

USO DE PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dra. Auxi Javaloyes

Psiquiatra de la infancia y de la adolescencia

USMIA Benalúa,

Hospital General Universitario Dr Balmis

PAPEL DEL PEDIATRA EN EL USO DE LOS PSICOFÁRMACOS

1.- CÓMO PRESCRIPTOR?

- AP**
- URGENCIAS**

2.- CÓMO CUIDADOR DEL NIÑO EN TTO CON PSICOFÁRMACOS?

RETOS EN LA PRESCRIPCIÓN

Importante:

- **Diagnóstico adecuado: diagnóstico vs síntoma**
- **Fármaco más indicado (balance entre efecto terapéutico y efectos secundarios).**
- **Estigma asociado al tratamiento.**
- **Utilización off label**
- **Uso de terapias de forma paralela: terapia de familia, terapia cognitiva, apoyo en la faceta educacional y social.**

INFORMACION AL PACIENTE Y PADRES

Consentimiento Informado?

- **Indicaciones de la medicación**
- **Ventajas de administrarla**
- **Mejoría que cabe esperar**
- **Inconvenientes de administrarla**
- **Riesgos de no hacerlo**
- **Otras alternativas terapéuticas**

FLUOXETINA

RUBIFEN

INTUNIV

TOPAMAX

CONCERTA

ARIPIPRAZOL

SERTRALINA

RISPERDAL

TRANXILIUM

ANAFRANIL

TRILEPTAL

DEPAKINE

ATAMAX

ZYPREXA

SEROXAT

MEDIKINET

IDALPREM

DUMIROX

TENTÍN

LORAZEPAM

DEPRAX

Caso Práctico

Daniel - 11 años

Motivo de consulta: agitación y agresividad en el centro escolar

Crisis de agitación en la escuela que precisa intervención de 112 y sedación en el colegio ante gravedad de la crisis conductual (tira y lanza sillas y mesas) y mantiene esta conducta durante horas. Los intentos de hablar o contenerle físicamente producen mayor escalada.

A la llegada a urgencias, está sujeto a la camilla en un estado de mucha activación, grita, escupe e intenta pegar al personal.

Caso Práctico

Daniel - 11 años

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

QUÉ HARÍAIS?

OTROS ESCENARIOS

PATOLOGÍA ORGÁNICA QUE SE PRESENTA CON SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS:

- EPILEPSIA, especialmente del lóbulo temporal
- CUADROS INFECCIOSOS GRAVES, meningitis, encefalitis
 - Alteraciones de la conducta , confusión y alucinaciones
- TRASTORNOS ENDOCRINOS
- ALTERACIONES IONES
- DOLOR: Especialmente en TEA
- EXTREÑIMIENTO: Especialmente en TEA

AGITACIÓN, NERVIOSISMO, ALUCINACIONES, ALTERACIONES DEL ÁNIMO, AGRESIVIDAD

Caso Práctico

Daniel - 11 años

- Evaluación psicopatológica:

- La historia evolutiva confirma desajustes sutiles en hhss, gestión emocional, procesamiento sensorial y flexibilidad cognitiva.
- Posible alta capacidad Baja tolerancia a la frustración y elevada inflexibilidad.
- Uso de lenguaje peculiar, alteraciones en pragmática y el tono de voz
- Mirada muy fija.
- Muy interesado en países y banderas, ciudades, habitantes...
- Muy sensible al tacto (se limpia los besos y no le gusta que le abracen) y a los ruidos.

- **DIAGNÓSTICOS:**

- TEA NIVEL I EN EL CONTEXTO DE BUENA CAPACIDAD INTELECTUAL

Caso Práctico

Daniel - 9 años

TEA TRASTORNO DE CONDUCTA

PREVALENCIA 40-50 %

NO TODOS LOS TEA TIENEN PROBLEMAS DE CONDUCTA

LOS PROBLEMAS MÁS GRAVES DE CONDUCTA SON TEA

SE ENMARCAN EN LA INFLEXIBILIDAD COGNITIVA, LA HISPERSENSIBILIDAD SENSORIAL, LA FALTA DE AJUSTE EMOCIONAL Y LA FALTA DE EMPATÍA

EL ENTORNO MODELA DE FORMA CLARA LA CONDUCTA

NO RESPONDEN AL MANEJO HABITUAL

SI EL ADULTO DE REFERENCIA UTILIZA UN MANEJO FIRME E INFLEXIBLE, PROVOCA UNA ESCALADA CLARA A NIVEL CONDUCTUAL

Caso Práctico

¿Qué hacer con los momentos de crisis?

