

# Uso Racional de Psicofármacos

Dr. Hugo Juan Longarela  
Medico Psiquiatra Infanto Juvenil  
Medico Psicoanalista especialista en Niños y Adolescentes, APA , IPA  
Medico del Servicio de Adolescencia Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
Miembro del Foro de Psiquiatras Infanto Juveniles

# La Clínica es Soberana

- Cuanto mas sepa el Medico, será mejor para el paciente.
- El conocimiento acerca de la patología que el Medico observa, es fundamental para la implementación de los recursos terapéuticos, los cuales estarán basados en un correcto diagnostico.
- Toda intervención farmacológica tiene efectos psicológicos, y toda intervención psicológica tiene efectos fisiológicos.
- Los tratamientos deben ser multimodales y en equipo.

# El Uso Racional de Psicofármacos

- Se basa en ayudar al paciente de la mejor manera posible que tengamos a nuestro alcance, teniendo en cuenta los recursos tanto del paciente ,como del ámbito donde es atendido, ya sea institucional o el consultorio privado.
- Se debe ser lo mas económico y practico en el uso de los recursos.
- Implica obtener el mejor efecto con el menor numero de fármacos, durante el periodo de tiempo mas corto posible y con un costo razonable.
- Es Fundamental evaluar la disposición del paciente a tomar la medicación.

# Un Poco de Historia nos Ubica

- Les quiero comentar que yo inicié mi formación en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en el año 1984, y en ese entonces el servicio de Psicopatología, ofrecía sobre todo una formación psicoanalítica con un complemento de la psiquiatría infanto juvenil.
- El perfil de los pacientes con consulta al servicio eran más del orden de la histeria de conversión, la neurosis obsesiva, los trastornos de conducta, los trastornos de aprendizaje, la patología orgánica, las enuresis y encopresis.

# Un Poco de Historia

- Con el paso de los años, ya dentro del Servicio de Adolescencia, fuimos observando el cambio del perfil de la patología que traían los pacientes, y en conjunto con los clínicos, dimos cuenta de la mayor demanda de recursos psiquiátricos y no solo psicológicos.
- Por lo tanto, el grupo de psiquiatras del servicio, nos propusimos actualizarnos en el manejo psicofarmacológico , como así también en las evaluaciones diagnosticas modernas, como complementarias de las clásicas.

# Un Poco de Historia

- El advenimiento del DSM IV, ayudo a estandarizar los diagnósticos, y a ponderar con mas recursos las estrategias terapéuticas.
- Recibimos innumerables veces a colegas con gran experiencia clínica, que nos enriquecieron con sus clases o supervisiones.
- Todo esto ayudo a fortalecer tanto el andamiaje teórico, como clínico terapéutico y psicofarmacológico.
- A partir de ahí comenzamos a abordar los aspectos psiquiátricos de los pacientes con mayores recursos y mayor rigor profesional.

# Formulación de un Diagnostico Correcto

- El Diagnostico se basa fundamentalmente en la clínica.
- La base de un correcto diagnostico Psiquiátrico, se basa en la observación clínica, basada en la evidencia y en la capacitación previa del profesional.
- Una gran parte de los avances de la psicopatología y de la psiquiatría provienen del establecimiento y progresivo perfeccionamiento de clasificaciones y criterios diagnósticos.
- No puede prescribirse un fármaco a un niño a un adolescente sin que lo justifique la investigación clínica correspondiente, la cual en el momento actual , se basa en la rigurosa aplicación de los criterios diagnósticos aceptados y compartidos por la comunidad científica , el DSM y el CIE.

# Formulación del Diagnostico Correcto

- Solo cabe prescribir un antidepresivo para suprimir su tristeza a un niño que cumpla criterios diagnósticos de depresión.
- Aunque los tratamientos psicofarmacológicos resulten ser mayoritariamente correctores de síntomas , su prescripción debe decidirse por criterios sindromicos.
- Ello implica que las clasificaciones simplemente descriptivas de fenómenos, como pueden ser las de orientación conductual o psicodinamicas, no tienen por que dar lugar a decisiones farmacoterapéutica.

# Evaluación

- Es imprescindible evaluar con la máxima objetividad y fiabilidad posibles la sintomatología del paciente.
- La evaluación clínica inicial o basal es un ingrediente básico del diagnóstico, y es el punto de referencia para la verificación de los resultados del tratamiento merced a sucesivas evaluaciones clínicas posteriores.

# Evaluación

- En 1973 se comenzaron a utilizar las Escalas de Conners.
- Durante los últimos años se está contemplando la utilización masiva de múltiples instrumentos de evaluación que se han ido desarrollando a través de los estudios y progresos de la psicopatología del niño y el adolescente, como complementarios de la evaluación clínica.
- En nuestro servicio realizamos una investigación para la OPS, de un instrumento, el DISC , para validación y uso epidemiológico .  
(Kunst, Esrubilsky, Longarela, Vega, Blidner 2007)

# Evaluación

- Deben evaluarse los posibles efectos adversos de la medicación.
- Es imprescindible la exploración física mínima, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, talla y peso.
- Como así también pruebas de laboratorio, hemograma completo, glucemia, hepatograma completo, prolactina en sangre, insulina basal, niveles plasmáticos de electrolitos, función tiroidea y renal.
- ECG con qt corregido.

