

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ASOCIACIONES

En este artículo, Wilens y cols.⁽¹⁾ revisan la utilización de combinaciones farmacológicas en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en niños y en adolescentes.

La necesidad del uso de asociaciones ha surgido de la, a menudo insatisfactoria respuesta a un único fármaco, de la creciente conciencia de los altos niveles de comorbilidad psiquiátrica y a la aparente sinergia de la asociación de agentes farmacológicos psicoterapéuticos.

De esta forma destacan algunos de los trastornos psiquiátricos que pueden requerir una asociación terapéutica:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Entre el 30% y el 40% de los niños, el tratamiento con único fármaco (ya estimulantes, antidepresivos, o clonidina) puede ser no efectivo.

Encontrando en la literatura trabajos recogiendo respuesta a: nortriptilina con otra medicación coadyuvante⁽²⁾; antidepresivos tricíclicos y estimulantes para un comórbido TDAH⁽³⁾ y la asociación sinérgica y bien tolerada de metilfenidato y desipramina⁽⁴⁾.

Depresión

En los trastornos depresivos en los adolescentes, a causa de la falta de eficacia demostrada de un único fármaco (como los tricíclicos), la atención se ha centrado recientemente en el uso de fármacos alternativos y múltiples.

Los niños sin respuesta a un antidepresivo pueden beneficiarse de otras estrategias terapéuticas que incluyen: abordaje con un tratamiento combinado tal como el uso de dos antidepresivos de diferente tipo, o la potenciación con carbonato de litio, estimulantes, hormona tiroidea (triyodotironina) y medicaciones ansiolíticas.

Ansiedad

Los niños con trastornos de ansiedad a menudo tienen coexistiendo trastornos tales como depresión y TDAH.

Esto explicaría la observación clínica de la mejoría, en los trastornos de ansiedad, con la asociación terapéutica de benzodiazepinas de alta potencia con otros fármacos, incluyendo antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación serotoninérgica (ISRS) y los estabilizadores tímicos. O que en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) juvenil con fluoxetina⁽⁵⁾ se requiriera una medicación coadyuvante en el 42% de los casos.

Psicosis

En los casos de un cuadro psicótico en el contexto de un trastorno del humor es crucial, para la estabilización clínica, el uso de un tratamiento específico para el trastorno tímico.

En los casos donde la psicosis se asocia con agitación severa, la asociación de benzodiazepinas de alta potencia puede facilitar el tratamiento del paciente y permitir la utilización de dosis menores de antipsicóticos.

Trastornos de tics

Aproximadamente un 30% de los niños presentan una respuesta inadecuada al tratamiento (neurolépticos, clonidina, tricíclicos, clonacepán y beta bloqueantes).

Para evitar los efectos secundarios de los neurolépticos los clínicos están usando, en aumento, las asociaciones tales como clonidina más benzodiazepinas⁽⁶⁾ o tricíclicos⁽⁷⁾.

En los casos de comorbilidad con TOC puede requerir la asociación de clomipramina o un ISRS a la medicación antitócica.

Agresividad y trastorno de conducta

La agresividad es uno de los problemas clínicos más frecuentemente encontrados por el psiquiatra. Si bien no existe una farmacoterapia específica para el tratamiento de la agresividad, la literatura muestra, en el contexto de un plan terapéutico multidisciplinario, la necesidad de una asociación farmacoterapéutica para su abordaje⁽⁸⁾. Situación similar se encuentra en los trastornos de conducta.

Considerando que las *directivas generales de ayuda* para determinar la conveniencia del uso de la asociación farmacoterapéutica incluyen:

- 1) Síntomas significativos que sólo responden parcialmente con agentes únicos.
- 2) Potenciales efectos sinérgicos de la asociación farmacoterapéutica.
- 3) El uso de dosis menores de varios fármacos reduce el perfil de efectos adversos asociados con el uso de dosis mayores de fármacos únicos.
- 4) Diagnóstico/s asociado/s con la necesidad de asociaciones concretas, p.e. psicosis con depresión.
- 5) Tratamiento de efectos secundarios, p.e.: tratamiento de los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos.
- 6) Tratamiento en superposición, cuando se cambia medicación para evitar el deterioro clínico.

