

Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados

Use of psychotropic drugs in hospitalized children

Mariana Mastroianni¹, Carolina Ackermann², Noelia Speranza³,
Valentina Catenaccio⁴, Héctor Telechea⁵, Gustavo Giachetto⁶, Gustavo Tamosiunas⁷

Resumen

Introducción: a nivel nacional la prevalencia estimada de problemas emocionales y conductuales en niños es 20%. Los psicofármacos constituyen uno de los recursos terapéuticos dentro de su abordaje multimodal. Su uso a nivel mundial está en aumento.

Objetivo: describir la frecuencia y caracterizar el uso de psicofármacos en menores de 15 años hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Material y métodos: se realizó una encuesta a padres y/o tutores de niños ≥ 2 años hospitalizados entre febrero y abril de 2014, previo consentimiento informado verbal y autorización del protocolo por la Dirección del Centro. Las variables fueron: frecuencia de consumo, tipo de psicofármaco, politerapia, duración, conocimiento sobre motivo de la indicación, tipo de profesional que indicó y monitorizó el tratamiento, frecuencia de tratamientos no farmacológicos.

Resultados: se encuestaron 608 cuidadores;

consumían 74 psicofármacos 46 niños (7,6%, IC95% 5,1-9,7%); edad media 10 años. Risperidona fue el más frecuente (33/46). Se identificó uso ≥ 2 psicofármacos en 21/46 niños. La asociación más frecuente fue antipsicóticos con estabilizantes del humor. Al momento de la entrevista el consumo era ≥ 1 año en 58%. En 89% de los casos el seguimiento era realizado por un psiquiatra. Recibía tratamiento no farmacológico 50%.

Conclusión: en esta población predominó el uso de risperidona y la combinación de antipsicóticos con estabilizantes del humor. Se destaca la baja proporción de pacientes en tratamiento multimodal y la necesidad de jerarquizar el rol del pediatra en la monitorización y coordinación de estos tratamientos.

Palabras clave: PSICOTRÓPICOS
UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
PEDIATRÍA

1. Pediatra. Ex Residente Pediatría. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR.

2. Pediatra. Ex Posgrado Pediatría. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR.

3. Prof. Agda. Depto. Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Asistente. Depto. Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina UDELAR.

5. Prof. Adj. Depto. Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Prof. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR.

7. Prof. Depto. Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Fecha recibido: 19 de diciembre de 2015

Fecha aprobado: 4 de mayo de 2017

Summary

Introduction: *the estimated prevalence of emotional and behavioral problems in children is 20% at the national level. Psychotropic drugs are one of the therapeutic resources within their multimodal approach. Currently, there is a global increase in the use of these drugs.*

Objective: *to describe the frequency and to characterize the use of psychotropic drugs in children under 15 years old, who are hospitalized at the Pereira Rossell Hospital Center (CHPR).*

Methods: *a survey to parents and/or guardians of children older than 2 years old who were hospitalized between February and April 2014 was conducted, subsequent to their verbal informed consent and the hospital's authorization of the protocol. The variables were the following: frequency of use, type of psychotropic drug, polytherapy, duration, source of knowledge about indication, type of professional treatment indicated and monitored, frequency of non-pharmacological treatments.*

Results: *608 caregivers were surveyed; 46 children consumed 74 psychotropic drugs (7.6%, 95% CI 5.1 to 9.7%); average age 10 years old. Risperidone was the most frequently used drug (33/46). 21/46 children used 2 or more psychotropic drugs. The most frequent association was antipsychotics with mood stabilizers. At the time of the interview consumption was over one year for 58% of children in the study. In 89% of cases a psychiatrist was responsible for monitoring. 50% of children received no drug treatment.*

Conclusion: *the use of risperidone and the combination of antipsychotics with mood stabilizers prevails in this population. The study found a low proportion of patients was under multimodal treatment. It is necessary to prioritize the role of pediatricians in monitoring and coordinating these treatments.*

