

Psicofarmacología en la adolescencia

G. Ochando Perales. Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia y Pediatra. Doctora en Medicina. Unidad del Niño Internacional. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Unidad Salud Mental Infantil. Hospital Casa de Salud, Valencia.

Adolescere 2024; XII (2): 5-13

Resumen

El pediatra debe conocer los psicofármacos empleados en la edad pediátrica, dosificación, eficacia, tolerancia, efectos esperados, efectos adversos, así como las pruebas complementarias recomendadas en su seguimiento y los controles necesarios durante su dispensación. Deberá realizar una supervisión antes, durante y en la retirada del fármaco. Los grupos de psicofármacos de uso en la adolescencia son psicoestimulantes y no-psicoestimulantes, los antidepresivos y ansiolíticos, los neurolépticos y los estabilizadores del humor. Es necesario conocer en una consulta pediátrica los beneficios del tratamiento con psicofármacos, los efectos adversos, las dosis recomendadas, así como las interacciones e incompatibilidades en el mismo.

Palabras clave: *Psicofármacos en pediatría; Psicoestimulantes; Antidepresivos; Neurolépticos; Benzodiazepinas.*

Abstract

The pediatrician must be aware of the psychotropic drugs used in the pediatric age, dosage, efficacy, tolerance, expected effects, adverse effects, as well as the complementary tests recommended in their follow-up and the necessary controls during their dispensation. Supervision should be carried out before, during and upon withdrawal of the drug. The groups of psychotropic drugs used in adolescence are: psychostimulants and non-psychostimulants, antidepressants and anxiolytics, neuroleptics and mood stabilizers. It is necessary in a pediatric consultation to know the benefits of treatment with psychotropic drugs, adverse effects, recommended doses, as well as interactions and incompatibilities in it.

Key words: *Psychotropic drugs in pediatrics; Psychostimulants; Antidepressants; Neuroleptics; Benzodiazepines.*

El papel del pediatra en la prescripción de psicofármacos

Aunque en la mayoría de los casos la prescripción es realizada por un psiquiatra infantil, es frecuente que el pediatra debido a su proximidad (física y afectiva) reciba en las primeras semanas de tratamiento, consultas sobre síntomas clínicos asociados o no al nuevo tratamiento o ante dudas en la prescripción. El pediatra debe conocer los psicofármacos empleados en la edad pediátrica, dosificación, eficacia, tolerancia, efectos esperados, efectos adversos, así como las pruebas complementarias recomendadas en su seguimiento y los controles necesarios durante su dispensación.

Es muy importante dedicar un tiempo en la consulta a proporcionar la información necesaria antes de prescribir el fármaco para implicar al paciente y a sus padres en la toma de decisión que consiga una adecuada alianza terapéutica.

El pediatra (como posible prescriptor, supervisor y/o persona de confianza de la familia) debe conocer la evidencia científica de los psicofármacos, las repercusiones positivas y negativas a corto, medio y largo plazo, y los controles de salud específicos en estos pacientes

En la prescripción de psicofármacos debe recogerse el consentimiento informado que debe ir firmado por el profesional, los padres o tutores y el paciente si es mayor de 12 años

Por otra parte se debe conocer la información que debe contener el consentimiento informado, así como la necesidad de solicitar la firma del mismo a los padres y/o tutores del paciente y al propio adolescente. Ver ejemplo en Figura 1 de consentimiento informado recomendado.

