

# UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN LA INFANCIA

Dra. M<sup>a</sup> Luisa Guadilla Fernández  
Psiquiatría Infantojuvenil. Hospital de  
Cruces

# **LIMITACIONES HISTORICAS**

- 1. Ausencia de definición y, por tanto, de diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en la infancia**
- 2. Ausencia de investigación farmacológica en niños y adolescentes**
- 3. Razones sociales, éticas y legales**
- 4. Contraposición y enfrentamiento con psicoterapia**
- 5. Escasez de recursos económicos destinados a la infancia**

# **DIFICULTADES DEL TTO CON PSICOFARMACOS EN LA INFANCIA**

- **Establecer el diagnóstico**
- **Carácter impredecible del curso clínico**
- **Frecuencia de patología asociada**
- **Reacciones adversas que dificultan el cumplimiento y generan desconfianza**
- **Cambio de la respuesta a los fármacos en función de la edad**

# **DIFICULTADES DEL TTO CON PSICOFARMACOS EN LA INFANCIA**

- **Complejidad de las enfermedades psiquiátricas que entorpecen la colaboración del paciente**
- **Expectativas infundadas de los padres y pacientes**

# **PAUTAS GENERALES DEL TTO CON PSICOFARMACOS (I)**

- 1. Establecimiento del diagnóstico (cuando es posible)**
- 2. Formulación razonada de hipótesis diagnóstica cuando no lo es**
- 3. Descripción del cuadro clínico**
- 4. Definición de síntomas diana**
- 5. Elección del tratamiento**

# **PAUTAS GENERALES DEL TTO CON PSICOFARMACOS (II)**

- 6. Información al paciente y los padres**
- 7. Consentimiento**
- 8. Establecimiento de dosis óptima**
- 9. Tiempo de administración**
- 10. Evaluación de efectos adversos**
- 11. Criterios y modos de suspensión**

# **INFORMACION AL PACIENTE Y PADRES**

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

# INDICACIONES (I)

- **ANSIEDAD ( negarse a ir a la escuela, ansiedad de separación, fobia social, ansiedad generalizada, estrés postraumático...) SI LE IMPIDEN AL NIÑO DESEMPEÑAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES**
- **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD.**
- **ENURESIS (si persiste regularmente después de los 5 años y causa problemas serios de autoestima e interacción social)**



# INDICACIONES (II)

- **T.O.C. ( pensamientos preocupantes e intrusivos y/o compulsiones: comportamientos repetitivos y rituales tales como lavarse manos, contar o comprobar) QUE INTERFIEREN CON EL FUNCIONAMIENTO DIARIO**
- **T.AFECTIVO (DEPRESION, T.A.BIPOLAR...)**

# INDICACIONES (III)

- **PSICOSIS ( T.G.D.,DEPRESION SEVERA, ESQUIZOFRENIA DE INICIO PRECOZ, ABUSO DE SUSTANCIAS...)**
- **HETEROAGRESIVIDAD Y/O CONDUCTAS AUTOLESIVAS**
- **TICS MOTORES Y/O VERBALES CRÓNICOS**
- **ALT. PRIMARIAS DEL SUEÑO (DISOMNIAS, PARASOMNIAS...)**

# FARMACOLOGIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

- Los niños no son adultos en miniatura
- Mutabilidad de la Farmacocinética de esta población (metabolismo). Reacciones metabólicas inmaduras, nuevas o específicas en la infancia. En la adolescencia > actividad enzimática. NECESIDAD DE AJUSTAR DOSIS.
- La mayor parte de los psicofármacos son metabolizados por el sistema citocromo P-450 del hígado (interacciones y efectos adversos)

# NEUROTRANSMISION

- Mutabilidad de la Farmacodinamia (receptores). Según edad varían en función y número.
- 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 PSICOFARMACOS