- **Manejo proactivo:**
 - Identificar situaciones de riesgo
 - Utilizar adaptaciones específicas TEA: apoyo visual, estructuración, anticipación, control del tiempo.
 - Tono de voz y mirada.
 - Evitar entrar a escaladas.
- **Permitir la autoregulación:**
 - No hablar, no tocar, tono emocional tranquilo.
 - Permitir que toque techo y baje solo.
 - No consecuencias, no impacto de las conductas disruptivas. te

Standardizing and Improving Care for Pediatric Agitation Management in the Emergency Department

Jennifer A. Hoffmann, MD, MS,^a Alba Pergjika, MD, MPH,^b Lynn Liu, PhD,^c Aron C. Janssen, MD,^b John T. Walkup, MD,^b
Julie K. Johnson, MSPH, PhD,^d Elizabeth R. Alpern, MD, MSCE,^a Jacqueline B. Corboy, MD^a

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).

Copyright © 2023 by the American Academy of Pediatrics

REVISAN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA ESTABLECER UN PLAN DE MEJORA ya que detectaron que entre 2009 y 2019 se había triplicado el uso de medicación intramuscular en urgencias y había aumentado 10% contenciones físicas.

IMPLEMENTAN MEDIDAS Y REVISAN A LOS 6 MESES MEJORA DE LA ASISTENCIA

- Se implementan planes de intervención conductual y protocolos estandarizados
- Se revisan apoyos farmacológicos, primando por neurolépticos atípicos.

EN SEIS MESES:

- Se reduce significativamente el uso y la duración de las contenciones
- Se reduce significativamente el uso de medicación intramuscular
- Aumenta el uso de Olanzapina

Standardizing and Improving Care for Pediatric Agitation Management in the Emergency Department

Jennifer A. Hoffmann, MD, MS,^a Alba Pergjika, MD, MPH,^b Lynn Liu, PhD,^c Aron C. Janssen, MD,^b John T. Walkup, MD,^b Julie K. Johnson, MSPH, PhD,^d Elizabeth R. Alpern, MD, MSCE,^a Jacqueline B. Corboy, MD^a

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).

Copyright © 2023 by the American Academy of Pediatrics

CRISIS DE AGITACIÓN LEVES:

- Plan de apoyo conductual: respiración, relajación, objetos de calma, retirar estresores
- Preguntar a los padres que puede ayuar
- Si dificultades cognitvas valorar analgesia
- Si no remite utilizar Lorazepam oral o si toma tto previo adelantar dosis

CRISIS MODERADAS:

- Añadir Lorazepam: niños 0,5-1 mg niños, 1-2 mg. Adolescentes
- Ojo con respuestas paradójicas

CRISIS GRAVES

- Olanzapina 2.5 mg. Niños, 5 mg adolescente, sino respuesta Droperidol o Olanzapina IM. Si no respuesta Haloperidol IM

OJO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS:

Flumazenilo IV bolo de 15-30 segundos: dosis inicial 0,2 mg/kg (máximo 0,2 mg)

Biperideno VO 1-2 mg, 1-3 veces al día. IV 0,04-0,1 mg

BENZODIACEPINAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DOSIS EQUIVALENTES