Key words: PSYCHOTROPIC DRUGS
DRUG UTILIZATION
PEDIATRICS

Introducción

Se estima que a nivel internacional los trastornos mentales afectan entre 10% y 20% de los menores de 18 años, de los cuales aproximadamente 8% requerirá un tratamiento con psicofármacos^(1,2). A nivel nacional la prevalencia de problemas emocionales y conductuales es 20%, observándose mayor porcentaje en varones entre 9 y 11 años, procedentes de sectores socioculturales desfavorables. De los niños de Montevideo 49% presenta asociación de factores adversos (bajo nivel de instrucción materna, hacinamiento y medio sociocultural desfavorable), con la consiguiente acumulación de factores de riesgo^(1,3).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia. La prevalencia en Uruguay es 7,6%, dentro del rango promedio internacional (8%-12%)⁽³⁻⁷⁾. Su tratamiento es multimodal: farmacológico, conductual y/o cognitivo^(5,8-13). Metilfenidato es el psicofármaco de elección y el más utilizado a nivel internacional y regional en todas las edades. Atomoxetina, guanfacina, clonidina de liberación prolongada y dextroanfetamina son otras opciones terapéuticas⁽⁹⁻¹⁵⁾. A nivel mundial el consumo de metilfenidato ha aumentado en forma significativa. En Estados Unidos aumentó 2,5 veces entre 1990 y 1995, mientras que en el Reino Unido la dispensación de psicoestimulantes se duplicó entre 1998 y 2004^(2,14). En Argentina la importación de metilfenidato aumentó 81,5% entre 2006 y 2008⁽⁷⁾. En Uruguay, a nivel del subsector público el consumo se duplicó entre 2001 y 2006. El aumento en el consumo de este fármaco puede relacionarse con diversos factores como mejor conocimiento del trastorno y mayor identificación diagnóstica, aumento en la incidencia y/o sobrediagnóstico⁽⁹⁾.

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo representan otras patologías psiquiátricas frecuentes en la infancia y adolescencia. Su tratamiento farmacológico incluye una amplia gama de psicofármacos, entre los que se destacan los antipsicóticos, estabilizantes del humor, antidepresivos y benzodiazepinas^(4,6).

Los antipsicóticos constituyen uno de los grupos de mayor consumo. En la población pediátrica su prescripción se ha incrementado notablemente en los últimos 10 años, coincidiendo con la creciente popularidad de los antipsicóticos atípicos^(2,4,16). El aumento de la incidencia de estas patologías y el riesgo elevado de efectos adversos importantes con los neurolepticos clásicos, justifican este aumento en la prescripción⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. En un estudio estadounidense se evidenció entre 1993-2002 un aumento de 500% en la prescripción de antipsicóticos co-

respondiendo en la mayoría de los casos a los atípicos⁽²⁾.

No hay datos publicados de consumo de antipsicóticos en pediatría en nuestro país.

Risperidona es el antipsicótico más frecuentemente utilizado a nivel internacional. Está aprobado por FDA para el tratamiento de los problemas del comportamiento asociado al autismo a partir de los 5 años, si bien muchas veces se utiliza por fuera de estas indicaciones (usos fuera de prospecto u “*off label*”)^(20,21).

En Estados Unidos los pediatras del primer nivel de atención son quienes prescriben hasta 85% de todas las recetas de los psicofármacos. Un patrón similar se describe en Brasil. Los psiquiatras tienen un rol más preponderante en la prescripción en situaciones clínicas más complejas^(2,22). En Uruguay si bien la mayoría de los psicofármacos pueden ser prescritos por el pediatra, en la práctica corriente es el psiquiatra de niños quien los indica. Existe una normativa específica para la prescripción de metilfenidato exclusivamente por psiquiatras o neuropediatras⁽²³⁾.

En función de los datos epidemiológicos regionales e internacionales es necesario continuar caracterizando el patrón de prescripción, uso y consumo de psicofármacos en nuestra población pediátrica. Esto constituye información básica para conocer datos de efectividad y seguridad y adecuar las estrategias terapéuticas.

El objetivo del presente trabajo fue describir la frecuencia y caracterizar el uso de psicofármacos en menores de 15 años hospitalizados en unidades de cuidados moderados del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR).

Material y métodos

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta diseñada y aplicada por los autores, previo consentimiento verbal de los padres o cuidadores (anexo 1). Se incluyeron niños mayores de 2 años hospitalizados en el área de cuidados moderados del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) entre febrero y abril de 2014, que al momento de la entrevista estaban bajo tratamiento con psicofármacos, independientemente del motivo de hospitalización y/o diagnóstico. Se excluyeron los niños hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo de Niños (UCIN), Reanimación y Estabilización (URE) y Quemados y Cirugía Reparadora (UNIQUER) y aquellos portadores de patología neurológica crónica como epilepsia o encefalopatía crónica, que podrían recibir psicofármacos por motivos diferentes a los trastornos psiquiátricos.

El protocolo de estudio fue autorizado por la Dirección del HP-CHPR y se tomaron medidas para resguardar la identidad y confidencialidad de los datos de los encuestados.

Los grupos de psicofármacos analizados en el estudio fueron hipnóticos y sedantes, antidepresivos, antipsicóticos, antimaníacos, antiepilépticos (estabilizantes del humor), estimulantes y no estimulantes, que corresponden a los disponibles en el Departamento de Farmacia del CHPR (tabla 1).

Ante la ausencia de datos de consumo de psicofármacos a nivel nacional en este grupo etario, se tomó una muestra de conveniencia en la que se incluyeron todos los niños que cumplían los criterios de inclusión hospitalizados en el periodo de estudio⁽²⁴⁾.