1. ANSIOLITICOS
2. ANTIDEPRESIVOS
3. NEUROLEPTICOS
4. ESTIMULANTES
5. ESTABILIZADORES DEL ANIMO/ANTICONVULSIVOS
6. OTROS

# ANSIOLITICOS

## BENZODIACEPINAS

- 1955, Sternbach: heptodiacepinas, “quinazolina-3-óxido” (más grupo amina)
- 1957, Randall: uso clínico clordiacepóxido (1,4 benzodiacepinas). Comercialización en 1960
- 1963, comercialización diacepam
- Actualmente los psicofármacos más prescritos
  - **AZASPIRONAS** ( BUSPIRONA)
  - **IMIDAZOPIRIDINAS** (ZOLPIDEM)
  - **CICLOPIRROLONAS** (ZOPLICONA)
  - **OTROS**: Barbitúricos (Fenobarbital, etc.) Carbamatos (Meprobamato, etc.) Hidrato de cloral, Antihistamínicos (anti H1)

# BENZODIACEPINAS (I)

## Absorción

- No modificación gastrointestinal ( excep. Cloracepato)
- Pico plasmático máx. 1-3 h. (6-12 h.recirculación)
- Loracepam IM. No en España. Resto no fiables
- Vía IV en sala de Urgencias. Perfusión lenta (RCP)

## Distribución

- Unión a proteínas 85-100% (clonacepam 47%)
- Muy liposolubles. Volumen de distribución alto. Acumulación en tej. graso
- Cruzan BHE. Concentración LCR y tejido cerebral mayor que en plasma (diacepam 4-6 veces mayor)
- Pasan a leche materna. Atraviesan placenta (feto menos fijación a proteínas plasmáticas)

# BENZODIACEPINAS (II)

- Metabolismo

Oxidación, desmetilación, hidroxilación, desalquilación, glucuroconjugación y excreción renal

- **Bzd acción larga:** (metabolitos activos, fijación a proteínas, liposolubilidad, ausencia de hidroxilación) bromacepam, cloracepato, diacepam...

- **Bzd acción intermedia (30 h):**  
clonacepam (RIVOTRIL)

- **Bzd acción corta (10-24 h.):**

\*loracepam(ORFIDAL),alprazolam (TRANKIMAZIN)

(\*) Escaso metabolismo hepático. Menos acumulación

- **Bzd acción ultracorta (menor 5 h.):**  
midazolam (DORMICUM)



# BENZODIACEPINAS(III)

- **Excreción** Vía urinaria: 60-85% metabolitos inactivos, 1% intacto

## Farmacodinámica

Complejo receptor GABA-BZD-Canal de cloro

Receptor Bzd omega 1, 2, 3...

Potencia (ALTA: rivotril, trankimazin, orfidal;  
BAJA: tranxilium, diacepam)

# BENZODIACEPINAS (IV)

**Tolerancia, dependencia, abstinencia  
(discontinuación)**

**Tolerancia cruzada: desensibilización  
receptorial**

**Recomendable uso breve (1-2 semanas).**

**Más riesgo vida ultracorta y corta y  
potencia alta**

Prescripción controlada y reevaluada  
(beneficio/riesgo)

# BZD. EFECTOS ADVERSOS

- SOMNOLENCIA DIURNA (10%), ataxia, mareos, vómitos, náuseas, molestias epigástricas, visión borrosa...
- Déficits cognitivos leves, amnesia anterógrada (alta potencia, vida media corta)
- **Reacciones paradójicas, agresividad (daño cerebral)**
- Alucinaciones e inducción de cuadros maniformes
- Erupciones máculopapulares, prurito generalizado
- **SD de discontinuación**

# BZD. EFECTOS ADVERSOS

Sd discontinuación (hasta 50%):

Depende de dosis, vida media, duración del tratamiento

Insomnio, ansiedad, temblor, diaforesis, tinnitus, náuseas. Casos graves: disforia, depresión, paranoia, delirium, agitación, convulsiones

Desescalada (25% semanal). Otras estrategias (carbamacepina, clonacepam...etc)

- INTOXICACION: FLUMAZENIL IV (ANEXATE)