BZD	VIDA MEDIA	INDICACIONES ESPECÍFICAS	DOSIS
Clorazepato dipotásico	Larga (>40h)	<ul style="list-style-type: none"> - Suele ser el de elección. - Presentación en sobres 2,5mg. - También presentación IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,25 mg/kg/d. - 2,5 mg/d. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 10 mg/d.
Clonazepam	Larga (>24h)	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pánico, manía. - La menos sedativa. - Disponible presentación en gotas y IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 mg en 2 dosis. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 2-4 mg/d ó 0,02-0,1 mg/kg/d.
Diazepam	Larga (20-100 h)	<ul style="list-style-type: none"> - De elección junto a clorazepato. - Terrores nocturnos, espasmos musculares. - Disponible via IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 2,5-5 mg/d. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 10-30 mg/d.
Lorazepam	Intermedia (10-20h)	<ul style="list-style-type: none"> - Niños > 6 años. - Considerar si insomnio o necesidad de sedación, o afectación hepática. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 mg en 2 dosis. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 2-4 mg/d. - 0,02-0,1 mg/kg/d.
Alprazolam	Corta (6-20h)	No se recomienda su uso en menores de 18 años.	

BENZODIACEPINAS

EFFECTOS ADVERSOS DE LAS BENZODIACEPINAS Y CONTRAINDICACIONES

EFFECTOS ADVERSOS FRECUENTES	CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
Somnolencia, agitación psicomotriz, irritabilidad, cefalea y náuseas, déficits cognitivos leves (amnesia anterógrada), hipotensión, mareo.	Glaucoma ángulo estrecho. Alergia a benzodiazepinas.	Dificultad respiratoria o enfermedad pulmonar descompensada. Insuficiencia renal, hepática o cardíaca.

ANTIPSICÓTICOS USADOS EN URGENCIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ANTIPSICÓTICO	EFECTOS ADVERSOS	USO EN URGENCIAS	DOSIS
Risperidona Atípico	1. Cefalea, mareo, hipotensión, sedación. 2. Extrapiramidales (dosis dependiente): Disonías agudas a partir de 0,5mg. 3. Aumento peso.	El mejor estudiado en niños y adolescentes. Trastornos conducta/agresividad, síntomas psicóticos	Inicio: 0,25 – 0,5 mg/d. Se recomienda dividir en 2 tomas. Máxima: – Agresividad/irritabilidad TEA: max 3mg/d – Psicosis: max 6mg/d
Aripiprazol Atípico Agonista parcial D2.	Acatisia Síndrome activación	Opción adecuada si riesgo de aumento de peso. No altera el perfil metabólico ni eleva prolactina.	Inicio: 2 mg/d Máxima: 10-30 mg/d – Agresividad/irritabilidad TEA: 5-15mg/d. – Esquizofrenia y manía: 10-30mg según peso. Aumentar dosis gradualmente para evitar sd. activación/acatisia.
Olanzapina Atípico	Aumento de peso y apetito y alteración perfil lipídico (tras 3 semanas de uso)	No recomendado como primera elección, por riesgo de aumento de peso y alteraciones metabólicas	Inicio: 2,5 mg /día en niños, 5mg en adolescentes. Máximo: 20mg/d

NEUROLÉPTICOS

EFECTOS ADVERSOS COMPARTIDOS

EXTRAPIRAMIDALES	HIPERPROLACTINEMIA	SD. NEUROLÉPTICO MALIGNO
Los más frecuentes. Riesgo menor con atípicos. Especial atención a aparición de distonías, parkinsonismo/acatisia, de forma aguda al inicio del tratamiento.	Disminución de líbido, amenorrea y ginecomastia/galactorrea. Si > 200 ng/dl, disminución de dosis o retirada del fármaco de forma urgente.	Raro, pero mortalidad 20%. Hipertermia, rigidez extrema generalizada, alteración nivel de conciencia, inestabilidad autonómica, hiper/hipoextensión, taquicardia, diaforesis, CPK elevada.
Prolongación QT Poco frecuente, y menos aún en adolescentes, pero puede provocar arritmias ventriculares.	Aumento de peso y síndrome metabólico Más con olanzapina y clozapina, menos con risperidona, quetiapina o aripiprazol (este menor riesgo).	Mayor riesgo en chicos jóvenes cuando se usan dosis altas al inicio del tratamiento.

Diagnósticos con clara
aplicación clínica de NL

- **Esquizofrenia de inicio temprano.**
- **Trastorno Bipolar de la Infancia y adolescencia.**
- **Psicosis de la infancia y de la adolescencia.**
- **Gilles de la Tourette Tics complejos.**

Diagnósticos-síntomas
con efectividad menos clara

- **Trastornos de conducta.**
- **Agresividad.**
- **Hiperactividad.**
- **Agitación**

CASO PRÁCTICO

Juan de 13 años con hx de problemas de rendimiento académico y conducta “difícil” desde la primera infancia.

