

Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual:

Directrices internacionales
para el uso de medicamentos

Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual:

Directrices internacionales para el uso de medicamentos

Edición Europea
World Psychiatric Association (WPA).
Sección de psiquiatría de la discapacidad intelectual (SPID)

(Editores: S. Deb, L. Salvador Carulla, J. Barnhill, J. Torr,
E. Bradley, H. Kwok, M. Bertelly y N. Bouras)

Versión en castellano
Juan Carlos García Gutiérrez, Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía
y Luis Salvador Carulla.

Traducido del inglés por Virginia Otón



La presente edición española ha sido realizada por:



World Psychiatric Association (WPA). Grupo de trabajo:
Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual (SPID)

Profesor Shoumitro Deb, MBBS, FRCPSych, MD (Director)
(Reino Unido)
Clinical Professor of Neuropsychiatry & Intellectual Disability,
University of Birmingham & Warwick Medical School, Reino
Unido (s.deb@bham.ac.uk)

Profesor titular Luis Salvador-Carulla, MD, PhD (España)
Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Cádiz, España,
Asesor del Departamento de Salud Mental, Gobierno
Autonómico de Cataluña (luis.salvador@telefonica.net)

Profesor Jarrett Barnhill, MD, DFAPA, FAACAP
(Estados Unidos) Profesor of Psychiatry,
University of North Carolina School of Medicine
(jarrett_barnhill@med.unc.edu)

Dr. Jennifer Torr, MBBS, MMed (Psiquiatría), FRANZCP
(Australia)
Director of Mental Health, Centre for Developmental Disability
Health Victoria, Monash University
(jenny.torr@med.monash.edu.au)

Dr. Elspeth Bradley, MBBS, PhD, FRCPC (Canadá), FRCPSych
(Reino Unido)
Vice President Medical Affairs and Chief of Staff,
Servicios médicos, Surrey Place Centre,
Profesor asociado, departamento de psiquiatría, University of
Toronto (e.bradley@utoronto.ca)

Dr. Henry Kwok, FRCPSych (Reino Unido), FHKAMP
(Psiquiatría), FHKCPSych (Hong Kong-China)
Head, Psychiatric Unit for Learning Disabilities,
Hospital Kwai Chung, Hong Kong, China
(kwokwmh@ha.org.hk)

Dr. Marco Bertelli, MD (Italia)
Presidente de la Sección de Psiquiatría de la Discapacidad
Intelectual de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)
Italian Society for the Study of Mental Retardation, Florencia
(bertelli.fi@tiscali.it)

Profesor Nick Bouras, MD, PhD, FRCPSych (UK)
Emeritus Professor of Psychiatry, Institute of psychiatry,
Londres,
Director de Maudsley International, Londres, Reino Unido
(nick.bouras@iop.kcl.ac.uk)

El grupo de trabajo agradece la colaboración de Gemma Unwin
(g.l.unwin@bham.ac.uk) para la edición de este documento.

Versión en castellano

Profesor Juan Carlos García Gutiérrez, MD, PhD (España)
Profesor de Psicología Médica, Universidad de Cádiz
Psiquiatra Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de
Puerto Real, Cádiz
(jcgarciagutierrez@hotmail.com)

Mencia Ruiz Gutiérrez-Colosía (España)
Psicóloga Investigadora Asociación Psicost
(mencia.ruiz@gmail.com)

Virginia Otón
Traducción del inglés

Profesor Luis Salvador-Carulla, MD PhD (España)
Profesor titular de Psiquiatría, Universidad de Cádiz, España,
Asesor del Departamento de Salud Mental, Gobierno
Autonómico de Cataluña
(luis.salvador@telefonica.net)

Diseño, maquetación e impresión:
ZINK soluciones creativas

Dep. legal: AV-13-2010

Impreso en España

Índice

Sección	Título	Página
1	Sobre esta guía	6
2	Introducción	7
3	Fundamentos para la prescripción de medicamentos	9
4	Recomendaciones básicas	13
5	Datos sobre riesgos asociados a la administración de fármacos a adultos con discapacidad intelectual y problemas de conducta	17
6	Efectos secundarios	18
7	Elección de la medicación	18
8	Medicación intramuscular	19
9	Interrupción del tratamiento	19
10	Poliprescripción	23
11	Datos que justifican la retirada de la medicación en pacientes que llevan tomando más de un medicamento durante un periodo largo de tiempo	25
	Anexo 1: Evaluación	29
	Anexo 2: Formulación	34
	Anexo 3: Situaciones de aplicación de tratamiento farmacológico	35
	Anexo 4: Medicación psicotrópica más utilizada	36
	Bibliografía	39
	Gráfico 1	15
	Gráfico 2	21

Sobre esta guía

La realización de esta guía pretende servir de orientación a quienes consideran la posibilidad de recetar fármacos en el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. La guía es una adaptación para un público internacional de unas directrices nacionales del Reino Unido (www.ld-medication.bham.ac.uk). La guía británica original sigue los criterios para la elaboración de directrices del Instituto británico para la excelencia clínica y sanitaria (National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE, nice.org.uk), y se evaluó siguiendo los criterios para la elaboración de directrices internacionalmente aceptados 'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation' (AGREE, 2001). Estas directrices se basan en los datos y pruebas científicas y clínicas actualmente disponibles y en el consenso médico.

