

## Mesa Redonda: Actualizaciones pediátricas

### Psicofármacos en Pediatría

J. CORNELLÀ I CANALS

*Doctor en Medicina. Pediatra. Paidopsiquiatra. Girona*

#### LIMITACIONES HISTÓRICAS

La utilización de psicofármacos en pediatría parte de una ausencia de definición y, por tanto, de diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en la infancia. La especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente acaba de ser aprobada en nuestro país. Por otra parte, y debido a las normas deontológicas, existe muy escasa investigación farmacológica en niños y adolescentes.

Desde siempre se ha considerado el uso de psicofármacos en niños como el último recurso, y ha tenido sus detractores más o menos notorios. En muchas ocasiones se ha contrapuesto con el tratamiento farmacológico. En definitiva, los paidopsiquiatras siempre topamos con la escasez de recursos en nuestra especialidad.

Existen, por lo tanto, limitaciones que vienen dadas por razones sociales, éticas y legales

#### REQUISITOS PARA LA PRESCRIPCIÓN

- El diagnóstico debería estar lo mejor establecido posible. Si bien, en muchas ocasiones, el diagnóstico puede no estar claro, será necesario que exista una buena argumentación diagnóstica a la hora de prescribir.
- Conviene que, dentro de lo posible, existan estudios de investigación, suficientemente contrastados, que demuestren que una medicación concreta es eficaz en el tratamiento de un trastorno psiquiátrico determinado.
- Estos dos requisitos también deben cumplirse cuando se prescribe una psicoterapia.

#### LAS PREGUNTAS CLAVE PARA ANTES DE LA PRESCRIPCIÓN

- ¿Realmente este niño adolescente tiene un trastorno psiquiátrico?
- ¿Cuál es la naturaleza de este trastorno?
- ¿Cuáles son los factores etiológicos implicados?
- ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para este trastorno concreto?
- ¿Qué medidas complementarias deben tomarse en función de las circunstancias personales y sociales del paciente?
- ¿Cuál es la evolución previsible y el pronóstico?

#### PERSPECTIVA ÉTICA EN LA PRESCRIPCIÓN

No debe olvidarse que la información al paciente y a sus padres deberá ser lo más completa posible, dentro de las posibilidades y de la edad del menor. Asimismo, debe obtenerse el consentimiento informado por parte de los padres (en caso de menores) o del propio paciente. Evidentemente, la obtención del consentimiento del propio paciente será gradual, de acuerdo con la edad.

En psicofarmacología pediátrica es importante definir el riesgo mínimo, saber cuál es la relación entre el riesgo y el beneficio, y dejar muy claro aquello que puede ser abuso o coacción. (Arnold, 1995; Shield y Baum, 1994).

Por ejemplo, existe la impresión general de un excesivo uso de metilfenidato en niños que, simplemente, tienen dificultades para mantener la atención.

## DIFICULTADES

En psiquiatría del niño y del adolescente, existe, muy a menudo, una dificultad importante para establecer el diagnóstico. La maduración del menor influye en la evolución de sus síntomas, y retrasa el proceso diagnóstico.

Por otra parte, y ya que tratamos a personas en proceso de crecimiento y maduración, la evolución del curso clínico es imprevisible. La observación es fundamental.

Asimismo, hay que tener presente la patología que, con frecuencia, se asocia o enmascara los cuadros clínicos (aquellos que definimos como comorbilidad).

En el niño y en el adolescente pueden aparecer reacciones adversas (al igual que en los adultos) que generan desconfianza y dificultan el tratamiento (más que en los adultos).

Se añaden otras dificultades que conviene conocer: existe un cambio de la respuesta a los fármacos en función de la edad, y la complejidad de las enfermedades psiquiátricas pueden interferir en la colaboración del paciente.

Hay que contar también con las expectativas infundadas de los padres y de los pacientes.