# BZD.CONTRAINDICACIONES

- HIPERSENSIBILIDAD
- ALT. HEPATICAS, RENALES Y RESPIRATORIAS SEVERAS
- EMBARAZO (3Tr: Sd abstinencia neonato)
- LACTANCIA ( disnea, BC, somnolencia)
- PRECAUCIÓN EN: antecedentes de abuso de sust, trastornos cognitivos, miastenia Gravis, disminución del nivel de conciencia

# BZD.INTERACCIONES

Disminuyen absorción de BZD: ANTIACIDOS

Incrementan niveles plasmáticos de BZD:

CIMETIDINA, ERITROMICINA,  
ESTROGENOS, FLUOXETINA,  
ISONIACIDA

- NO AFECTA A LORACEPAM, TEMACEPAM

Disminuyen nivel plasmático de Bzd:

CARBAMAZEPINA

Potenciación de efecto por depresores del  
SNC: OH, otros

# EQUIVALENCIAS BZD

<b>ALPRAZOLAM</b>	0,5 mg.
<b>CLONACEPAM</b>	0,25 mg.
<b>CLORACEPATO</b>	7,5 mg.
<b>DIACEPAM</b>	5 mg.
<b>LORACEPAM</b>	1 mg.
<b>MIDAZOLAM</b>	1,25-1,7 mg.

# ANTIDEPRESIVOS

- **AD. TRI/TETRACICLICOS:** imipramina, amitriptilina, clomipramina...
- **ISRS:** FLUOXETINA, PAROXETINA, SERTRALINA, FLUVOXAMINA, CITALOPRAM
- **IRSN:** venlafaxina
- **IRND:** bupropión
- **NASSA:** mirtazapina
- **ISRN:** atomoxetina



# ATD TRI/TETRACICLICOS

- AD más usados y estudiados en Psq. Inf.
- Antidepresivos tricíclicos no han demostrado clara eficacia superior a placebo en el tratamiento de trastornos depresivos y de ansiedad en la población infantojuvenil.
  - Hazell et al (1995) Br Med J,310: 897-901
- Eficaces en TDAH (2ª elección), Enuresis nocturna (imipramina), parasomnias (2ª el.)

# ATD TRI/TETRACICLICOS

- IMIPRAMINA, AMITRIPTILINA, CLOMIPRAMINA (Tofranil, Tryptizol, Anafranil)
- **Mecanismo de acción:**
  - Inhiben recaptación NA, serotonina (efecto AD)
  - Antimuscarínico M1 y AntiH1 (somnolencia, incremento de peso, visión borrosa, boca seca, estreñimiento, confusión)
  - Antagonismo adrenérgico alfa 1 y 2 (hipoTA ortostática, mareo,...)
- **Potencial cardiotoxicidad (enlentecimiento conducción cardiaca, incrementan TA s y d y TC )**
- **Raros: Discrasias sanguíneas, aumento peso, cuadros maniacos, tics, temblores, convulsiones (deterioro cognitivo)**

# ATD TRI/TETRACICLICOS

- Medidas cautelares de uso:
  - Previamente ECG, TA y fr. Cardiaca
  - Realizar ECG al alcanzar niveles plasm. Estables (1s) y cada 3 meses.
  - Determinar TA y Fc con incremento de dosis y cada mes.
  - Dosis máxima 5 mg./Kg/día

# ATD TRI/TETRACICLICOS

- **Medidas cautelares de uso:**
  - **Reducir o suspender si: PR > 0,18 seg (< 10a) o > 0,20 (> 10a) / QRS > 0,12 seg/ QTc >0,48)**
    - **Si Fc reposo > 110 (< 10a) o > 100 (> 10a)**
    - **Si TA reposo > 140/90 (< 10a) o > 150/95 (> 10a)**
  - **Niños: dividir dosis en 2,3 tomas/día o única nocturna (dosis bajas)**
  - **Suspensión:Tras 3-6m asintomático, reducir ¼ en 1m; después 25 mg. cada 3-5 días**