Se recabaron los siguientes datos: edad, sexo, nivel educacional del niño y cuidador.

Para caracterizar el uso de psicofármacos se utilizaron las siguientes variables:

- Grupos de psicofármacos utilizados.
- Frecuencia del consumo de psicofármacos: número de niños que consumen psicofármacos sobre el número total de niños encuestados en el periodo de estudio
- Frecuencia de consumo según edad y sexo.
- Frecuencia de polifarmacia y combinaciones más frecuentes. Se definió polifarmacia como el consumo de 2 o más fármacos.
- Duración del tratamiento en meses (menor de 6 meses, 6 a 12 meses y mayor a 12 meses).
- Persona que sugiere el tratamiento con psicofármacos: quien sugiere que el niño debe comenzar con un tratamiento con psicofármacos y realiza las primeras acciones para conseguirlo.
- Profesional que prescribe el tratamiento: quien receta por primera vez un psicofármaco al niño.
- Persona que repite el tratamiento: definida como la persona que una vez que está indicado el tratamiento, le suministra las recetas al cuidador del niño.
- Profesional que monitoriza el tratamiento: quien se encarga de observar la evolución del niño, los riesgos y beneficios del tratamiento y en base a eso realiza los ajustes de las dosis.
- Conocimiento de los padres sobre el motivo de la indicación. Para evaluar este ítem se definieron 4 situaciones clínicas para que los padres o cuidadores adjudicaran al niño, la que creyeran que se adaptaba mejor a éste (“*Es inquieto, hiperactivo, se distrae mucho*”; “*Está triste o tiene cambios del humor*”; “*Es agresivo con los animales, en la escuela o la casa*”; “*Tiene miedos o preocupaciones*”), incluyendo una categoría de “no sabe”. Para la confección de

Tabla 1. Grupos de psicofármacos incluidos en la encuesta, según vademécum del Departamento de Farmacia, CHPR.

| Grupos terapéuticos | Fármacos disponibles en el CHPR |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hipnóticos y sedantes | Benzodiacepinas: clonazepam, diazepam, bromazepam, alprazolam, lorazepam, flunitrazepam, midazolam Barbitúricos: fenobarbital, pentobarbital Zolpidem Prometazina |
| Antidepresivos | Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina, escitalopram, fluoxamina Tricíclicos: amitriptilina, imipramina, clomipramina Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenelzina Atípicos: bupropion |
| Antipsicóticos | Típicos: clorpromacina, haloperidol, pipotiazina, propericiazina Atípicos: quetiapina, risperidona, olanzapina, levomepromazina, aripiprazol |
| Antimaniacos | Litio |
| Antiepilépticos (estabilizantes del humor) | Iminoestilbenos: carbamacepina Valproato Hidantoínas: difenilhidantoína Barbituricos: fenobarbital Gabapentina Topiramato Etosuximida Lamotrigina |
| Estimulantes | Metilfenidato |
| No estimulantes | Clonidina, atomoxetina |

estas categorías se consideró la opinión de expertos especialistas en psiquiatría infantil.

- Automonitoreo: definido como el manejo que realizan los padres sobre el tratamiento, independientemente de la indicación médica, basándose en su percepción de la evolución clínica del niño.
- Concomitancia de tratamiento no farmacológico: se evaluó la coexistencia de tratamiento psicoterapéutico.

Para describir dichas variables se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para la frecuencia de consumo se estimó el intervalo de confianza de 95%. El análisis de los resultados se hizo mediante el programa Epiinfo Versión 7.

Resultados

Se entrevistaron 608 padres y/o cuidadores de niños mayores de 2 años hospitalizados en las áreas de cuidados

moderados, que correspondieron a 45% de todos los niños internados en el periodo de estudio. En tres casos el cuidador no sabía si el niño utilizaba o no psicofármacos. Consumían psicofármacos 46 niños (7,6%, IC95% 5,1-9,7%), de los cuales en 3 el cuidador no recordaba cuántos ni cuáles. Esto determinó que la caracterización de la población se hiciera sobre 46 mientras que la de uso sobre 43 niños.

Entre quienes contestaron que no utilizaban psicofármacos al momento de la encuesta (n=559), nueve niños (1,6%) lo había hecho previamente en algún momento de su vida.

La mayoría de los niños que usaban psicofármacos eran varones (71%). La frecuencia según edad fue mayor entre los niños de 11 o más años (52,4%): media 10 años, moda 11 años, rango 3 a 14 años. Eran menores de 6 años 4 niños (8,6%).