## ANTES DE TRATAR

### Consideraciones:

Aunque parezca una obviedad, hay que plantearse las cuestiones más elementales de todo tratamiento farmacológico en la infancia (Mardomingo, MJ, 2002):

- ¿A quién se trata? Sujeto
- ¿Qué se trata? Diagnóstico
- ¿Con qué se trata? Fármaco
- ¿De qué modo? Dosis
- ¿Cuánto tiempo? Duración

### Informar a padres y pacientes sobre:

- Indicaciones de la medicación.
- Ventajas de administrarla.
- Mejoría que cabe esperar.
- Inconvenientes de administrarla.
- Riesgos de no administrarla.
- Otras alternativas terapéuticas (reales y comprobadas).

## PAUTAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

- Establecer diagnóstico si es posible. O una aproximación diagnóstica.

- Formulación razonada de hipótesis diagnósticas.
- Descripción del cuadro clínico.
- Definición de síntomas diana.
- Elección del tratamiento.
- Información al paciente y a los padres.
- Consentimiento.
- Establecer la dosis óptima.
- Establecer el tiempo de administración.
- Evaluación de los efectos adversos.
- Establecer los criterios y modos de suspensión.

## ¿CÓMO SE ELIGE EL FÁRMACO?

En función:

- Del diagnóstico, si es posible.
- De los síntomas diana.
- De la respuesta del paciente a tratamientos anteriores.
- De la respuesta de los familiares a tratamientos anteriores.

## LAS REACCIONES ADVERSAS

Como en todo tratamiento prescrito a un niño o adolescente, pueden aparecer reacciones adversas. Hay que valorarlas y tomar una decisión sobre ellas. Mardomingo (2002) las clasifica en tres tipos:

- De carácter transitorio. *Ejemplo:* somnolencia.
- Que requiera a su vez tratamiento. *Ejemplo:* síntomas extrapiramidales en neurolepticos.
- Que requiera la suspensión del fármaco. *Ejemplo:* acción cardiotoxica.

## LA FARMACOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA

Recordemos el viejo axioma: los niños no son adultos en miniatura.

Por ello, existe una mutabilidad de la farmacocinética (metabolismo) y de la farmacodinámica (receptores).

A nivel metabólico, las reacciones en el niño y adolescente pueden ser inmaduras, nuevas o específicas de la edad. En la adolescencia, el aumento de la actividad enzimática nos obliga a estar expectantes para ajustar las dosis. Asimismo, la mayor parte de psicofármacos son metabolizados por el sistema citocromo P-450 del hígado (dando lugar a interacciones y efectos adversos).

A nivel de receptores, éstos varían en su cantidad y en su funcionalidad. Por lo tanto, existen diferencias neurobioquímicas determinadas por las distintas fases del desarrollo que dan lugar a diferentes respuestas a los fármacos en función de la edad

## GRUPOS DE PSICOFÁRMACOS

- Ansiolíticos
- Antidepresivos
- Neurolépticos
- Estimulantes
- Estabilizadores del ánimo/anticonvulsivos
- Otros

## INDICACIONES DE LOS PSICOFÁRMACOS

- **Trastornos de ansiedad** (fobia escolar, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, estrés post-traumático...). se utilizarán los psicofármacos siempre que el trastorno impida al niño realizar sus actividades normales. Hay que ser muy cauto en la prescripción de benzodiazepinas de acción rápida, por el peligro de tolerancia y adicción. En muchas ocasiones preferimos utilizar la sertralina, que tiene un buen efecto sobre la ansiedad.
- **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad** (TDAH). El fármaco de elección es el metilfenidato. Pero es importante establecer antes si se trata de un déficit de atención como síntoma (ya sea de otra patología o de una circunstancia ambiental) o como trastorno que causa sus problemas. Hay que recordar que el fármaco no sirve de nada si no se acompaña de medidas psicopedagógicas y de orientación a padres y profesores. Se recomienda comenzar con dosis bajas de las formulaciones de metilfenidato de acción rápida para evaluar la respuesta inicial. Asimismo, es mejor comenzar con dosis bajas (0,3 mg/kg/día) e ir aumentando hasta la dosis recomendable (0,6 mg/kg/día).
- **Enuresis nocturna primaria**, siempre que persista de forma regular más allá de los 5 años de edad y cause problemas serios de autoestima e interacción social. Se han utilizado con éxito los antidepresivos tricíclicos. Actualmente, se prefiere la desmopresina y el tratamiento higiénico y conductual.
- **Trastorno obsesivo compulsivo** (TOC). Se trata de un trastorno que puede aparecer en el niño, aunque su diag-