# ATD ISRS

- Según literatura los ISRS serían fármacos de primera elección (mejor perfil efectos adversos)
  - Kutcher S, in J Child Psychol Psychiatry 1997 Oct;38(7):755-67
  - Wagner KD, Ambrosini PJ in J Clin Child Psychol 2001 Mar;30(1):88-97
- Emslie GJ publicó en 1997 el primer estudio controlado doble ciego que demostró superioridad de medicación frente a placebo utilizando Fluoxetina en depresión infantojuvenil. (Arch Gen Psychiatry 1997, 54:1031-1037)

# ATD ISRS

- “Más que antidepresivos” en fn de dosis:
  - T. De ansiedad, TOC, Bulimia, T. Control impulsos, fobia social, migraña y cefalea tensional, distimia
  - \***Mec de acción:** inhibición selectiva de la recaptación de serotonina (5-HT) en terminal presináptico
- **FLUOXETINA:** aprobado por FDA en >7a (en depresión y TOC)
  - vida media prolongada (metabolito activo)
  - Fij a proteínas 95%. Toma única matinal. Dosis 20-80 mg/día .(solución: 5- 20 ml/d)
  - Interactúa cit P450 2D6; inhibe propio metabolismo
  - Tras suspensión, permanece 6-8 semanas
  - Evitar en insomnes, agitados, disfn sexual

# ATD ISRS

- **SERTRALINA:** aprobada por FDA en > 6a con TOC
  - Vida media 26 h.
  - Toma diaria única (mañana o noche?), a dosis < 50 mg dos veces/día. Dosis terapéutica 25-200 mg/d. Activador
  - Inhibidor leve cit P450 2D6, **Pocas interacciones**
  - Evitar en insomnes, agitados, disfn sexual, molestias GI

# ATD ISRS

- **PAROXETINA:**

- Efectos anticolinérgicos leves
- Vida media < q. Adultos (20 h).Inhíbe propio metabol
- Dosis 10-60 mg/d. Toma única (matinal o nocturna)
- Sd de abstinencia: agitación, acatisia, distonía, alt. Gastrointestinales y mareos
- Potente inhibidor enzima 2D6 del cit P450, más riesgo interacciones
- Recientemente FDA desaconseja en < 18a (activación conductual con riesgo suicida)



# ATD ISRS

- **FLUVOXAMINA:** aprobado en > 8a con TOC
  - **Menor vida media de ISRS**
  - **Toma nocturna.** Dosis > 75mg, repartidas dos v/día
  - Efectos secundarios gastrointestinales y bloquea metabolismo de teofilina
  - Posibilidad de síndrome de abstinencia
  - Inhibidor potente del enzima 3A4 del cit P450, contraindicándose coadmin terfenadina, astemizol y cisaprida ( TC ventricular )
  - **No asociar a BZD**

# ATD ISRS

- **CITALOPRAM**

- ISRS más selectivo
- Vida media 36 h
- Inhibidor Débil 2D6 P450, **menos interacciones**
- Dosis: 10- 40 mg.
- Evitar en insomnes y agitados

# EFECTOS SECUNDARIOS ISRS

- Buena tolerancia. No control específico.
- Estimulación receptores 5HT<sub>2</sub>:
  - Acatisia, extrapiramidalismo, agitación, ataques de pánico, insomnio, mioclonus nocturnos y disfunción sexual
- Estimulación receptores 5HT<sub>3</sub>:
  - Vómitos, pérdida de peso y apetito, náuseas, aumento de motilidad GI, sudoración excesiva

# OTROS ATD

- NASSA: **MIRTAZAPINA**
- IRNSD: **VENLAFAXINA**
- IRS: **TRAZODONA**
- IRND: **BUPROPION**
- ISN: **ATOMOXETINA** (Michelson et al 2001, Pediatrics 108(5) E83)