Las consideraciones que debe realizar el pediatra en la prescripción de psicofármacos deben realizarse antes, durante y al final del tratamiento:

- Antes de iniciar el tratamiento: deberemos tener claro el diagnóstico, la severidad del cuadro, si va a necesitar intervenciones complementarias, cual es el psicofármaco más indicado en cada caso, los beneficios que puede conllevar el tratamiento y los riesgos del tratamiento y también de no tratar la patología, los datos que debemos recoger del examen físico, las pruebas complementarias previas al inicio del tratamiento, si existe alguna incompatibilidad con otros tratamientos que lleve el paciente y no debemos olvidar si se requiere o no consentimiento informado.
- Durante el tratamiento: el pediatra deberá conocer cuál es la dosis ideal del fármaco y por qué dosis debe empezar la prescripción, la duración recomendada de los tratamientos, si durante el tratamiento va a necesitar la realización de alguna prueba complementaria, así como las interacciones con otros tratamientos que tenga prescritos el adolescente.
- Retirada del tratamiento: el pediatra debe conocer cuando es el momento de realizar la retirada de la prescripción, además de revisar regularmente la necesidad del mismo. Por ejemplo: en relación al tratamiento con benzodiazepinas se recomienda que tenga una duración menor de 4 semanas. En los ISRS se recomienda una duración de al menos 6 meses y mantenerlos entre 6-12 meses tras resolución del problema que motivó su introducción, siendo esta retirada de manera muy progresiva y lenta durante varios meses más. Sin embargo, el tratamiento con psicoestimulantes suele ser un tratamiento a largo plazo si se muestra eficaz.

Grupos de psicofármacos de uso en la adolescencia

Psicoestimulantes y no-psicoestimulantes

En el tratamiento con psicoestimulantes y no psicoestimulantes se deberá evaluar el mejor fármaco en función de los síntomas presentados, se deberá conocer los beneficios del tratamiento y los riesgos de no tratarlo, los efectos adversos y las interacciones con otros fármacos

Los psicoestimulantes de SNC realizan su actividad fundamentalmente al bloquear el transportador presináptico de dopamina produciendo un aumento de la actividad de la dopamina en la sinapsis. Por ello, mejora las funciones cerebrales en corteza prefrontal (mejorando la función ejecutiva), en el núcleo estriado (mejorando la hiperactividad y la conexión con corteza cerebral) y en el núcleo *accumbens* (al mejorar la hipodopaminergia mejora el sistema de recompensa por lo que modifica el riesgo de abusos).

Consideraciones del pediatra antes de prescripción de psicoestimulantes y no psicoestimulantes referidos en Tabla I:

- Antes de iniciar el tratamiento: Se deberá considerar si tenemos un diagnóstico establecido adecuado y la comorbilidad acompañante, la severidad del cuadro, la necesidad o no de intervenciones complementarias (psicoeducación, psicoterapia, intervención psicopedagógica), se deberá evaluar el mejor fármaco en función de los síntomas presentados para decidir si comenzar con un tratamiento psicoestimulante o no-psicoestimulante. Además deberá conocer los beneficios del tratamiento (eficacia de casi el 80 % del tratamiento con psicoestimulantes en pacientes con TDAH) y los riesgos de no tratarlo. Deberá conocer también los efectos adversos que pueden aparecer (ver Tabla II de efectos adversos e interacciones). Se recomienda medición de peso, talla y tensión arterial, previo al inicio del tratamiento, siendo además recomendable realizar una analítica con estudio del hierro y hormona tiroidea, valoración cardiológica en pacientes con antecedente de muerte súbita en familiares menores de 30 años y EEG en caso de sospecha de patología epiléptica. También deben conocerse las interacciones que pueden tener con otros tratamientos farmacológicos (ver tabla efectos adversos).

- Durante el tratamiento: Se deberá conocer la dosis ideal de administración, en general y especialmente en el tratamiento con metilfenidato hay que empezar con dosis mínima que se revisa a las 2-3 semanas, subidas lentas y controladas hasta llegar a la dosis mínima eficaz. También la duración prevista de tratamiento y los controles de peso, talla y tensión arterial al menos cada 4-6 meses de los pacientes en tratamiento con psicoestimulantes.

