social. Los diagnósticos clínicos en los que están indicados son: episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y enuresis nocturna.

Inhibidores de la recaptación de serotonina

Entre los más utilizados en el grupo de la infancia y de la adolescencia se encuentran: fluoxetina (20 mg/día), paroxetina (20 mg/día), sertralina (50-100 mg/día) y fluvoxamina (50-150 mg/día). Además de la eficacia clara en los trastornos depresivos, se ha demostrado una efectividad clara en cuadros de ansiedad; por lo que, en casos severos se aconseja la utilización de esos en lugar de utilizar benzodicepinas. Por último, esta familia de fármacos tiene efectividad en los trastornos obsesivo-compulsivos (especialmente, la fluvoxamina).

Las dosis que se utilizan son las mismas que se recomiendan en los adultos. Por lo general, son bien tolerados (efectos secundarios más frecuentes son síntomas gastrointestinales). El consejo es mantener al menos entre tres y seis meses después de la mejoría. Es impor-

tante vigilar en el adolescente la aparición de síntomas hipomaniacos y retirar el fármaco si estos aparecen.

Existe un área de controversia clara con esta familia de fármacos y es el posible aumento de ideación suicida y consecuentemente los aspectos legales sobre la utilización de estos⁽⁹⁾. A pesar de que inicialmente se generó una alerta farmacológica por este riesgo, actualmente la indicación se mantiene tanto para población de niños como para adolescentes y existen recomendaciones claras sobre su utilización⁽⁸⁾.

Cada vez son más los pediatras de Atención Primaria que utilizan esta familia de psicofármacos, sobre todo en la adolescencia.

A continuación, se incluyen las Recomendaciones Oficiales de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente sobre el uso de esta familia de fármacos⁽¹⁰⁾ (Tabla IV).

Antidepresivos tricíclicos

Debido a la tasa alta de efectos secundarios (cardiotoxicidad y sedación) y a su alta toxicidad en caso de sobredosis, no están indicados en la infancia y adolescencia como primera línea de antidepresivos a pesar de tener una eficacia clara.

Los tricíclicos se utilizan también para el trastorno obsesivo-compulsivo y a dosis bajas para mejorar la enuresis nocturna en casos en que no haya funcionado la desmopresina.

Los más utilizados en niños y adolescentes son: imipramina, amitriptilina y desipramina. Se recomienda utilizar dosis bajas (10-20 mg) y vigilar de cerca efectos secundarios, sobre todo a nivel cardiaco.

Antes de comenzar el tratamiento, se recomienda un electrocardiograma

de base y repetirlo al menos una vez cada seis meses.

Neurolépticos/antipsicóticos

Aunque los neurolépticos tienen como principal indicación el tratamiento de los trastornos psicóticos, en la infancia y la adolescencia se utilizan de forma muy frecuente para controlar conductas disruptivas, agresividad e impulsividad. También tienen una efectividad clara en los trastornos por tics complejos y el síndrome de Gilles de la Tourette⁽¹¹⁾.

Los neurolépticos atípicos, a diferencia de los convencionales, tienen un perfil de efectos secundarios mucho más limpio y a dosis bajas se utilizan desde edades bien tempranas.

Entre otros, los más utilizados son: haloperidol, sulpirida y clorpromazina de los convencionales, y risperidona, olanzapina, paliperidona, aripiprazol, ziprasidona, amisulpirida y quetiapina de los atípicos. Son muchos los estudios que confirman una eficacia clara de risperidona para irritabilidad, agresividad y agitación en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista.

La dosis de estos fármacos no depende del peso, por lo que siempre hay que empezar con la dosis mínima, y hacer una escalada gradual en las siguientes semanas, hasta alcanzar eficacia a una buena tolerancia. La mayoría de ellos ofrecen la posibilidad de administración en jarabe, gotas o comprimidos dispersables, lo que facilita en algunos casos la administración y la adherencia al tratamiento en algunos niños. En lo referente a pruebas complementarias, es recomendable realizar una analítica de control cada seis meses.