# ESTIMULANTES

- Psicofármacos más utilizados en pediatría
- Mec acción: liberación de NA y/o dopamina
- **METILFENIDATO**
  - Comercializado 1957
  - Absorción rápida vía oral. Vida media 2-3 h y metabolización completa 12-24h
  - Ef adversos leves transitorios: hiporexia, insomnio, tics (previa predisposición), disforia, cefalea y dolor abdom, psicosis (dosis altas)
  - No favorecen adicción, alt cardiacas o desarrollo estaturoponderal
  - Valorar descanso en vacaciones en ttos prolongados

# ESTIMULANTES

- **METILFENIDATO (RUBIFEN)**

- Se recomienda control peso, talla, Fc y TA.
- Indicaciones: TDAH (70-80% respuesta +)
- Dosis media: 0,6 mg/kg/día (2-3 v). Edad > 6a
- Dosis inicial 0,15- 0,3 mg/Kg. Incremento semanal
- Contraindicación absoluta: psicosis, HTA o TC
- C.relativa: historia de tics, retraso del crecimiento
- Interacciones: Potencia efectos de simpaticomiméticos, inhibe metabolismo de anticoagulantes, anticonvulsivos y ADT.

# ESTIMULANTES

- **METILFENIDATO de liberación retardada (OROS)**. Pelham et al, 2001 Pediatrics 107 (6) e105
  - Vida media 12h ( 1v/día )
  - Próxima comercialización (CONCERTA)

# NEUROLEPTICOS

- 1957 Tarjan et al. Clorpromacina util en RM con agitación psicomotriz, conductas autolesivas y retraimiento social
- El uso de antipsicoticos en niños y adolescentes abarca un espectro de síndromes y síntomas mas amplio que el de adultos: **psicosis infantiles** (TGD, Esquizofrenia de inicio precoz, T Bipolar, depresión) , **Tourette, TDAH, T. Conducta severo (con/sin RM)**



# NLP CLASICOS

Niños dosis/d adoles

- **FENOTIAZINAS**

- CLORPROMACINA (LARGACTIL) 100-200 50-600
- LEVOMEPRIMAZINA (SINOGAN) 12,5-100 50-600
- TIORIDACINA (MELERIL) 10-200 50-600

- **BUTIROFENONAS**

- HALOPERIDOL 0.25-6 1-16

- **DIFENILBUTILPIPERIDINA**

- PIMOCIDE (ORAP) 1-9 1-9

mg/día

# NLP ATÍPICOS

- **BENZAMIDAS**

- AMISULPRIDE

- **DIBENZODIACEPINAS**

- CLOZAPINA

- QUETIAPINA  
(SEROQUEL)

- **TIENOBENZODIACEPINA**

- OLANZAPINA  
(ZYPREXA)

- **BENCISOXAZOLES**

- RISPERIDONA  
(RISPERDAL)

- **BENZOTIAZOLILPIPERAZINA**

- ZIPRASIDONA (ZELDOX)

# FARMACOCINETICA NLP

- Administración oral.
- Absorción GI rápida
- Alta liposolubilidad.
- Vida media 20-40 h
- Dosis menores para presentar efectos terapéuticos y adversos.