nóstico puede que no esté claro hasta los 10 – 12 años de edad. En su inicio se puede confundir con algunas formas de TDAH. Existen pensamientos preocupantes e intrusivos y/o compulsiones: comportamientos repetitivos y rituales tales como lavarse las manos, contar o comprobar cosas. Para plantear un tratamiento, estos comportamientos deben interferir el funcionamiento diario. Antes se utilizaban los antidepresivos tricíclicos. Actualmente se prefiere la sertralina (un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina), que está autorizada en esta indicación, a partir de los seis años de edad. Se puede administrar una dosis única, por la mañana. Sus efectos secundarios son leves y poco frecuentes.

- **Trastorno depresivo**. Actualmente, siempre que se requiera un tratamiento psicofarmacológico, se recurre a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Aunque la fluoxetina es el fármaco patrón, en nuestra experiencia nos ofrece más garantías la sertralina, ya que tiene una acción ansiolítica (la fluoxetina, al contrario, en muchos niños actúa como ansiógena). Debe asociarse a la psicoterapia de tipo cognitivo conductual para obtener éxito terapéutico. Asimismo, para evitar recaídas, el tratamiento farmacológico debe ser de larga duración (12-18 meses).
- **Trastorno bipolar**. También puede darse en niños, y también puede ser objeto de confusión con el TDAH, especialmente debido a que en los niños predominan las fases hipomaniacas. El tratamiento es complicado, y no suele utilizarse el litio en edades pediátricas. Se prefiere combinar un neuroléptico atípico (risperidona) con un antidepresivo (sertralina), añadiendo a veces un estabilizante del humor (topiramato, valproato, carbamazepina).
- **Trastornos psicóticos, esquizofrenia**. El diagnóstico debe ser establecido con claridad. Los neurolépticos de segunda generación han supuesto un gran avance en el tratamiento de estas patologías.
- **Trastornos del espectro autista**. También en estos casos, como complemento a las medidas pedagógicas y de apoyo afectivo, han sido de gran utilidad los neurolépticos de segunda generación (risperidona, especialmente).
- **Trastornos asociados al abuso de sustancias**. La realidad es que, en adolescentes, se ven bastantes cuadros clínicos asociados al uso de sustancias, con episodios de sintomatología psicótica y paranoica. Es importante la orientación terapéutica global, que incluya en primer lugar la abstinencia de la droga.

- **Trastornos de conducta.** No existe un tratamiento específico. Se trata de dar un apoyo y orientación familiar, terapia cognitivo conductual, y evaluar cuál es el tipo de fármaco que puede dar una respuesta positiva. Algunos antiepilépticos son de utilidad para el control de impulsos, así como algunos neurolepticos. Pero no existe una indicación clara en ningún caso.
- **Tics.** En principio, deben abordarse desde el tratamiento cognitivo conductual. En caso de un trastorno de Gilles de la Tourette, se ha utilizado el haloperidol y, recientemente, la risperidona.
- **Insomnio.** No creemos que deba ser objeto de tratamiento farmacológico en el niño. Conviene revisar la higiene del sueño y los patrones familiares. Debe basarse más en un tratamiento conductual. En caso de persistencia,

hay que averiguar cuál es la patología de fondo que causa el insomnio (ansiedad, depresión,..) para hacer el tratamiento específico.

## CONCLUSIÓN

Los psicofármacos tienen un carácter complementario y facilitador de las psicoterapias, las medidas pedagógicas y las intervenciones familiares y sociales

Es importante favorecer el cumplimiento del tratamiento prescrito. Para ello es importante la información completa y detallada a los padres, profesionales de la salud y educadores. Hay que evitar a toda costa que obtengan la información desde Internet. Debemos adelantarnos y poner a su disposición los recursos más fiables.