Un problema claro del uso de estos fármacos en niños y adolescentes es el aumento de apetito y peso que aparece

de forma frecuente y que en el adolescente va a suponer una repercusión muy negativa. De igual manera, hay que revisar las posibles repercusiones a nivel cognitivo por el impacto que esto pueda tener en el rendimiento académico. Existe también un riesgo de aparición de efectos extrapiramidales (disonías, temblores...). La duración de estos tratamientos debe ser lo más limitada posible, reduciéndolo gradualmente después de un periodo de estabilidad conductual.

Es importante siempre explicarle a la familia que es posible que la indicación por la que se prescriba sea diferente a la que viene en el prospecto, para evitar un rechazo al tratamiento. También, va a ser importante clarificar que, en muchos casos, la prescripción va a ser para mejorar síntomas y no para curar diagnósticos.

Aunque, en la mayoría de los casos, van a utilizarse desde los dispositivos de Salud Mental, de forma puntual en casos de elevada agresividad o irritabilidad, pueden utilizarse en Atención Primaria con una cierta seguridad.

Estabilizadores del estado de ánimo/ moduladores del control de impulsos

Tanto los antiguos antiepilépticos como carbamazepina y ácido valproico, como los nuevos antiepilépticos, entre los que se encuentran: gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, tiagabina y topiramato, se han utilizado en Psiquiatría del adolescente para el tratamiento del trastorno bipolar de inicio temprano. Sin embargo, el uso más frecuente es cuando existe en el adolescente un elevado descontrol de impulsos. Por este motivo, son muchos los niños y adolescentes con problemas conductuales a los que se va a prescribir un fármaco de esta familia con el objetivo de reducir la impulsividad, la agresividad y las conductas de riesgo. Esta utilización se encuentra fuera de la ficha técnica.

La oxcarbamazepina (Trileptal®) ofrece un perfil mucho más limpio a nivel de efectos secundarios que la carbamazepina (Tegretol®) y no es necesario realizar analíticas de control ni niveles terapéuticos. La dosis recomendada es de 15-40 mg/kg/día, repartida en dos tomas. El ácido valproico tiene acción como estabilizador emocional, mejora también la agresividad e impulsividad. La dosis recomendada oscila entre 20-

40 mg/kg/día repartida en dos dosis. Los efectos secundarios más frecuentes son: aumento del apetito, aumento de peso, caída del cabello y temblores. El topiramato presenta propiedades terapéuticas en impulsividad y agresividad, y tiene un perfil específico en adolescentes con bulimia por su efecto disminuyendo el apetito.

El litio, a pesar de tener un papel de efectividad clara en el trastorno bipolar de inicio temprano y en los problemas conductuales en población discapacitada, se limita a segunda o tercera línea debido a la toxicidad a largo plazo y la necesidad de controles hematológicos regulares.

Generalmente, el uso de esta familia de psicofármacos se va a realizar desde Salud Mental infantil y va a limitarse a la función del pediatra a una supervisión de la tolerancia y eficacia.

Benzodiacepinas

La utilización de las benzodiacepinas en niños y adolescentes debe limitarse a casos graves y a periodos muy breves (por debajo de las cuatro semanas). La indicación principal son los trastornos de ansiedad. Algunos de ellos, como clorazepato, cuentan con la presentación pediátrica, lo que hace posible el ajustar la dosis de forma adecuada. Para el adolescente, es mejor utilizar diazepam o lorazepam, ya que permite un mejor ajuste de dosis.

Es importante vigilar los efectos secundarios a nivel cognitivo y cuando se utilizan en trastornos del espectro autista, la posibilidad de que produzcan una respuesta paradójica, aumentando el nivel de agitación.

Cuando existe un trastorno del sueño en el adolescente hay que intentar utilizar medidas higiénicas inicialmente, pudiéndose utilizar melatonina durante unas semanas para establecer un patrón de sueño saludable.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** McClellan J, Werry JS. Evidence based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1388-400.
- 2.** Wong I, Murray M, Novak-Camilleri N, Stephens P. Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 1131-2.
- 3.** Zito JM, Safer DJ, Resis S. Psychotropic practice patterns for youth: a 10 year

perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 57: 17-25.