Concurrían a escuela o liceo 89% de los niños (n=41), principalmente escuela común (83%). Presenta-

Tabla 2. Grupos terapéuticos y psicofármacos consumidos por los 43 niños hospitalizados en el HP-CHPR, 18 febrero al 18 abril de 2014.

| Psicofármaco | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| Antipsicóticos | 48 | 64,8% |
| Risperidona | 33 | |
| Quetiapina | 10 | |
| Olanzapina | 1 | |
| Levomepromazina | 4 | |
| Estabilizantes humor | 12 | 16,2% |
| Ácido valproico | 7 | |
| Oxcarbamecequina | 4 | |
| Topiramato | 1 | |
| Estimulantes | 5 | 6,8% |
| Metilfenidato | 5 | |
| Benzodiazepinas | 7 | 9,5% |
| Alprazolam | 3 | |
| Lorazepam | 2 | |
| Clonazepam | 2 | |
| No estimulantes | 1 | 1,4% |
| Clonidina | 1 | |
| Antidepresivos | 1 | 1,4% |
| Sertralina | 1 | |
| Total | 74 | 100% |

ban retraso o fracaso escolar 24 de los 41 niños escolarizados. La mayoría de padres y/o cuidadores de los pacientes (78%) tenía secundaria incompleta.

El total de psicofármacos consumidos fue 74. Los antipsicóticos fueron el grupo de mayor uso (64.8%) seguido por los estabilizantes del humor (16.2%) Entre los antipsicóticos, risperidona fue el más frecuente (n=33), seguido por quetiapina (n=10) y ácido valproico (n=7). Metilfenidato ocupó el cuarto lugar (n=5) (tabla 2).

Utilizaban 2 o más psicofármacos 21 de los 43 niños, la mayoría (66.7%) 2 psicofármacos (tabla 3). La asociación predominante fue la de un antipsicótico más un estabilizante del humor (n=6) (tabla 4).

La mayoría (57%) cumplía un tratamiento mayor o igual a 12 meses.

Tabla 3. Cantidad de niños que consumían 2 o más psicofármacos, HP-CHPR, 18 febrero al 18 abril de 2014.

| Cantidad de psicofármacos | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| 2 | 14 | 66,7% |
| 3 | 5 | 23,8% |
| 4 | 1 | 4,8% |
| 5 | 0 | - |
| 6 | 1 | 4,8% |
| Total | 21 | 100% |

Tabla 4. Frecuencia de las asociaciones de grupos de psicofármacos consumidos, HP-CHPR, 18 febrero al 18 abril de 2014.

| Asociación de grupos de psicofármacos | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Antipsicótico + estabilizante del humor | 6 | 28,6% |
| Antipsicótico + estimulante | 3 | 14,3% |
| Antipsicótico + BZD | 2 | 9,5% |
| Antipsicótico + antidepresivo | 1 | 4,8% |
| Dos o + antipsicóticos | 3 | 14,3% |
| Dos antipsicóticos + BZD | 1 | 4,8% |
| Antipsicótico + estabilizante del humor + BZD | 1 | 4,8% |
| Dos antipsicóticos + un estabilizante del humor | 1 | 4,8% |
| Un antipsicótico + dos estabilizantes del humor | 1 | 4,8% |
| Cuatro o más* | 2 | 9,5% |
| Total | 21 | 100% |

BZD: benzodiazepina

*levomepromacina, quetiapina, metilfenidato, clonidina; levetiracetam, lorazepam, fenobarbital, clonidina, etosuximida y divalproato

Refirieron que no existió sugerencia previa para el inicio del tratamiento 21 de los 46 encuestados. Entre los 25 en que existió, ocho fueron pediatras, cuatro padres, cuatro psicólogos, dos neuropediatras, un maestro y un médico general (cinco sin dato).

Tabla 5. Causas consideradas por los encuestados como determinantes para el inicio del tratamiento con psicofármacos, HP- CHPR, 18 febrero al 18 abril de 2014.

| Causa | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|-------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Es inquieto, hiperactivo, se distrae mucho | 30 | 65,2% |
| Está triste o tiene cambios del humor | 4 | 8,7% |
| Es agresivo con los animales, en la escuela o la casa | 10 | 21,7% |
| Tiene miedos o preocupaciones | 0 | - |
| Combinación de 2 o más causas | 2 | 4,3% |
| Total | 46 | 100% |

Recordaban quien indicó el tratamiento 45 encuestados: en 42 fue el psiquiatra y en tres el neuropediatra. La mayoría de los niños en tratamiento con psicofármacos eran controlados por psiquiatra (n=40).

Sobre las causas que los cuidadores consideraban habían determinado el inicio del tratamiento, la principal fue “hiperactividad” (n=30) seguida de “agresividad” (n=10) (tabla 5).

Refirieron auto monitoreo del tratamiento 14 de los 46 cuidadores (30%)

La mitad de los pacientes recibía, además, un tratamiento no farmacológico (psicológico).

Discusión

Esta representa la primera descripción sobre la frecuencia de uso de psicofármacos en niños en nuestro medio. Hasta la fecha los únicos datos disponibles hacen referencia al uso de algún grupo de psicofármacos en particular o al tratamiento de determinada patología psiquiátrica pero no describen el perfil de consumo global.^(1,9) Si bien la frecuencia hallada corresponde a la del hospital de niños más grande de referencia nacional, las limitaciones relacionadas con los sesgos de inclusión y el periodo de estudio considerado impiden generalizar el resultado. Para profundizar en su conocimiento y estimar la prevalencia de uso en nuestro medio se requiere la realización de estudios multicéntricos, con ampliación del periodo de estudio e inclusión de pacientes ambulatorios.

En este estudio no se observó uso de psicofármacos en niños entre 2 y 3 años. El mayor consumo ocurrió a partir de los 9 años, edad relacionada con el inicio de la adolescencia, habitualmente asociada a un agravamiento en los trastornos del comportamiento⁽¹⁶⁾. El perfil de uso en relación a la edad concuerda con el descrito en otras series⁽¹⁾. En este estudio no se incluyeron menores de 2 años. Esta decisión, avalada por expertos en psi-

quiatria infantil nacionales, se basó en la baja prevalencia de la patología psiquiátrica en este grupo etario. La Academia de Psiquiatría Neurología y Pediatría de Estados Unidos considera que el TDAH no se debe diagnosticar en menores de 3 años y en caso de encontrar alguna alteración que oriente a una patología psiquiátrica a esta edad, se prefieren otras alternativas terapéuticas, ya que la mayoría de los psicofármacos no están aprobados por las agencias reguladoras para su administración en este grupo⁽⁸⁾.

El psicofármaco más utilizado fue risperidona. Este hallazgo fue diferente al esperado, dado que la mayoría de los estudios señalan a los psicoestimulantes como los más consumidos^(10,11,16). Es posible que este hallazgo esté relacionado con el tipo de pacientes incluidos. En general la hospitalización está asociada con pacientes más graves, existiendo mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica más severa. No obstante, el uso de antipsicóticos está aumentando globalmente en la población pediátrica. Según estudios internacionales realizados en Reino Unido y Estados Unidos dentro de este grupo de psicofármacos risperidona es el más consumido⁽²⁰⁾. Otra posible causa atribuida al mayor uso de risperidona sobre metilfenidato es la creencia de que el empleo de fármacos psicoestimulantes en la niñez predispone al uso y abuso de sustancias ilegales en la adolescencia y edad adulta. Una de las bases para esta asociación es que el metilfenidato es químicamente similar a las anfetaminas y, por lo tanto, posee potencial de abuso y adicción. Sin embargo, muchas variables influyen simultáneamente en la probabilidad de que un individuo abuse de drogas o se haga adicto a ellas y están determinadas por el tipo de agente (droga), huésped (consumidor) y el ambiente⁽²⁵⁾. Desde 1937 cuando se descubrieron los efectos beneficiosos de los psicoestimulantes sobre la conducta disruptiva han sido de los psicofármacos más efectivos, que reducen la actividad motriz de niños y adolescentes hiperactivos, aumentan la atención, mejoran el desem-

peño académico y disminuyen la conducta oposicionista⁽¹²⁻¹⁵⁾. Risperidona es un antipsicótico atípico que se introdujo en el mercado a finales de 1993. Disminuye la agresividad, la impulsividad, la hostilidad con ansiedad, la agitación y las estereotipias provocando escasos efectos extrapiramidales⁽²⁰⁾. Este perfil de efectos, conocidos desde hace más de 20 años, y su amplio uso en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos, podría ser otra de las explicaciones de su mayor uso en pediatría, como extrapolación de experiencias de un grupo etario a otro.

Un estudio realizado en 2009 en Escuelas de Contexto Socio-Cultural Crítico (ECSCC) y colegios privados de nuestro país evidenció diferencias en el tipo de psicofármacos utilizados según el nivel económico de los niños: los de colegios privados recibían metilfenidato (“una droga menos dañina, se va más fácil del cuerpo”), mientras en las ECSCC utilizaban risperidona, sertralina y clonazepam, todos considerados psicofármacos “fuertes”. Además se destacó que en las ECSCC el inicio de los tratamientos era más precoz y menos cuestionado por los padres, y en los colegios privados se utilizaban los psicofármacos para mejorar su rendimiento en un contexto de mayor exigencia curricular, y los padres eran más cuestionadores del porqué del uso, si bien lo aceptaban⁽²⁶⁾. A diferencia de éste, los resultados de esta serie fueron recabados en niños que se asisten en el subsector público de salud en un hospital de referencia nacional. Si bien no se analizó el nivel socioeconómico, se obtuvo el dato del nivel de instrucción de los padres. La mayoría no había completado secundaria. No se halló relación entre el nivel de instrucción y el perfil de uso de psicofármacos. Para establecer relaciones de este tipo se deberían diseñar estudios analíticos que incluyan niños procedentes de diferentes niveles socioeconómicos y usuarios de prestadores de salud públicos y privados.

En este trabajo se encontró que casi la mitad de los encuestados utilizaban más de un psicofármaco. Si bien no hay predominio sobre el uso de un solo fármaco, en valor absoluto, el total de niños que consumen dos o más psicofármacos debe considerarse alto. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud define politerapia como el uso de más de tres psicofármacos, se consideró para este estudio el uso de dos o más para analizar también el perfil de estas combinaciones, ante la escasa evidencia del beneficio de las asociaciones de psicofármacos en pediatría^(10,27). Como se mencionó previamente, la frecuencia del consumo de dos o más psicofármacos puede vincularse a que los pacientes incluidos son pacientes internados con más riesgo de comorbilidades psiquiátricas. Este patrón de uso coincide con el hallado en un estudio realizado en México, en el cual la mayoría requirió dos fármacos y en 1% se emplearon hasta seis⁽¹⁰⁾. La asociación más frecuentemente observada en

este estudio fue antipsicóticos con estabilizantes del humor, que no es la más referida a nivel internacional^(2,10). No se encontró evidencia ni recomendaciones que justifiquen esta asociación sobre otras. La asociación de risperidona con metilfenidato fue la segunda en frecuencia. Esta combinación es comúnmente utilizada en el tratamiento de TDAH en caso de no alcanzar el beneficio esperado con el uso inicial de metilfenidato. La falta de respuesta podría estar condicionada por la comorbilidad que presenten dichos pacientes^(14,15,18).

En este estudio no se analizaron motivos de prescripción ni diagnóstico. Futuros estudios son necesarios para profundizar en este aspecto. Solo de esta forma se podrá evaluar la calidad de la prescripción. Este no fue el objetivo de este estudio.

La mayoría de los cuidadores reconocían el o los síntomas principales por el cual los niños recibían el tratamiento, si bien, como se mencionó previamente, no se pudo ni se pretendía determinar una entidad diagnóstica. En este sentido cabe destacar que es posible que se transmite (o el cuidador asuma) el “por qué” y “para qué” de una indicación terapéutica sin que necesariamente se haya podido establecer definitivamente un diagnóstico nosológico.

Se destaca que un tercio de los encuestados realizaba cambios en las dosis indicadas según sus propios criterios (automonitoreo). Este hecho podría traducir la confianza en su capacidad para ajustar la dosis, la falta de información por parte de los profesionales, y de percepción de riesgo o banalización del uso de psicofármacos en la población pediátrica.

El médico que prescribe, repite y monitoriza el tratamiento fue mayoritariamente el psiquiatra, a diferencia de lo hallado en otros trabajos realizados en Estados Unidos y Brasil^(2,22). Esta diferencia podría atribuirse a las políticas de prescripción en cada lugar, al buen funcionamiento de las redes de atención primaria en estos países, o al mejor manejo por parte de los pediatras de la patología psiquiátrica, quedando a cargo del psiquiatra los pacientes con patologías más severas. De todos modos, sería importante en nuestro medio reflexionar al respecto del lugar que el pediatra debería ocupar en la prescripción de psicofármacos, especialmente en la monitorización y ajustes de los tratamientos. Es importante que los pediatras en nuestro medio estén familiarizados con la sintomatología que llevará al diagnóstico e inicio oportuno de un tratamiento y sobre todo del tipo de seguimiento que requieren estos pacientes. Antes de prescribirse se debe desarrollar un plan que incluya la monitorización de su efectividad y seguridad, información que se brindará al niño y su familia, garantizando el asentimiento del niño y el consentimiento de los padres o tutores^(4,13). En este sentido la referencia y contrarrefe-

rencia entre psiquiatra infantil y pediatra es fundamental para lograr que este continuo prescripción-monitorización se realice de la mejor forma.

Si bien en muchos casos no existió una sugerencia previa al psiquiatra para iniciar el tratamiento, en los que sí existió, la mayoría de las veces fue por parte del pediatra tratante. Llama la atención la poca sugerencia previa por parte de los maestros, ya que si bien no hay evidencia al respecto, existe la creencia de que en muchos casos son ellos quienes solicitan valoración por psiquiatra infantil o inicio de tratamiento. No obstante, es necesario recordar la posibilidad de que este hallazgo esté influenciado por el sesgo de memoria de los encuestados.

La frecuencia de uso de psicofármacos hallada en este trabajo se enmarca en el aumento del uso de psicofármacos en pediatría previamente expuesto^(2,7,9,14). Es necesario discutir la justificación o la indicación del uso para no exponer a esta población a un uso indebido. Al igual que para el uso de otros grupos terapéuticos en pediatría no siempre el uso se basa en evidencia sobre eficacia y seguridad obtenida en esta población. Muchos fármacos administrados a niños no se han estudiado en ensayos clínicos pediátricos rigurosos. Las compañías farmacéuticas (principales patrocinadores de la investigación en medicamentos) no son proclives a realizar estudios pediátricos por su complejidad, problemas éticos en poblaciones tan vulnerables y por los beneficios económicos limitados. En la Unión Europea, según la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), menos de 50% de los medicamentos pediátricos se han ensayado en niños, estimándose que las prescripciones de fármacos no autorizadas en niños hospitalizados son de 45%. Muchos productos, además, no tienen formulaciones pediátricas específicas, lo que plantea tanto dificultades prácticas como interferencias en el proceso de absorción y, secundariamente, en la distribución y metabolización de los fármacos. El resultado por ambos tipos de problemas es la exposición de la población pediátrica a situaciones de riesgo y a efectos adversos importantes, incluso inadvertidos⁽²⁸⁾.

El abordaje de estos pacientes debe ser integral, abarcando otras dimensiones más allá de la medicamentosa^(4,5,12,13). En este trabajo sólo la mitad de los niños y adolescentes recibían tratamiento psicoterapéutico. Quizá este resultado puede estar determinado por el tipo de asistencia a la que acceden los pacientes del HP-CHPR, los recursos técnicos disponibles en los centros de atención primaria de salud, o la falta de indicación de estos tratamientos por parte de los psiquiatras y/o pediatras.

Conclusiones

En esta población predominó el uso de risperidona, especialmente en politerapia. Se destaca la escasa frecuencia de tratamientos con enfoque multimodal. Es necesario reflexionar sobre el rol del pediatra en el monitoreo y coordinación de estos tratamientos.

Futuros estudios son necesarios para profundizar en el perfil de consumo a nivel nacional y su relación con el diagnóstico y patologías que motivan la indicación.

Agradecimientos

Al apoyo técnico de la Prof. Clínica Psiquiatría Pediátrica Dra. Laura Viola y a las Dras. Loreley García Clínica Pediátrica B y Nancy de Olivera Clínica Pediátrica C.

Referencias bibliográficas

1. **Viola L, Garrido G, Varela A.** Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 72(1):9-20.
2. **Pidano A, Honigfeld L.** Pediatric psychopharmacology: context, model programs, and considerations for care. *Psychiatr Serv* 2012; 63(9):929-34.
3. **Viola L, Garrido G.** Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos. *Rev Psiquiatr Urug* 2009; 73(2):157-68.
4. **DeMaso D, Walter H.** Tratamiento psicológico de los niños y adolescentes. En: Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B, eds. *Nelson tratado de pediatría*. 18 ed. Barcelona: Elsevier, 2009:105-50.
5. **Pascual-Castroviejo I.** Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Montevideo: Asociación Española de Pediatría, 2008:140-50. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>. [Consulta: junio 2014].
6. **American Psychiatric Association.** DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
7. **Nardelli N, Prieto N, Sandler E, Piola J.** Prevalencia de síndrome de déficit de atención con hiperactividad (AD/HD) en niños de edad escolar en algunos colegios primarios de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. *Retel* 2013; 39:23-33. Disponible en: http://www.sertox.com.ar/img/item_full/39003.pdf. [Consulta: junio 2014].
8. **Palacio J, Ruiz M, Bauermeister J, Montiel C, Henao G, Agosta G.** Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* 2009; 32: 3-16
9. **Speranza N, Goyeneche N, Ferreiro D, Olmos I, Bauger M, Oyarzun M, et al.** Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo. *Arch Pediatr Urug* 2008; 79(4):277-83.
10. **Lares I, Sosa M, Alanis R, Sánchez P, Guillé G, Loera V, et al.** Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital General de Durango, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2010; 67(1):27-36.