Antidepresivos y ansiolíticos

Los fármacos de elección en la depresión son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); en la infancia y adolescencia sólo están aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) los siguientes:

- Fluoxetina: 20 mg/día (dosis máxima 60 mg) (para niños entre 8 y 17 años)
- Escitalopram: 10 mg/día (dosis máxima 20 mg) (para niños entre 12 y 17 años)

Los fármacos aprobados por la FDA en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en la infancia y adolescencia son:

- Sertralina: 50 mg/día (dosis máxima 200 mg) (a partir de los 6 años)
- Fluoxetina (a partir de los 7 años)
- Fluvoxamina (a partir de los 8 años)
- Clomipramina (a partir de los 10 años) (antidepresivo no ISRS, antidepresivo tricíclico)

En el caso de la ansiedad no hay ninguno aprobado por la FDA, siendo de elección los utilizados en TOC.

El tratamiento con ISRS debe comenzar siempre la primera semana con la mitad de la dosis para evitar la aparición de los efectos adversos, subiendo posteriormente a la dosis completa a los 7-15 días de su inicio. Los efectos adversos más frecuentemente encontrados, así como sus interacciones (ver Tabla II).

En cuanto al uso de benzodiacepinas se recomienda que su empleo sea de manera puntual ya que el uso prolongado produce habituación, dependencia y tolerancia. Su uso está recomendado al inicio del tratamiento con ISRS hasta que empiezan a hacer efecto, recomendando limitar su uso a menos de 4 semanas. Puede emplearse a partir de los 2 años siendo recomendable evitar su uso antes de los 9 años.

Las benzodiacepinas más usadas son: Clorazepato: 2,5-10 mg. Diazepam: 2,5-5 mg. Lorazepam: 1-3mg. Los efectos adversos más frecuentes son: somnolencia, problemas de memoria y de atención, hipotensión, mareo, estreñimiento, desinhibición conductual, efecto paradójico en TEA y TDAH.

Antipsicóticos

Los neurolepticos o antipsicóticos se han utilizado en niños con problemas psiquiátricos que incluyen la psicosis, agresividad, manía, irritabilidad o Síndrome de Tourette. Producen bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 (reduciendo la activación de circuitos dopaminérgicos que median en manía, tics y agresividad).

Los neurolepticos atípicos se usan de manera anecdótica en pediatría al presentar más efectos adversos que los atípicos como son el parkinsonismo, la distonía aguda, la acatisia aguda, la discinesia tardía o el síndrome neuroleptico maligno. El más usado de ellos es el haloperidol (dosis: 0,05 mg/kg/día), se debe tomar con las comidas.

Los neurolepticos atípicos presentan mejor nivel de tolerabilidad y menos efectos secundarios. Los más usados en pediatría son:

- Risperidona: es el más usado y estudiado en niños. Presenta eficacia demostrada ya con dosis bajas (a partir de 0,25 mg/día). El aumento por encima de 2,5 mg /día no se asocia con mejor respuesta. Se comercializa en jarabe y en comprimidos. Se considera el neuroleptico de elección.

En la prescripción de psicoestimulantes y no psicoestimulantes se recomienda empezar con dosis mínima revisable cada 2-3 semanas y subidas hasta llegar a la dosis mínima eficaz

El tratamiento con ISRS debe comenzar siempre la primera semana con la mitad de la dosis para evitar la aparición de los efectos adversos, subiendo posteriormente a la dosis completa a los 7-15 días de su inicio. En cuanto al uso de benzodiacepinas se recomienda que su empleo sea de manera puntual ya que el uso prolongado produce habituación, dependencia y tolerancia

Los neurolepticos atípicos presentan mejor nivel de tolerabilidad y menos efectos secundarios que los clásicos. Suelen ser eficaces ya con dosis bajas. Además, pueden usarse también en crisis de agitación

- Aripiprazol: las dosis que han demostrado ser más eficaces en niños es entre 1,25 y 7,5 mg, con dosis que no se suelen exceder de 10 mg.