Son necesarios, antes de poder establecer los parámetros específicos de dosificación, estudios sistemáticos adicionales del uso de las asociaciones farmacológicas psicoterapéuticas en psiquiatría.

138 Finalizando el artículo recordando la necesidad de los clínicos de continuar aplicando la práctica prudente en línea con la máxima médica: *Primum non nocere*.

**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO EN NIÑOS Y EN ADOLESCENTES CON
FLUOXETINA**

En este trabajo, Geller y cols.⁽⁵⁾, valoran, en un estudio retrospectivo, la utilidad, a largo plazo, del tratamiento con fluoxetina en niños y adolescentes afectados de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno relativamente común (con una prevalencia del 1,9% al 3,3% entre los adultos), que frecuentemente tiene su inicio en la infancia (el 65% de los individuos obsesivos desarrollan su enfermedad antes de los 25 años). Con unos índices de TOC en adolescentes del 1% de incidencia y del 1,9% de prevalencia.

La muestra estaba formada por 38 pacientes: 20 niños (de 6 a 12 años) y 18 adolescentes (de 13 a 18 años) con una edad media total de 12,3 ($\pm 0,53$) años. Predominan los varones (n=24) sobre las chicas, con una relación de 1,7 a 1. La duración media de la clínica desde su inicio era de 25 meses (± 3). Todos cumplían criterios diagnósticos DSM III-R de TOC.

Dos tercios tenían por lo menos un diagnóstico de comorbilidad con una media de diagnósticos de comorbilidad por sujeto de 1,3. Siendo los más frecuentes: trastornos por conductas perturbadoras, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad y trastornos por tics crónicos.

La dosificación promedio total diario fue de 50 mg/d (± 26 mg) o 1,0 mg/Kg/d ($\pm 0,4$ mg/Kg/d). Dosis promedio que en el grupo de niños fue de 35 mg/d (0,9 mg/Kg/d) y en los adolescentes de 64 mg/d (1,1 mg/Kg/d). El tratamiento fue aplicado durante un promedio de 19 meses (rango: 4 a 34 meses). Quince pacientes (39%) recibieron simultáneamente otros fármacos (tricíclicos, normotímicos, benzodiacepinas, estimulantes, buspirona o clonidina).

La respuesta al tratamiento fue realizada por clínicos experimentados usando la Escala de Impresión Clínica Global.

Resultados. El 74% de los pacientes (n= 28) presentaron una mejoría de moderada a marcada durante el seguimiento. Concluyendo que el tratamiento con fluoxetina resulta igualmente eficaz en los grupos de edad pre y postpuberal, y entre ambos sexos, no siendo influenciados por la presencia de diagnósticos de comorbilidad de ansiedad o trastornos de ánimo o de otros tratamientos.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wilens TE, Spencer T, Biederman J, Wozniak J, Connor D. Combined pharmacotherapy: an emerging trend in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:110-112.
- 2 Wilens TE, Biederman J, Geist DE, Steingard R, Spencer T. nortriptyline in the treatment of ADHD: a chart review of 58 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:343-349.
- 3 Rapport MD, Carlson GA, Kelly KL, Pataki C. Methylphenidate and desipramine in hospitalized children: I. Separate and combined effects on cognitive function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:333-342.
- 4 Pataki CS, Carlson GA, Kelly KL, Rapport MD, Biancianiello TM. Side effects of methylphenidate and desipramine alone and in combination in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1065-1072.
- 5 Geller DA, Biederman J, Reed ED, Spencer T, Wilens TE. Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:36-44.
- 6 Steingard RJ, Goldberg M, Lee D, DeMaso D. Adjunctive clonazepam treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic symptoms in children with tic disorders and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:394-399.
- 7 Spencer T, Biederman J, Kerman K, Steingard R, Wilens T. Desipramine treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorders of Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:354-360.
- 8 Connor DF. Beta blockers for aggression: a review of the pediatric experience. *J Child Adolesc Pharmacol* 1993;3:99-114.