# Instauración del Tratamiento Adecuado

- Evaluar inicialmente la estrategia terapéutica.
- Los tratamientos que deben desarrollarse pueden ser farmacológicos, psicoterapéuticos o psicosociales, administrados de forma individualizada o combinada.
- Los tratamientos psicofarmacológicos en la actualidad deben ser indicados en base al criterio médico y al correcto diagnóstico, muchas veces con la debida celeridad, para ayudar de la mejor forma al paciente y a su familia, y minimizar los riesgos.
- EJ. Antidepresivos en Depresión Mayor, Neurolepticos incisivos en Intento de Suicidio. O el uso de un Neuroleptico en la Esquizofrenia de un adolescente.

# Instauración del Tratamiento

- Los tratamientos deben ser mixtos.
- Así lo exige la multicausalidad de los trastornos, su complejidad sintomática, la influencia de las interacciones familiares y psicosociales.
- En ningún caso el tratamiento psicofarmacológico deberá ser la coartada para eludir la intervención psicológica y o psicosocial.

# Instauración del Tratamiento

Una vez decidida la intervención farmacológica, la buena formación del clínico , lo ayudara en la elección de la droga adecuada .

La norma siempre consistirá en elegir aquel fármaco suficientemente investigado y experimentado que permita alcanzar la máxima eficacia y los menores efectos adversos con las dosis mínimas.

Como regla general las medicaciones deben ser Únicas.

La polifarmacia no es sino la consecuencia de un diagnostico erróneo.

Se debe tener sumo cuidado con las interacciones farmacológicas.

# Organización de la Medicación.

- Las dosis iniciales siempre han de ser bajas.
- Se trata de verificar la existencia de efectos secundarios o no, y conseguir adaptaciones graduales a la dosis definitiva
- Existen importantes diferencias interindividuales, especialmente en función de la edad.
- Hay fármacos cuyo nivel plasmático no guarda relación con la respuesta clínica.
- La toxicidad conductual se da en niños de menor edad, y suele aparecer antes de los E S.

# Organización de la Medicación

- La Toxicidad Conductual suele consistir en el empeoramiento de los síntomas diana, hipoactividad o hiperactividad, agresividad, incremento de la irritabilidad, cambios de humor, apatía y disminución de la expresión verbal.

El incremento gradual de las dosis puede anular o minimizar ciertos efectos secundarios. ( Ej en Antipsicóticos).

El Horario de Administración de un fármaco depende de sus características farmacocinéticas.

# Organización de la Medicación

- Para disminuir el riesgo de sedación excesiva o de distonías musculares, se recomienda que un Neuroleptico se reparta entre tres y cuatro tomas al día.
- Para evitar el insomnio, los estimulantes , se administran por la tarde.
- Se deben tener en cuenta los periodos de descanso( drug holidays) para ciertos medicamentos, por Ej. los estimulantes.

# Organización de la Medicación

- En niños y adolescentes , con cierta frecuencia es preciso ir aumentando las dosis de un fármaco para mantener el mismo nivel de eficacia.
- La cantidad e intensidad de los efectos secundarios, han de influir decisivamente en la elección de un fármaco y en su dosificación.
- Como regla general, la duración del tratamiento psicofarmacológico debe ser lo mas corta posible, sin caer en la prematura interrupción.

# Organización de la Medicación

- En niños y adolescentes, se aconseja interrumpir la medicación tras un periodo de 6 meses a un año( Green 1995).
- La supresión de un psicofármaco deberá siempre hacerse de forma gradual, para evitar el síndrome de abstinencia o el efecto rebote. La excepción es con los estimulantes debido a su cortísima vida media.
- Los psicofármacos en niños siempre deben ser administrados por un adulto, y en adolescentes es excepcional que ellos puedan manejar las dosis.

# Determinación e niveles Plasmáticos

- Se trata de un buena practica aplicable a la mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos.
- Es útil para verificar si el paciente toma la dosis prescrita.
- También para evitar niveles de toxicidad.
- Su determinación permite evaluar concentraciones plasmáticas dentro del umbral terapéutico.
- Es obligatorio para el uso de sales de litio, anticomiciales y antidepresivos triciclicos.
- No es útil para los psicoestimulantes.

# Adhesión al Tratamiento

El clínico parte del supuesto que sus normas e indicaciones , serán respetadas y seguidas por el paciente y sus familiares responsables del tratamiento psicofarmacológico

Es frecuente la no adhesión a los tratamientos, y de ahí los elevados fracasos en los casos de no cumplimiento, por ejemplo en el tratamiento con estimulante.

Es fundamental el rol del maestro cuando el paciente debe tomar el fármaco en horario escolar.

La supervisión del cumplimiento de instrucciones es esencial en la practica clínica cotidiana.

Es fundamental el rol familiar en la adhesion y sosten del tratamiento.

# Casos Clínicos

- Primer Caso Clínico
- Se trata de una paciente de 16 años que consulta en nuestro servicio por un trastorno de la conducta alimentaria.
- Ha tenido alternancia entre conductas purgativas y restrictivas, y otras donde prevalecían los atracones seguidos de vómitos.
- Se llega a un diagnóstico de depresión y ansiedad.
- Se la medica con fluoxetina y clonazepam.

# Segundo Caso Clínico

- Paciente de 18 años que consulta en nuestro servicio por trastornos de conducta y agresividad y retracción social.
- A lo largo del tiempo empieza a presentar cambios marcados en su carácter, luego presento alucinaciones visuales, auditivas, y posteriormente se presento con un cuadro de despersonalización franco donde no sabia quien era ni reconocía a sus padres. Se llega al diagnostico de Esquizofrenia y se lo medica con Risperidona y Clonazepam, se indica terapia.