Los neurolépticos pueden usarse también en crisis de agitación mediante la administración de una dosis oral única. Los más empleados en crisis de agitación son:

- Risperidona: 0,5-1 mg (niños) y 2 mg (adolescentes)
- Olanzapina: 2,5 mg (niños) y 5 mg (adolescentes)
- Haloperidol: 2,5 mg (niños) y 5 mg (adolescentes)

Estabilizadores del humor

Se ha empleado el uso de antiepilépticos como estabilizadores del humor ya que mejoran la agresividad e impulsividad siendo estabilizadores emocionales. Los más empleados en infancia y adolescencia son:

- Ácido valproico: dosis de 15-20mg/kg/día, repartido en 2 tomas
- Carbamazepina: tiene múltiples interacciones y efectos secundarios
- Oxcarbazepina: dosis entre 15-40 mg/kg/día, repartido en 2 tomas
- Topiramato
- Litio: tiene un uso anecdótico en pediatría

Su uso como moduladores del control de impulsos está fuera de ficha técnica por lo que generalmente se prescribe en servicios de salud mental infantil. La función del pediatra se limita a la supervisión de la tolerancia y la eficacia.

Caso clínico

Anamnesis: Adolescente de 14 años, mujer, que acude a la consulta por autolesiones. Los padres han detectado lesiones en brazos de cortes realizados hace una semana. La paciente refiere que desde hace casi un año realiza cortes con cuchilla o con arañazos, en zona proximal del muslo y en brazos; pero los realiza en zonas ocultas para que sus padres no los vean. En verano los realizaba en la muñeca y lo ocultaba con una muñequera. Refiere hacerlos cuando siente sensación de agobio, cuando discute con su madre y principalmente por la noche cuando no puede dormir. Cuando los realiza siente sensación de alivio, aunque posteriormente se siente muy culpable.

Antecedentes: Sintomatología ansiosa desde el curso anterior presentando inicio de dificultades académicas. Este curso (3º ESO) ha suspendido 3 asignaturas en la 1ª evaluación. Anteriormente había tenido buen rendimiento académico en primaria y 1º ESO. Realizado estudio de capacidad cognitiva a los 11 años donde se detectan altas capacidades. Madre muy exigente, conflictividad en domicilio, especialmente por las dificultades académicas en los últimos cursos y problemas de comportamiento (conducta desafiante, retadora). Refieren que es una niña muy impulsiva e inquieta, con una socialización adecuada, las amigas la consideran divertida, extrovertida y creativa.

Exploración física: A la exploración llama la atención lesiones residuales de cortes realizados en ambas muñecas. Mantiene peso, talla e IMC en percentiles medios. Resto de exploración física es normal.

Pruebas complementarias:

- Análítica de sangre: Hemograma con bioquímica, hormonas tiroideas y estudio del hierro normales.
- Exploración neuropsicológica: Escala de ansiedad STAIC en percentil muy alto, capacidad intelectual mediante WISC-IV en el que destaca capacidad verbal en percentil 95 y razonamiento perceptivo en percentil 96, con una memoria de trabajo en percentil 50 y una velocidad de procesamiento en percentil 38. Se realizan pruebas atencionales (CSAT, CPT y Divisa) en las que se aprecia una dificultad en atención sostenida. Se evalúa función ejecutiva (ENFEN) en la que destaca baja capacidad de inhibir la distracción, velocidad de procesamiento baja y baja flexibilidad cognitiva.

Diagnóstico: Con las pruebas diagnósticas y la clínica se procede a emitir los diagnósticos de trastorno de ansiedad con síntomas depresivos sin ideación autolítica, autolesiones no suicidas, problemas intrafamiliares de relación con la madre, altas capacidades y trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado (TDAH-C) (encubierto por la alta capacidad).

Diagnóstico diferencial: En este caso se realizó diagnóstico diferencial de la ansiedad con patología orgánica como hipertiroidismo y anemia ferropénica. Se evaluó la posibilidad de ideación autolítica que fue descartada.

Tratamiento: Iniciado tratamiento de la sintomatología más severa con ISRS (Sertralina: 50mg/día durante 6 meses) y psicoterapia y apoyo psicopedagógico con intervención familiar. Posteriormente tras mejoría de sintomatología ansiosa se inició tratamiento con psicoestimulante (Metilfenidato de liberación prolongada: 36 mg/día).