## ANTIPSIKÓTICOS

# MEC DE ACCION

**BLOQUEO DOPAMINÉRGICO:** mecanismo de acción-efectos colaterales

**BLOQUEO SEROTONÉRGICO:** mec. de acción en atípicos

**BLOQUEO ADRENÉRGICO:** bloq.  $\alpha 1$ : hipotensión ortostática

**BLOQUEO MUSCARÍNICO:** efectos colaterales

**BLOQUEO HISTAMINÉRGICO:** efectos colaterales

# EFFECTOS ADVERSOS DE LOS NEUROLÉPTICOS (ATP)

## NEUROLÓGICOS

**DISTONÍAS Y DISQUINESIAS AGUDAS**

**PARKINSONISMO**

**AKATISIA**

**SNM**

**D T**

**TEMBLOR PERIORAL**

**SÍNDROME DEFICITARIO POR NP**

## OTROS EFECTOS COLATERALES

**ECG:** PROLONGACIÓN DEL PR-QT

**ANTI MUSCARÍNICOS-ANTIADRENÉRGICOS**

**ENDOCRINOLÓGICOS:** ↑ PROLACTINA

**HEPÁTICOS:** ICTERICIA POR COLESTASIS

**DERMATOLÓGICOS:** FOTOSENSIBILIDAD

**OFTALMOLÓGICOS:** RETINOPATÍA PIGMENTARIA

**METABÓLICOS:** ↑ COLESTEROL ↓ RESPUESTA A INSULINA

# EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

**HIPERGLUCEMIA:** 10-33% CLOZAPINA , DM II (de novo)

Resistencia **dosis-dependiente**

Clozapina-OLANZAPINA-Quetiapina

**HIPOTIROIDISMO:** ↓ T4 libre con Quetiapina sin alarma

**SIHAD:** > Con Clozapina **hiponatremia-convulsiones**

**HIPERCOLESTEROLEMIA:** > OLANZAPINA-Quetiapina

**AUMENTO DE PESO:** Por bloq. 5HT<sub>2c</sub> y H<sub>1</sub>

- Clozapina
- OLANZAPINA
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprasidona

**CARDIOVASCULARES:**

**Hipotensión Ortostática Bloq  $\alpha_1$**

- Clozapina
- QUETIAPINA
- Ziprasidona
- Risperidona
- Olanzapina

# EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

**ARRITMIAS CARDÍACAS:** Prolongación QT:  
ZIPRASIDONA, Risperidona

**EF. ANTICOLINÉRGICOS:** Clozapina, OLANZAPINA

**MOVILIZACIÓN DE GOT-GPT:** Clozapina  
OLANZAPINA (SIN ALARMA)

## Contraindicaciones:

- T. COMICIALES: CLOZAPINA, CLORPROMACINA
- CUIDADO CON CARDIOPATIAS, HEPATOPATIAS  
NEFROPATIAS, GLAUCOMA Y DISCINESIAS

# INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LOS ATP TÍPICOS

↓ **concentración plasmática**

↓ **absorción: ANTIACIDOS, Xantinas ,  
Li<sup>++</sup>**

↑ **metabolización: fenobarbital  
carbamazepina**

↑ **CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA**

(-) **METABOLIZACIÓN (CYP 3A4) : ZUMO DE  
POMELO, ATD TC, IRSS, KETOKONAZOL,  
PROPRANOLOL, LITIO, ALPRAZOLAM,...**



# TTO FARMACOLOGICO

CLOZAPINA	RISPERIDONA	OLANZAPINA
0.34- 7,53mg/kg/día <b>ESQ. RESISTENTE</b>	0.03- 0,17mg/kg/día <b>ESQ/ TGD</b> <b>RM + TC</b> <b>TICS Y OTROS</b>	0.15- 0,45mg/kg/día <b>ESQ /TGD</b>
-AUMENTO DE PESO -AGRANULOCITOSIS -CRISIS CONVULSIVAS -HIPERSALIVACION -ENURESIS	S.EXTREPIRAMIDALES - AUMENTO DE PESO - ECG (ANUAL)	-AUMENTO DE PESO -SEDACION -ELEVACION TRANSITORIA DE E.HEPATICAS

# EUTIMIZANTES Y ANTICONVULSIVOS

- LITIO
- CARBAMAZEPINA
- AC VALPROICO
- NUEVOS AC:
  - LAMOTRIGINA
  - TOPIRAMATO
  - GABAPENTINA

# LITIO

- 1969. Respuesta favorable en niños >10a con T. Afectivo grave y **T.bipolar (manía)**
- Otras indicaciones: agresividad, RM, descontrol impulsos, sd Kleine-Levin...
- Mec de acción incierto (sist 2º mensajeros )
- Carbonato de litio 400 mg, adm oral
- Control de **litemias periódicas** (0,6-1,2mEq/l)