Descrito desde siempre como nervioso, impulsivo, incapaz de finalizar todo lo que empieza.

Aprendizaje inicial sin problemas, empieza a descolgarse a partir de 4º de Primaria.

Problemas de conducta en casa y en el colegio que comienzan a los 10-11 años.

Dificultades de relación con iguales con conflictos debido a su baja tolerancia a la frustración.

SÍNTOMAS CLÍNICOS:

DX: TDAH , TND , TDH + TND

TRATAMIENTO:

¿QUE ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO?

SO FARMACOS: ¿QUIÉN PRESCRIBE?

¿QUÉ FÁRMACOS? ¿QUÉ DOSIS?

¿QUÉ EXPLORACIONES MÉDICAS SON NECESARIAS?

¿CUALES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES?

¿CUÁNTO TIEMPO HAY QUE MANTENER EL TTO?

¿QUÉ SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO HAY QUE REALIZAR?

¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD?

¿SE HA DE HACER ALGO MÁS?

¿EN QUÉ OTROS DIAGNÓSTICOS SE UTILIZA?

Psicoestimulantes son la primera línea en el TDAH y tienen una efectividad del 80%

El único disponible en nuestro país es el metilfenidato (comercializado 1.957)

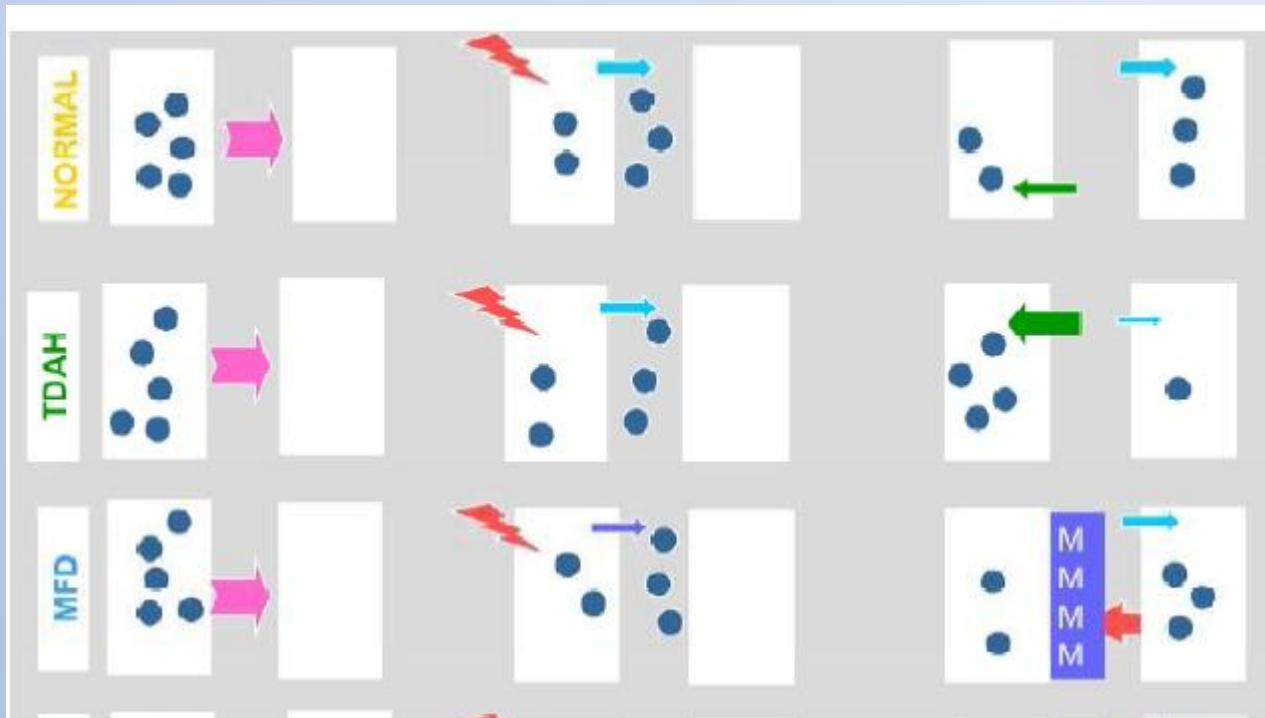
No se recomienda por debajo de los 6 años.