Evolución clínica: La evolución fue favorable desde el inicio tras interpretación de su sintomatología. Se realizó psicoeducación con la paciente y la familia explicando en qué consiste el TDAH, así como estableciendo recomendaciones psicopedagógicas y conductuales para el manejo de los síntomas y las relaciones intrafamiliares. Actualmente cursa 4º ESO con rendimiento adecuado, han desaparecido las autolesiones y la sintomatología ansiosa.

Tablas y figuras

Tabla I. Fármacos psicoestimulantes y no-psicoestimulantes

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	DURACIÓN EFECTO
FÁRMACOS ESTIMULANTES:			
Metilfenidato:			
— Liberación inmediata	Rubifen® (5,10,20 mg) Medicebrán® (5,10,20 mg)	0,5-2mg/kg/día (2-3 veces/día) Máxima: 60mg	Corta: 4h
— Liberación modificada (pellets)	Medikinet® (5,10,20,30,40 mg) lib. 50:50 Rubifen Retard® (10,20,30,40 mg) lib. 50:50 Equasym® (10,20,30,40,50 mg) lib: 30:70	Dosis inicio: 5-10 mg Rango máximo: 2 mg/kg/día Dosis máxima: 60 mg	Intermedia: 8-9h
— Liberación prolongada (OROS)	Concerta®/ Rubicrono® / Atenza® (18,27,36,56 mg) lib: 22:78	Dosis inicio: 18 mg Máxima: 54 mg (NICE: 108)	Larga:12h
Lisdexanfetamina Dimesilato:	Elvanse® (30,50,70 mg)	Dosis inicio: 30 mg	Larga: 13h
FÁRMACOS NO ESTIMULANTES:			
Atomoxetina:	Strattera® (10,18,25,40,60,80,100 mg)	Dosis inicio: 0,5mg/kg/día (2 semanas) Dosis mantenimiento: 1,2mg/kg/día Dosis máxima: 80 mg/día	Var: 4-21h
Guanfacina:	Intuniv® (1,2,3,4 mg)	Dosis: 0,09-1,2 mg/kg/día (máx: 7 mg)	Larga: 24h

Elaboración propia.

Tabla II. Efectos adversos e incompatibilidades de psicofármacos empleados en infancia y adolescencia

	PSICOESTIMULANTES	NO-PSICOESTIMULANTES	ISRS	NEUROLÉPTICOS
EFFECTOS ADVERSOS	Disminución apetito Insomnio Efecto "rebote" Cefalea, Síntomas digestivos, Cardiovasculares Nerviosismo, Ansiedad, Irritabilidad, Labilidad Tics Hiperconcentrado o bloqueado Psicosis Abuso de sustancias Retraso de Crecimiento	Mareos, Hipotensión, Somnolencia, Sedación, Bradicardia, Desmayo, Cefalea, Nerviosismo, Agitación, temblores, Dolor Abdominal, Cansancio, Alteración del Sueño, Aumento de Peso, Pérdida de apetito, Enuresis, Alucinaciones	Molestias gastrointestinales Náuseas, Vómitos Dolor abdominal Cefaleas Alteración sueño: Pesadillas, Insomnio, Hipersomnia Acatisia Impulsividad Agitación Desinhibición conductual Hipomanía Ideación autolítica/ suicida Síndrome serotoninérgico Hiponatremia	Sedación Aumento de peso Molestias gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea Parkinsonismo Distonía aguda Acatisia Discinesia tardía S. Neuroléptico maligno Hiperprolactinemia
INCOMPATIBILIDAD	Anticoagulantes cumarínicos Antiepilépticos (Fenobarbital, Fenitoína y Primidona) Antidepresivos (tricíclicos e ISRS) Antihipertensivos Anestésicos halogenados Antipsicóticos Alcohol	Ciprofloxacino, Cloranfenicol, Claritromicina, Eritromicina, Rifampicina, Fluconazol, Itraconazol, Ketoconazol Carbamacepina, Fenobar- bital, Fenitoína, Primidona Modafinilo Hierba de San Juan Diltiazepam Verapamilo	Epilepsia inestable Sangrado anormal Hemorragia Fármacos serotoninérgicos (IMAO, Triptófano, Agonistas 5HT, Fen- fluramina, Hierba San Juan) Antipsicóticos AAS, AINEs Alcohol Diuréticos	Enfermedad cardiovascular QT largo Hiperprolactinemia Alcohol Opiáceos Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital y Rifampicina (disminuyen concen- tración plasmática) Fluoxetina, Paroxetina, Verapamilo, Fenotiazidas, A. tricíclicos, B-bloqueantes, itraconazol (aumentan concentración plasmática)

