

Reseñas terapéuticas

¿NUEVOS TIEMPOS, OTROS TIEMPOS O SENCILLAMENTE EL TIEMPO?

En Septiembre de 1990, este lector tuvo la impresión de un giro en el contenido de la Revista de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Giro con el incremento de los trabajos de investigación referidos a la psicofarmacología infanto-juvenil.

En Enero de 1991 el editorial de la misma Revista cuestiona, con pocas excepciones, la actitud de la industria farmacéutica y de la FDA en el campo de la psicofarmacología infantil. Y reclama el encuentro de la industria farmacéutica y el Gobierno con los investigadores. De forma que el vademecum reemplace la expresión de «no recomendado su uso en niños» por un perfil equilibrado de indicaciones, contraindicaciones y precauciones para la clínica¹.

En Marzo 1991 publican un trabajo² planteándose el costo de la medicación psicofarmacológica en niños y adolescentes. Comparando Los distintos costos, según marca o fórmula magistral (nombre genérico), según dosis por cápsula, y lugar de compra, destacan tres hechos:

- Los médicos no se plantean el costo actual de la medicación y en muchos casos son incapaces de hacer una estimación.

- Los costos son distintos según la dosis por comprimido y fármaco comercializado versus fórmula magistral.

- El precio del medicamento es un factor significativo en el cumplimiento terapéutico del tratamiento.

(1) McDermott, John F. (1991). Editor's Note. *Child and Adolescent Psychopharmacology*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 30:1, 15.

(2) Greenberg, J.D.; Kruesi, M.J.P.; Keysor, C.S.; y Grothe, D.R. *Prices of Psychotropic Medications Used in the Treatment of*

Psychiatric Illness in Children and Adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 30:2, 323-324.

INITIAL AGGRAVATION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOUR IN AUTISTIC PATIENTS RECEIVING NALTREXONE TREATMENT. Knabe, R.; Schulz, P. y Richard, J. (1990). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 20:4, 591-593.

Los antagonistas opiáceos, como la naltrexona, han sido descritos, por diversos autores, como eficaces para reducir la conducta autolesiva en pacientes con retraso mental. Tratamiento de especial interés en pacientes que no responden a los tranquilizantes mayores y menores.

En esta carta al Director los autores, describen (en dos casos: varones, autistas, de 46 y 27 años) tratados con naltrexona (en dosis paulatina creciente hasta 2 mg/kg/d) una inicial exacerbación de la conducta autolesiva con posterior positiva respuesta clínica.

Reacción que podría ser una expresión de un intento de mantener el efecto de los niveles de endorfinas, a través de provocarse dolor, para conseguir así los efectos narcóticos de las endorfinas.

Sugiriendo así la necesidad de una cuidadosa supervisión durante los primeros días de tratamiento, así como que una inicial agravación de la conducta autolesiva, no ha de conducir a descartar la eficacia del tratamiento.

TREATMENT OF ADHD WITH FLUOXETINE: A PRELIMINARY TRIAL.

Banickman L., Russell N., Kuperman S., Schumacher E., Verda M., J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1991, 30, 5: 762-767.

El mecanismo de acción de la fluoxetina es, la inhibición de la recaptación neuronal de la serotonina. El aumento de la serotonina está implicado en la etiología del trastorno por

déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Así, estos investigadores se plantearon examinar la eficacia de la fluoxetina en el TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en este estudio abierto.

Completaron en estudio 19 pacientes (86%). La edad media era de 10,9 años (rango = 7-15 años); 16 varones (84%) y 3 chicas. Todos reunían los criterios diagnósticos del DSM III-R para el TDAH.

La valoración, pre y post tratamiento, incluía: entrevistas y evaluación diagnóstica, Kiddie-SADS-E, anamnesis, examen físico, Cuestionario Abreviado de Conners para padres y maestros, la Escala de Impresión Global Clínica (CGI), WISC-R, el Test de Kagan (MFF), el CPT de Conners y el CDI de Kovacs.

El tratamiento fué administrado tras un periodo de 2 semanas sin medicación psicotrópica (sólo dos pacientes no seguían tratamiento farmacológico del TDAH). La dosis inicial fue de 20 mg/d de fluoxetina monodosis matutina. La dosis media fue de 27 mg/d (rango 20-60 mg/d)

ó 0,6 mg/Kg. Nueve tomaron 20 mg/d, 8: 40 mg/d y 2: 60 mg/d, durante 6 semanas.

6 pacientes (32%) refirieron efectos secundarios: rash facial, sedación y, en un caso: posible acatisia. Efectos que, con una única excepción, remitieron espontáneamente o con ajuste de dosis.

A las 6 semanas de tratamiento el 58% de los niños con TDAH mostraron, por lo menos, una moderada mejoría, con diferencias significativas estadísticamente en 5 medidas diferentes independientes (: CGI, Cuestionario de Conners para padres, y el de profesores, CDI y el CI (escala manipulativa y total).

13 (68%) de los pacientes y sus padres querían continuar el tratamiento con fluoxetina y una familia no lo quiso a causa del coste.

Finalmente, tras señalar las salvedades que conlleva un estudio piloto, concluyen señalando que la fluoxetina puede tener un papel en el tratamiento del TDAH.

X. Gastaminza