Iniciar con dosis bajas: 0.5 mg/kg/día e ir incrementando hasta max.1.5 mg/Kg.

Valorar respuesta con escala de Conners e informes escolares

PRINCIPAL VENTAJA DEL TDAH.....

EXISTEN FÁRMACOS ESPECÍFICOS



Fármacos Autorizados en España para tratamiento de TDAH

METILFENIDATO
LIBERACION
INMEDIATA

METILFENIDATO
LIBERACION
INTERMEDIA

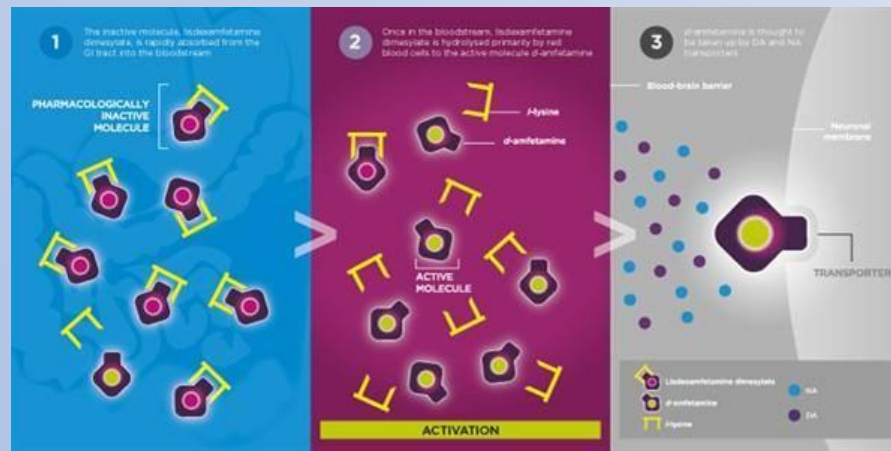
METILFENIDATO
LIBERACION
OSMOTICA





PSICOESTIMULANTES MÁS MODERNOS -Lisdexanfetamina dimesylato : ELVANSE

- El dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) es el primer profármaco estimulante de larga duración para el tratamiento del TDAH.
- El profármaco es un compuesto inactivo que, tras sufrir una reacción enzimática, se convierte en una molécula farmacológicamente activa.





PSICOESTIMULANTES MÁS MODERNOS

-Sulfato de dexanfetamina : TENTÍN

-Indicación: Niños y adolescentes (6-17 años).

-Inicio de acción: Rápido, aproximadamente a los 36 minutos de la toma.

-Duración: Efecto clínico de unas 6,5 horas.

-Forma farmacéutica: Comprimidos divisibles, lo que facilita el ajuste de dosis.

Inicialmente usar la medicación 7 días a la semana para que los padres tengan opción a observar el efecto de la medicación

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.

Se recomienda que al inicio de cada curso académico reevaluar la conveniencia de proseguir.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Insomnio.

Perdida de apetito.

**Fenómeno de rebote al extinguirse
el efecto de la dosis de la tarde.**

Dolor abdominal.

Cefalea.

Empeoramiento de los tics.

NO PSICOESTIMULANTES PARA EL TDAH

ATOMOXETINA: Atamax 10, 18, 25, 40, 60, 80 mg.

Inhibidor de la recaptación de noradrenalina

En USA primer trimestre del 2003.

En España finales 2.007

0.5 mg. Por kg. La primera semana y despues 1.2

Una única toma al día

Efectividad en todos los síntomas de tdah

Buena respuesta si ansiedad comórbida o tics

No psicoestimulantes



INTUVIV JULIO 2017

**tratamiento del TDAH en niños y adolescentes (6 – 17 años)
Comprimidos de acción prolongada de 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg.**

Es un agonista de los receptores $\alpha 2A$ -adrenérgicos reducción de los síntomas del TDAH, en especial la hiperactividad, la impulsividad, la memoria de trabajo y la distraibilidad.