- 4.*** Thomas CP, Conrad P, Casler R. Trends in the use of psychotropic medications among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 41: 514-21.
- 5.** Soutullo Esperón C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y el Adolescente. Edición Panamericana; 2011.
- 6.*** Green WH, Lippincott W, Green OP. *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. 3rd edition. New York Univ: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2007.
- 7.*** Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 353-64.
- 8.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Ref: 2004/06. 29 junio de 2004.
- 9.** MHRA. Report of the CSM Expert Working Group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitors antidepressants. 6 december 2004.
- 10.*** Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2004: 147-8.
- 11.** Schur SB, Sikich L, Findling RL. Treatment recommendations for use of antipsychotics for aggressive youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 132-44.

Bibliografía recomendada

– Soutullo Esperón C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y el Adolescente. Edición Panamericana; 2011.

Libro de actualidad que recoge todas las bases necesarias para el correcto uso de los psicofármacos en niños y adolescentes. Es un manual de obligada referencia para pediatras y psiquiatras infanto-juveniles.

– Zito JM, Safer DJ, Resis S. Psychotropic practice patterns for youth: a 10 year perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 57: 17-25.

Este artículo revisa de manera sistemática los cambios en hábitos de prescripción que se han producido en los últimos años, y da las claves sobre los motivos que han llevado a estos cambios. Los psicoestimulantes son, sin duda, la familia en la que se ha producido un aumento más claro.

– Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 353-64.

Artículo que revisa toda la información disponible sobre la eficacia de los psicoestimulantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A pesar de las controversias que acompañan al aumento sobre el uso de estos tratamientos, este metaanálisis recoge, de forma clara, la elevada efectividad de estos tratamientos.

Caso clínico

Adrián es un niño de 11 años que acude a la consulta debido a un diagnóstico de trastorno por déficit de atención que se realiza a la edad de 7 años. La evolución en este tiempo ha sido bastante negativa, a pesar de que Adrián acude una vez a la semana a intervención psicopedagógica. La evaluación confirma la presencia de criterios clínicos de TDAH subtipo combinado y, además, existe como patología comórbida un cuadro de trastorno negativista desafiante.

La sintomatología repercute de forma clara en el contexto académico y familiar, presentando fracaso académico, rechazo del grupo de iguales y un nivel de conflictividad alta

en el aula con el profesorado. En casa, los padres verbalizan sentirse desbordados y con la sensación de que nada de lo que intentan hacer con Adrián funciona.

Adrián, aunque se muestra inicialmente muy a la defensiva y con poca conciencia de problema, acaba rompiendo a llorar y dice que se siente mal y que sabe que es malo y que tiene la culpa de todo.

Los padres piden ayuda y, aunque son reacios al tratamiento farmacológico, quieren saber las distintas alternativas de ayuda para su hijo.

Algoritmo de los psicofármacos más utilizados en función de la problemática del niño

A continuación se incluyen los principales diagnósticos de salud mental del adolescente y los psicofármacos de mayor utilización para que así el pediatra de forma clara maneje la información básica de cada uno de ellos

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

Qué: METILFENIDATO (Rubifen®, Concerta®, Medikinet®), ATOMOXETINA (Strattera®)

Presentación: comprimidos, cápsulas

Cuánto: entre 0,5 y 1,5 mg/kg/día, en una, dos o tres tomas en función de la presentación (mejor escalar lentamente)

Tiempo para ver eficacia: 2-3 semanas

Efectos secundarios: pérdida de apetito, insomnio

Tiempo a mantener: variable

Pruebas antes de comenzar: peso, talla, exploración física, tensión arterial y pulso (posible EKG)

Pruebas durante el tratamiento: pruebas durante el tratamiento; peso, talla, pulso, TA y posible analítica anual dependiendo de cada paciente