Elaboración propia.

Figura 1. Consentimiento informado recomendado

Nombre del niño/a, adolescente:		
Nombre del padre, madre o tutor:		
Fecha de nacimiento:		
El Dr. _____ responsable del tratamiento psiquiátrico de mi hijo/a ha hablado conmigo acerca de los problemas que presenta y ha recomendado el siguiente medicamento:		
Nombre del medicamento:	Rango de dosis:	Síntomas que deben mejorar:
Entiendo que la medicación es sólo 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 tomarlos o no, 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 es mayor de 12 años):		Fecha:
Firma del médico:		Fecha:
Firma del padre, madre o tutor legal:		Fecha:

Tomado de: Javaloyes Sanchis A. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 802-809.

Bibliografía

- Díez A, Soutullo C, Figueroa A, San Sebastián J. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Rodríguez PJ, editor. *TDAH en Pediatría*. 1ª edición. Spain: Editorial Springer SBM; 2013.
- Nicol GE, Ivanov I. Getting to precision psychopharmacology in child psychiatry: The value of adverse treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021; 31: 1-3.
- Redondo A, Javaloyes A. Utilización de psicofármacos en pediatría. En: *I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*; 2020 (consultado el 5 de diciembre 2023). Disponible en: www.cursopsiquiatriasema.com/tema19-utilizacion-de-psicofarmacos-en-pediatria/.
- Rodríguez Hernández PJ. Psicofarmacología. *Pediatr Integral* 2022; XXVI (2): 84-90.
- Sánchez P, Hervías P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: *AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 135-143.
- Soutullo C, San Sebastián J, Miranda EM, Figueroa A. Psicofarmacología de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): estimulantes. En: Soutullo C. *Guía básica de Psicofarmacología del TDAH. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Orense: Springer SBM Spain, S.A.U; 2012. p.345-380. 9.
- San Sebastián J, Soutullo C, Benítez E, Figueroa A. Psicofarmacología de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: medicaciones no estimulantes. En: Soutullo C. *Guía básica de Psicofarmacología del TDAH. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Orense: Springer SBM Spain, S.A.U; 2012. p.381-402.

Bibliografía recomendada

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. Gratuito en Internet. Incluye apartado sobre el suicidio con recomendaciones prácticas.*
- Javaloyes MA. Psicofarmacología. *Pediatr Integral*. 2017; 21: 117-25. Artículo de revisión que resume los psicofármacos más utilizados en la infancia y adolescencia, beneficios, indicaciones, así como sus efectos secundarios más frecuentes.
- Soutullo C. *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid: Panamericana; 2011. Es el manual más completo y útil que existe hasta el momento. Adecuadas recomendaciones terapéuticas muy útiles en Pediatría de Atención Primaria.