Un grupo de trabajo del Departamento de psiquiatría de la discapacidad intelectual (SPID por sus siglas en inglés) de la World Psychiatric Association (WPA) (véase detalle de sus miembros en la página 2) estudió las directrices del Reino Unido para elaborar sobre esa base estas directrices internacionales. Las Directrices internacionales van en línea con otras guías y documentos internacionales elaborados por la WPA, como 'Psiquiatría para la persona' (Mezzich, 2007) y la 'Declaración de consenso sobre el uso y la utilidad de fármacos antipsicóticos de segunda generación' (disponible en inglés en www.worldpsychiatricassociation.org/content/consensus.shtml).

Estas directrices no recomiendan ni desaconsejan la utilización de medicamentos para el tratamiento de los problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Tal decisión debe tomarse tras haber valorado cuidadosamente todos los posibles beneficios y los riesgos potenciales que conlleva el tratamiento. Este documento proporciona ciertas medidas de precaución que pueden servir a los profesionales de la salud que estén considerando

la posibilidad de prescribir medicamentos. Estos profesionales deberán tener en cuenta completamente estas directrices durante el ejercicio de su juicio clínico. Sin embargo, la guía no está por encima de la responsabilidad individual de los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones adecuadas a las circunstancias de cada situación particular.

Esta guía no profundiza en las indicaciones para escoger determinado medicamento para el tratamiento de los trastornos de conducta en adultos con discapacidad intelectual, sino que presenta una serie de recomendaciones para la práctica clínica relativa al empleo de medicación para el manejo de los problemas de conducta en personas mayores de 18 años con discapacidad intelectual. Se han tenido en consideración todos los fármacos relevantes y otros temas relacionados.

Asimismo se recomienda la aplicación de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual, aunque esta guía no pretende profundizar en la recomendación de determinados tipos de intervención específica. Se tiene en cuenta que hay grandes diferencias en los modelos de servicios, formación y recursos en el mundo, por lo que no se podrán aplicar todas las recomendaciones en todo momento y en todos los lugares. Sin embargo, dado que los consejos incluidos en esta guía son muy generales, los principios fundamentales se mantienen. Es de esperar que, siempre que la limitación de recursos lo permita, los profesionales de la salud intentarán, en lo posible, seguir en su práctica diaria las recomendaciones incluidas en estas directrices. La presente guía pretende facilitar el proceso de atención a estos pacientes y mejorar la manera en que se afrontan los trastornos de conducta, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

Introducción

int

La terminología para referirse a este problema varía mucho en distintos países, de manera que a lo largo de este manual se hablará de “discapacidad intelectual” para hacer referencia a “trastornos del aprendizaje”, “problemas de aprendizaje” o “retraso mental”. Algunos adultos con discapacidad intelectual desarrollan problemas de conducta. Un problema de conducta en este contexto se define como un comportamiento socialmente inaceptable que provoca angustia, daño o desventajas para la propia persona y los demás o daño a la propiedad, y que por lo general requiere algún tipo de intervención. El término “problema de conducta” en este contexto incluye términos como “trastorno de conducta” o “conducta desafiante”. Son problemas de conducta, por ejemplo, la agresión verbal, la autoagresión (conducta autolesiva), la agresión física hacia otras personas o hacia la propiedad.

fund >>

3. Fundamentos para la prescripción de medicamentos

3.1. Evaluación y formulación

El objetivo fundamental no es el tratamiento del problema de conducta en sí sino descubrir y tratar la causa subyacente del mismo. Sin embargo, como no siempre es posible descubrir la causa de un trastorno de conducta, la estrategia de tratamiento en este caso consistirá en minimizar el impacto del comportamiento en el paciente, en otras personas y en su entorno.

Puede haber diversas causas para los problemas de conducta, como la discapacidad intelectual o física. En la aparición de un trastorno de conducta contribuyen tanto los factores internos a la persona (experiencias infantiles negativas, estrategias erróneas de afrontamiento, etc.) como los externos (un entorno hipo o hiperestimulante, etc). En ocasiones el comportamiento problemático no es más que una vía de comunicación, como por ejemplo en el caso de personas con una discapacidad intelectual profunda que, si no saben hablar ni utilizar un lenguaje de signos, emiten gritos para expresar que padecen dolor y no pueden transmitir este mensaje de otro modo. En ocasiones un trastorno de conducta sirve a las personas con discapacidad intelectual para expresar lo que les gusta o lo que no.