INTUVIV



Efectos secundarios que con más frecuencia se han presentado son: somnolencia, cefaleas, fatiga, dolores abdominales, náuseas, mareos, sequedad de boca y sedación.

También se han recogido otros efectos secundarios más graves como: hipotensión, aumento significativo de peso, bradicardia y síncope.

Se recomienda, control cardiovascular y hepático.

Ana de 15 años que ha cambiado de carácter en los últimos tres meses.

En casa la notan irritable, con llanto fácil, pérdida de apetito, cefaleas y problemas para conciliar el sueño.

Las notas del último trimestre han bajado claramente y no le apetece salir con su grupo de amigos.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

FLUOXETINA niños > 8 años depresión

Prozac*

PAROXETINA no indicación en niños

Seroxat*

SERTRALINA niños >6 trastorno obsesivo

Aremis* Besitran*

FLUVOXAMINA niños >8 trastorno obsesivo

Dumirox*

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Bloquean la recaptación de serotonina, que es un neurotransmisor del sistema límbico, centro emocional del cerebro.

INDICACIÓN PRINCIPAL: Episodio depresivo

Pueden mejorar además los siguientes síntomas:

Ansiedad

Síntomas obsesivo-compulsivos

Labilidad emocional

Agresividad

Fobia social

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

**DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN LOS QUE ESTÁN
INDICADOS:**

EPISODIOS DEPRESIVOS

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

DOSIS IGUALES A LOS ADULTOS

Fluoxetina 20 mg. 1/2 compr una semana

1 compr mantenimiento

mantener 6 meses

reducción dos semanas

NO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BIEN TOLERADOS (EF. SECUNDARIOS GASTROINTESTINALES)

MANTENER AL MENOS SEIS MESES

VIGILAR SÍNTOMAS HIPOMANIACOS

Juanjo de 11 años presenta desde hace meses conductas de lavado repetido de manos, evitación a tocar a los compañeros por miedo a enfermarse y un nivel de ansiedad muy elevado.

La sintomatología repercute tanto la vida familiar como la escolar, y le ha llevado a un deterioro en el rendimiento académico.

Aunque los padres intentan convencerle de que no tiene nada de lo que preocuparse, Juanjo no logra controlar estos pensamientos ni estas conductas.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

IMIPRAMINA

Tofranil*

AMITRIPTILINA

Tryptizol*

CLOMIPRAMINA

Anafranil*

Debido a la tasa alta de efectos secundarios

**(cardiotoxicidad ,sedación, retención urinaria,
estreñimiento) y a su efecto letal en sobredosis no
indicados en la infancia y adolescencia como
primera linea de antidepresivos.**

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Indicaciones:

Episodio depresivo

Enuresis nocturna

Trastorno obsesivo-compulsivo

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

DEPRESIÓN:

IMIPRAMINA: TOFRANIL

- no especifica a partir de qué edad se debe utilizar

AMITRIPTILINA: TRYPTIZOL

- > 12 años

CLOMIPRAMINA: ANAFRANIL

- > de 10 años

ENURESIS:

**IMIPRAMINA, CLOMIPRAMINA,
AMITRIPTILINA:**

- > de 5 años

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

DOSIS BAJAS (10-20 mg.)

REALIZAR ECG BASAL

**VIGILAR DE CERCA EFECTOS
SECUNDARIOS**

**MANTENER A LA DOSIS MÍNIMA AL
MENOS TRES MESES**

CONCLUSIONES

Aumento gradual de uso de psicofármacos en niños y adolescentes

Papel del pediatra como primera línea en urgencias

Papel del pediatra como acompañante en atención primaria

Aspectos diferenciales claros en este grupo poblacional tanto en manejo como en patologías

Cambios en el manejo con tendencia a dar mayor peso a los planes de manejo y reducir uso de contenciones.

A nivel farmacológico priorizar por el uso de Neurolepticos atípicos orales

Especial atención al TEA Nivel I por la complejidad de sus presentaciones