# LITIO

- **FARMACOCINETICA**

- Absorción rápida, 3-4 h (picos plasmáticos= molestias GI, tenesmo y polidipsia)
- Equilibrio 5-7 días (cambio dosificación\*)
- Vida media 20-24h (20 % < niños)
- 70-80% filtrado en GR (reabsorción túbulo proximal)

# EFECTOS SECUNDARIOS LITIO

- Bien Tolerado
- Inicio: molestias GI, polidipsia, poliuria y debilidad muscular (3-4 v/día, nocturna, tras comida)
- Vómitos, diarreas (escalada lenta), temblor fino eess, malestar, fatiga, enlentecimiento
- Riesgos renales: poliuria + polidipsia proteinuria y dism del fil glom
- Hipotiroidismo y bocio eutiroideo
- ECG: inversión o aplanamiento ondas T (reversible)
- Acné y erupciones maculopapulares, agrava psoriasis
- Aumento peso, edema, acelerar inicio de diabetes
- Leucocitosis (sin repercusión clínica)

# MEDIDAS DE CONTROL

- **Previo tto: ECG, Fn renal, Fn tiroidea, hemograma**
- **Control cada 6 meses**
- **Control litemia semanal (1m), quincenal (2m) y bimensual (6m). Al año, si estabilidad clínica cuatrimestral.**
- **Control del crecimiento (monitorizar calcio, fósforo y fosfatasa alcalina)**
- **Cuidado con sal, sudoración...**

# INTOXICACIÓN litio

## Leve (1,5-2 mEq/l):

dolor abdominal,  
vómitos, diarrea,  
xerostomía, ataxia,  
letargia, mareos,  
nistagmo, disartria

## Moderada (2-2,5

mEq/l): anorexia,  
vómitos persistentes,  
temblor severo,  
visión borrosa,  
hiperreflexia,  
arritmias, síncope,  
delirium....

- **Grave (> 2,5 mEq/l ):**  
convulsiones  
generalizadas, oliguria,  
coma y muerte

**DIURESIS OSMOTICA**

**DIALISIS PERITONEAL**

**HEMODIALISIS (>4 mEq/l)**

- **CONTRAINDICACIONES:**

- Embarazo (**a. Ebstein**); nefropatía, cardiopatía, enf tiroidea

- **INTERACCIONES:**

- **Tetraciclinas, AINES, diuréticos y carbamazepina (aumento de litemia)**

- Cafeína, teofilina, acetazolamida, diuréticos osmóticos (disminuyen litemia)

- OH, antihipertensivos, antipsicóticos (sedación, neurotoxicidad)



# OTROS FARMACOS

- **ANTIHIISTAMINICOS** (ANTI H1, anticolinérgico)
  - Difenhidramina, hidroxicina, ciproheptadina
- **CLONIDINA**
  - Agonista alfa2 adrenérgico
  - Ansiolisis, Tourette, tdah ( + tics, 2ª el)
  - Control TA y Fc. HIPOTENSION, SEDACION
- **NALTREXONA**
  - Antagonista opiáceo
  - Conducta autolesiva, hiperfagia en RM, TGD (2ª EL)
  - Control fn hepática. INSOMNIO, VOMITOS, MIALGIAS

# CONCLUSIONES

- Psicofármacos más seguros y mejor tolerados aprobados para uso en niños son **ISRS**:
  - Fluoxetina (>vm, activador, cp/sol)
  - Sertralina (< interacciones, cp/sol)
  - Fluvoxamina (> sedación, cp)
- Uso de BZD debe ser limitado en tiempo. **CUIDADO** discontinuación. **Loracepam** (orfidal) de elección.
- **En psicosis y t de conducta graves utilizar NLP atípicos**:
  - Risperdal (cp/sol,>peso, ECG)
  - Zyprexa (cp/velotab, Sedación, >>peso, GGT-GOT)

# CONCLUSIONES

- Los psicofármacos tienen carácter complementario y facilitador de PT, medidas pedagógicas e intervenciones familiares y sociales
- Favorecer el cumplimiento a través de INFORMACION a los padres, profesionales de la salud y educadores