Conflictos de interés: Takeda: asistencia a cursos y congresos, Exeltis: asistencia a congresos.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. En relación con la prescripción de psicofármacos en la adolescencia es CIERTO que:**
 - a) En relación con el tratamiento con benzodicepinas se recomienda que tenga una duración menor de 8 semanas.
 - b) En los ISRS se recomienda una duración de al menos 6 meses y mantenerlos entre 2 y 3 meses tras la resolución del problema que motivó su introducción.
 - c) La retirada de ISRS puede ser rápida y no precisa retirada progresiva.
 - d) El tratamiento con psicoestimulantes suele ser un tratamiento a largo plazo.
 - e) No es necesario que el consentimiento informado esté firmado por el paciente si es menor de 14 años.
- 2. En el tratamiento con psicoestimulantes es FALSO que:**
 - a) La eficacia del tratamiento con psicoestimulantes en pacientes con TDAH es de casi el 80 %.
 - b) Su actividad fundamentalmente se produce al bloquear el transportador presináptico de dopamina produciendo un aumento de la actividad de la dopamina en la sinapsis.
 - c) Se recomienda empezar con dosis mínima que se revisa a las 2-3 semanas, con subidas lentas y controladas hasta llegar a la dosis máxima eficaz.
 - d) Se recomienda realizar controles de peso, talla y tensión arterial al menos cada 4-6 meses en los pacientes en tratamiento con psicoestimulantes.
 - e) Presentan incompatibilidad con anestésicos halogenados.
- 3. En cuanto al tratamiento en adolescentes con ISRS es CIERTO todo, EXCEPTO:**
 - a) Son los fármacos de elección en la depresión en adolescentes.
 - b) En el tratamiento de la depresión solo están aprobados por la FDA la Fluoxetina y el Escitalopram.
 - c) En el tratamiento del TOC están aprobados por la FDA la sertralina, fluoxetina, fluvoxamina y clomipramina.
 - d) En el caso de la ansiedad no hay ninguno aprobado por la FDA, siendo de elección los utilizados en TOC.
 - e) El escitalopram tiene indicación en ficha técnica a partir de los 7 años.

Respuestas en la página 151

PREGUNTAS TIPO TEST DE CASO CLÍNICO

1. **En relación con el caso clínico presentado, es FALSO que:**
 - a) Las autolesiones no suicidas han aumentado su frecuencia en los últimos años.
 - b) Suelen hacerse en zonas ocultas.
 - c) Se realizan como llamadas de atención a los padres o para conseguir algún beneficio.
 - d) Suelen realizarse como medida de descarga de la angustia sintiendo alivio al realizarlas y sentimiento de culpa posterior.
 - e) Son frecuentes los cortes, arañazos y escoriaciones.

2. **Con respecto al diagnóstico en el caso clínico es CIERTO lo siguiente, EXCEPTO:**
 - a) Es importante realizar una buena exploración física que incluya zonas normalmente ocultas por la ropa.
 - b) La exploración neuropsicológica es imprescindible en el diagnóstico.
 - c) Es recomendable realizar una analítica basal con estudio del hierro y hormonas tiroideas en cuadros en los que aparezca ansiedad y síntomas depresivos.
 - d) Se recomienda realizar entrevista individual al adolescente sin la presencia de los padres o tutores.
 - e) En la historia clínica se deben recoger aspectos sociales, relacionales, académicos, afinidades y habilidades del paciente.

3. **En relación con el tratamiento en el caso clínico presentado, es FALSO que:**
 - a) El tratamiento de los síntomas ansiosos es prioritario, ya que está produciendo autolesiones importantes y gran angustia en la paciente.
 - b) Una vez solucionada la ansiedad no es preciso realizar ningún tratamiento más ya que ha mejorado la clínica.
 - c) La dosis recomendada de sertralina es de 50mg/día, con una dosis máxima de 200mg/día.
 - d) Se recomienda apoyo psicológico y/o psicopedagógico.
 - e) Los síntomas de inatención pueden estar encubiertos por la alta capacidad cognitiva dificultando el diagnóstico.

Respuestas en la página 151



¡Hazte socio de la SEMA!

Sus miembros se dedican a promover la salud física, psicológica y social de los adolescentes, es un grupo muy dinámico que también mantiene relaciones internacionales con otros profesionales.

Para más información e inscripciones,
pulsa o escanea el código QR:

