

TRATAMIENTO CON LITIO EN NIÑOS PEQUEÑOS, EFECTOS SECUNDARIOS

En 1986, Weller y cols., publicaron un primer trabajo sobre la litioterapia⁽¹⁾. Otros autores han informado de mejorías con litio en niños prepuberales con trastorno bipolar, trastorno bipolar, trastorno de conducta y conducta agresiva, siendo particularmente escasa las publicaciones sobre los efectos adversos del litio en la infancia. Por esto, Weller y cols., recientemente han retomado el tema, en un estudio retrospectivo, para plantearse los efectos adversos del litio en la infancia.

En este trabajo⁽²⁾ estudian los efectos tóxicos y los adversos presentados por 20 niños, *de 4 a 6 años de edad*, afectados de un trastorno agresivo o del humor, durante la fase de inicio del tratamiento con litio. También revisan las relaciones entre la aparición de efectos adversos y la dosis de litio, el nivel sérico de litio, medicaciones administradas concomitantemente y factores individuales tales como: aclaramiento de creatinina y enfermedad médica concurrentes.

La muestra corresponde a los menores de siete años que iniciaron tratamiento con litio durante un período de cinco años en una unidad hospitalaria infantil, excluyendo los niños con una enfermedad neurológica conocida o con retraso mental. Todos ellos presentaron una conducta agitada (síntoma diana correspondiente al 40% que recibió el litio para estabilización tímica o para sintomatología bipolar) o agresiva (síntoma diana en el 60%) que requirió una estabilización en un marco hospitalario. Reuniendo así 20 niños: entre los 4 años y 5 meses y los 6 años y 10 meses (media \pm desviación estándar (DE): $5,8 \pm 0,6$ años). La mayoría (n= 18) eran niños. Con una duración del ingreso entre 14 y 63 días (estancia media \pm DE: 32 ± 16 días).

Los niños fueron evaluados según un protocolo establecido que incluía entrevistas clínicas y estructuradas de los padres respecto a sus hijos y entrevistas clínicas y exámenes físicos de los niños así como una valoración estandarizada de laboratorio.

Resultados. Los efectos secundarios ocurren frecuentemente: 12 niños (60%) manifestaron efectos colaterales en uno o más sistemas orgánicos. Los más comunes son los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) como temblor, somnolencia, ataxia o confusión (n= 10, 50%), seguidos por los efectos gastrointestinales (como malestar abdominal, náuseas, vómitos o diarrea, n= 5, 25%) y los efectos oculares (p.e.: visión borrosa: n=2, 10%). La mayoría (n=8, 40%) experimentaron efectos adversos molestos (notados sin requerir una respuesta médica urgente como náuseas o temblor) mientras que en cuatro niños (25%) fueron graves (obligando a la suspensión del tratamiento con litio).

Los efectos secundarios están relacionados con las dosis de litio más altas (mg/Kg), los niveles séricos de litio más altos y

la presentación concurrente de una enfermedad médica (como diabetes mellitus, faringitis, otitis media o sinusitis),

Concluyendo con la siguiente directriz para la utilización del litio en niños de 4 a 6 años de edad:

- 1) La dosis, inicial de litio de 30 mg/Kg por día, como aconsejó en 1986 Weller y cols.⁽¹⁾ se presenta como la apropiada para los niños de este grupo de edad, aunque dosis mayores pueden ser toleradas más tarde en el tratamiento.
- 2) Los niveles séricos de litio mayores de 1,20 mEq/l no son bien tolerados.
- 3) La determinación diaria de los niveles de litio durante las dos primeras semanas de tratamiento puede ser necesaria para controlar la potencial toxicidad.
- 4) Los niños deben ser cuidadosamente controlados por los efectos adversos durante las primeras semanas de tratamiento.
- 5) El litio debe ser administrado con cautela durante cualquier enfermedad médica aguda o crónica.

Considerando, finalmente, que es un tratamiento que requiere un médico con una amplia experiencia en psiquiatria y/o tener listo el acceso para consulta con un psiquiatra de un centro psiquiátrico terciario o un farmacólogo pediátrico.