Episodio depresivo:

Qué: FLUOXETINA (Prozac®), SERTRALINA (Aremis®), ESCITALOPRAM (Esertia®)

Presentación: comprimidos, cápsula, solución

Cuánto: 20 mg (fluoxetina, citalopram), 50-100 mg (sertralina) (comenzar con media dosis la primera semana)

Tiempo para la eficacia: dos semanas

Efectos secundarios: náuseas, cefaleas (primera semana)

Tiempo a mantener: entre tres y seis meses después de la mejoría

Pruebas antes del tratamiento: no necesarias

Pruebas durante el tratamiento: no necesarias

Algoritmo (continuación)

Trastorno de conducta:

Qué: RISPERIDONA (Risperdal®), OXCARBAMAZEPINA (Trileptal®), TOPIRAMATO (Topamax®)

Presentación: solución, comprimidos dispersables, comprimidos

Cuánto: 0,5-3 mg/día (risperidona), 300-1.200 mg, día (oxcarbamazepina), 50-300 mg/día (topiramato)

Tiempo de eficacia: dos semanas

Efectos secundarios: aumento de apetito (risperidona), pérdida de apetito (topiramato)

Tiempo a mantener: al menos dos meses después de mejoría clínica

Pruebas antes del tratamiento: no necesarias

Pruebas durante el tratamiento: analítica general cada seis meses

Autismo con problemas conductuales graves:

Qué: RISPERIDONA (Risperdal®), ATOMOXETINA (Strattera®), METILFENIDATO (Rubifen®, Concerta®, Medikinet®)

Presentación: solución, comprimidos dispersables, cápsulas

Cuánto: 0,5-3 mg/día (Risperdal®), entre 0,3 y 1 mg/kg/día, en una, dos o tres tomas en función de la presentación (mejor escalar muy lentamente y mantener dosis más bajas que en TDAH, riesgo de agitación con metilfenidato)

Tiempo de eficacia: dos semanas

Efectos secundarios: aumento de apetito y cansancio (risperidona), pérdida de apetito y posible agitación (metilfenidato)

Tiempo a mantener: variable

Pruebas antes del tratamiento: examen físico (posible EKG, metilfenidato)

Pruebas durante el tratamiento: analítica cada seis meses

Trastorno obsesivo-compulsivo:

Qué: FLUVOXAMINA (Dumirox®), SERTRALINA (Aremis®), AMITRIPTILINA (Tryptizol®), CLOMIPRAMINA (Anafranil®)

Presentación: comprimido, solución

Cuánto: 50-150 mg (fluvoxamina, sertralina), 20-150 mg (amitriptilina, clomipramina) (escaladas cada semana)

Tiempo para la eficacia: dos semanas

Efectos secundarios: náuseas, cefaleas (primera semana)

Tiempo a mantener: entre tres y seis meses después de la mejoría

Pruebas antes del tratamiento: EKG (amitriptilina)

Pruebas durante el tratamiento: analítica y EKG a los seis meses

Trastornos de ansiedad:

Qué: FLUOXETINA (Prozac®), PAROXETINA (Seroxat®), CLORAZEPATO (Tranxilium®), DIAZEPAM (Valium®), LORAZEPAM (Idalprem®, Orfidal®)

Presentación: comprimidos, sobres, cápsula, solución

Cuánto: 20 mg (fluoxetina, paroxetina), 2,5-10 mg (clorazepato, diazepam), 1-6 mg (lorazepam)

Tiempo para la eficacia: dos semanas (fluoxetina, paroxetina), dos días (clorazepato, diazepam, lorazepam) (se pueden combinar las primeras dos semanas)

Efectos secundarios: náuseas, cansancio, embotamiento cognitivo

Tiempo a mantener: tres meses después de la mejoría (fluoxetina, paroxetina), no más de cuatro semanas (clorazepato, diazepam, lorazepam)

Pruebas antes del tratamiento: para descartar organicidad

Pruebas durante el tratamiento: no necesarias