11. **Buttinghausen V, Cruz J, Elizalde L, Tapia D, Figueroa F, Huidobro A.** Frecuencia de administración de psicoestimulantes en escolares de primero a sexto básico en Talca. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2011; 49(3):258-64.
12. **Ramos Y, González J.** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Bol Pediatr* 2007; 47(200):116-24.
13. **Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management.** ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011; 128(5):1007-22. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1007.long>. [Consulta: junio 2014].
14. **Díaz Atienza J.** Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y del Adoles* 2006; 6(1):20-43.
15. **Farone SV, Buitelaar J.** Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(4):353-64.
16. **Mollejo E.** Psicofármacos en niños y adolescentes: revisión y situación actual. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2005; 25(95):141-50.
17. **Sauceda J.** Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43(5):369-71.
18. **Mulas F, Roselló B, Morant A, Hernández S, Pitarch I.** Efectos de los psicoestimulantes en el desempeño cognitivo y conductual de los niños con déficit de atención e hiperactividad subtipo combinado. *Rev Neurol* 2002; 35(1):17-24.
19. **Byrne S, Walter G, Hunt G, Soh N, Cleary M, Duffy P, et al.** Self-reported side effects in children and adolescents taking risperidone. *Australas Psychiatry* 2010; 18(1):42-5.
20. **Morant A, Mulas F, Hernández S, Roselló B.** Tratamiento farmacológico con risperidona en niños con trastornos en el comportamiento. *Rev Neurol* 2001; 33 (3):201-8.
21. **Martínez JC, Correa E.** Obesidad, diabetes e hiperlipidemia en niños y adolescentes como efecto metabólico de los antipsicóticos atípicos. *Trastor Ánimo* 2007; 3(1):43-54.
22. **Camargos W, Nicolato R.** Características das prescrições no transtorno de déficit de atencao/hiperatividade. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(3):195-9.
23. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Comunicado sobre Metilfenidato. Disponible en: <http://www.sociedaduruguay.org/2009/03/msp-comunicado-sobre-metilfenidato.html> [Consulta: junio 2014].
24. **Mateu E, Casal J.** Tamaño de la muestra. *Rev Epidem Med Prev* 2003; 1:8-14.
25. **O' Brien CP.** Adicción y abuso de drogas. En: Brunton L, Lazo J, Parker K, eds. *Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 11 ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003: 607-27.
26. **Míguez Passada MN.** La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. Buenos Aires: Estudios Sociológicos, 2012. Disponible en: <http://estudiosociologicos.org/portal/sujecion-cuerpos-dociles/>. [Consulta: mayo 2014].
27. **Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.** Glosario. Lima: DIGEMID, s.d. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload%5CUpLoaded%5CPDF/101_al_105_07.pdf [Consulta: mayo 2014].
28. **Medina A, Cabrera L, Bravo J, Cuadrado I, Saavedra J, Mellado M.** Comité de Medicamentos Pediátricos de la Asociación Española de Pediatría. Situación de uso de fármacos en niños: definiciones. Madrid: AEP, 2011.

Correspondencia: Dra. Noelia Speranza.
Correo electrónico: noeliasperanza@gmail.com

Anexo 1. Encuesta

Edad:..... Sexo: Historia Clínica:..... Institucionalizado: sí ___ no ___

¿El niño consume actualmente alguno de estos fármacos? (mostrar lista): sí ___ no ___ no sabe ___

Si la respuesta es no, entonces preguntar: Alguna vez consumió alguno de esos fármacos? : sí ___ no ___ no sabe ___

Si la respuesta a la pregunta del consumo actual es sí, continuar: ¿Cuál o cuáles?

Hace cuánto tiempo?: < 6 m ___ De 6 a 12 m ___ > 12 m ___ no sabe ___

Quién se lo indicó?: Psiquiatra ___ Pediatra ___ Neuropediatra (NP) ___ Otros ___ no sabe ___

Alguien lo sugirió previamente? No ___ Maestro ___ Padres ___ Pediatra ___ NP ___ Otros ___
No sabe

Sabe por qué lo recibe? Sí ___ no ___

Si responde que sí, por qué:

1. ¿Es muy inquieto, hiperactivo, se distrae mucho? _____
2. ¿Está muy triste o presenta cambios de humor? _____
3. ¿Es agresivo; con los animales, en la escuela, en casa? _____
4. ¿Tiene miedos y preocupaciones, se preocupa por todo? _____
5. Otros _____

¿Sigue en seguimiento con el médico que comenzó el tratamiento?

¿Quién controla el tratamiento? Psiquiatra ___ Pediatra ___ NP ___ No sabe ___ Otros ___

¿Quién repite las recetas? Psiquiatra ___ Pediatra ___ NP ___ No sabe ___ Otros ___

¿Usted ajusta el tratamiento según como vea al niño o siempre le da la misma dosis? Sí ajusto ___ No ajusto ___ No sabe ___

¿Quién administra la medicación la mayoría de las veces?

Padres o tutor ___ Otros ___

¿El niño recibe algún otro tipo de tratamiento no farmacológico? sí ___ no ___ No sabe ___

Si la respuesta es sí, ¿cual? Psicólogo ___ Otros ___

Nivel educacional de la persona a cargo:

Primaria: completa ___ incompleta ___

Secundaria: completa ___ incompleta ___

Terciaria: completa ___ incompleta ___

Otros (UTU): _____

No corresponde (niño institucionalizado): _____

El niño concurre al jardín, escuela o liceo? Sí ___ No ___ No corresponde (por ser menor de 4 años) ___ No sabe ___

Si la respuesta fue sí:

Cursa el año que le corresponde para su edad _____

Retraso escolar ___ Fracaso escolar ___ Abandono _____

No sabe

A qué tipo de escuela concurre: común ___ especial ___ No sabe _____