PREVALENCIA Y PATRONES DE USO DE PSICOTROPICOS Y VITAMINAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON AUTISMO

El objetivo de este trabajo reseñado⁽⁴⁾ fue examinar la prevalencia y los patrones de los tratamientos con medicación psicotrópica, anticomicial y vitamínica en pacientes con autismo.

Con este objeto, Aman y cols. enviaron por correo cuestionarios de exploración a los cuidadores de 1595 casos registrados de autismo, repitiendo el envío del cuestionario dos veces en caso de no recibir la respuesta.

Resultados. Respondieron un total de 838 cuidadores (53%) a la encuesta. El 33,8% de la muestra estaba tomando algún fármaco psicotrópico o vitamina para el autismo o los problemas conductuales/psiquiátricos asociados. Más del 50% (53,3%) estaba tomando algún fármaco. Un 19,2% informó tener epilepsia, pero solamente un 13,2% estaban tomando medicación anticomicial.

Los fármacos psicotrópicos más frecuentemente prescritos eran: los neurolepticos (12,2%, destacando la tioridacina), psicoestimulantes (6,6%, a pesar de la sugerida en alguna ocasión contraindicación en el autismo), ansiolíticos e hipnóticos (6,3%), antidepressivos (6,1%, destacando la clomipramina), antihipertensivos (4,4%, clonidina y propranolol para problemas de conducta) y estabilizadores del humor (3,9%).

El 22,1% de los sujetos estaba tomando un fármaco psicotropo, el 6,4% tomaba dos, el 1,7% tomaba tres y el 0,4% tomaba 4.

De los que tomaban vitaminas (n= 161, 19,2%), 42 (5% de la muestra) estaban usando suplementos especialmente dirigidos para el tratamiento del autismo (dimetilglicina y vitamina B6 con o sin magnesio).

De los fármacos utilizados, los responsables del cuidado de los pacientes estaban más satisfechos con los anticonvulsivos, los antidepresivos y los estimulantes en este orden.

En cuanto a la predicción del uso de medicación los resultados se pueden resumir con los siguientes:

- 1) El uso de cualquier tipo de psicotropo viene pronosticado por la edad y el tipo de alojamiento. Para cada año de edad, la probabilidad de recibir alguna forma de medicación se incrementa en aproximadamente un 3,2%. Los sujetos que viven en alojamientos asistidos o en otros marcos tienen una probabilidad del doble de recibir psicofármacos que aquellos que viven con sus familias.
- 2) El grado de retraso mental es un predictor del uso de neurolépticos y anticonvulsivos. Los sujetos con un nivel de retraso de moderado a profundo tienen una probabilidad 3,3 veces mayor de ser medicados con neurolépticos y de cinco veces de ser medicados con

anticonvulsivos que aquéllos sin retraso mental o con un retraso ligero.

75

PREDICTORES DE RESPUESTA CLÍNICA AL METILFENIDATO EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Buitelaar y cols.⁽¹⁾ examinan los patrones individuales de respuesta al metilfenidato (MF) en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y examinan los factores que predicen la respuesta al fármaco.

Partiendo de los datos de un estudio doble ciego, comparación controlada metilfenidato y pindolor (beta-bloqueador) con placebo, los autores examinan los predictores de respuesta y la respuesta a una dosis única de 10 mg de MF.

Resultados. Los predictores de una fuerte respuesta al MF fueron: alto CI, considerable hipoprosxia en el aula escolar, edad joven, baja gravedad del trastorno, y bajos niveles de ansiedad en casa. La respuesta positiva a una dosis única de MF mejora significativamente la predicción de respuesta al MF, en casa y en la escuela, de los otros indicativos menos rigurosos señalados anteriormente.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Weller EB, Weller RA, Fristad MA. Lithium dosage guide for prepuberal children: a preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986;**25**:92-95.
- 2 Hagino OR, Weller EB, Weller RA, Washing D, Fristad MA, Kontras SB. Untoward effects of lithium treatment in children aged four through six years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:1584-15/90.
- 3 Aman MG, Van Bourgondien ME, Wolford PL, Surphare G. Psychotropic and anticonvulsant drugs in subjects with autism: prevalence and patterns of use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:1672-1681.
- 4 Buitelaar JK, Van der Gaag RJ, Swaab-Barneveld H, Kuiper M. Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:1025-1032.