Por ello, de manera previa al tratamiento de un trastorno de conducta es requisito fundamental realizar un estudio pormenorizado de las causas del comportamiento y de sus consecuencias, así como una formulación (véase Anexo 1). Para que la evaluación y la formulación sean correctas (véase Anexo 2), la información ha de obtenerse de distintas disciplinas y de las propias familias y tutores, para lo cual es recomendable elaborar el diagnóstico

mediante una formulación axial y multidimensional (véase DC-LD Reino Unido; RCPsych, 2001 y DM-ID, Estados Unidos; Fletcher et al, 2007). La evaluación incluirá aspectos personales, psicológicos, sociales, ambientales, médicos y psiquiátricos. La formulación se realizará incluso si el paciente no cuenta con diagnóstico médico o psiquiátrico. Según recomendaciones del programa institucional de psiquiatría para las personas de la WPA, el diagnóstico psiquiátrico previo al tratamiento con psicotrópicos podrá realizarse desde un enfoque centrado en la persona y con una evaluación ideográfica (Mezzich, 2007).

3.2. Información aportada por la persona con discapacidad intelectual y su familia y tutores

Una evaluación y formulación correctas dependerán de la información obtenida de la persona con discapacidad y de su familia y tutores. Dicha información se recogerá en todas las etapas del tratamiento. Es importante que la comunicación a la persona con discapacidad intelectual de toda la información disponible se realice de manera comprensible para ella, lo que puede suponer mayor tiempo y esfuerzo por parte de la persona que prescribe el tratamiento farmacológico y de las demás personas que constituyen el equipo multidisciplinario. Es posible que requiera también la aplicación de una metodología innovadora para que la información sea accesible, que incluya, por ejemplo, dibujos.

3.3. Información multidisciplinar

En el proceso de aplicación, puesta en marcha y control de las distintas posibilidades de tra-

tamiento será necesario contar con información multidisciplinar, lo que implica gran cantidad de recursos que pueden no estar disponibles en la fase de formulación inicial. Si se estima necesario habrá que intentar obtener esa información multidisciplinar necesaria en el proceso de tratamiento de trastornos de conducta.

3.4. ¿Cuándo se considera la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico?

Si existe una causa física o psicológica evidente al origen del problema de conducta, deberá tratarse adecuadamente. En caso de que se someta al paciente a un tratamiento farmacológico por un trastorno psiquiátrico subyacente se aplicarán las directrices adecuadas sobre el uso de medicación para el tratamiento de trastornos psiquiátricos (véase WPA, Mezzich, 2007; NICE, Reino Unido, www.nice.org, etc.).

Si no se aprecia trastorno psiquiátrico alguno se considerará el tratamiento no farmacológico en función de la formulación. En ocasiones se puede recetar medicación tras haber valorado las opciones de tratamiento no farmacológico, ya sea para aplicarse como tratamiento per se o como complemento a dicho tratamiento no farmacológico.

La implementación de una estrategia de tratamiento farmacológico o no dependerá de circunstancias individuales y por tanto escapa al objeto de estas directrices (véase Anexo 3). Sin embargo, se podrá proporcionar asesoramiento y mejorar factores ambientales y sociales mediante ocupaciones más agradables para pasar el día, con lo que será posible contribuir

a la mejora del bienestar psicológico del paciente y administrar de manera simultánea la medicación para disminuir su ansiedad. Esta estrategia se supervisará cuidadosamente de manera regular para verificar su eficacia, dado su carácter de solución temporal.

3.5. Supervisión de la eficacia de la intervención

La supervisión de la eficacia del tratamiento se realiza de manera regular. Incluirá evaluaciones objetivas con información aportada por la persona con discapacidad intelectual y/o su familia y cuidadores, así como cualesquiera otras personas de diversas disciplinas implicadas en su tratamiento. Dicha evaluación consistirá, por ejemplo, en un control de conductas y de efectos secundarios, informes de la familia y cuidadores, reconocimiento médico directo del estado mental y físico, y si se estima necesario pruebas tales como análisis de sangre, electrocardiograma, etc.

Conviene identificar a una persona de referencia que recopile la información sobre la puesta en marcha del tratamiento, sus resultados y los efectos secundarios que haya podido tener, para que ejerza de mediador con los profesionales médicos. Asimismo conviene que esa misma persona supervise esta situación durante un determinado periodo de tiempo, para así poder dar continuidad y además contribuir al establecimiento de una relación terapéutica. Sin embargo, es importante en cada momento que la persona con discapacidad intelectual o sus familiares se muestren de acuerdo con la elección de esta persona de contacto y su implicación continuada.

En cada fase de supervisión se intentará valorar y reevaluar la formulación y el plan de tratamiento, con el objetivo de que la dosis de medicación prescrita sea la menor posible y durante el periodo de tiempo mínimo necesario. Asimismo se considerarán de manera regular estrategias para establecer un tratamiento no farmacológico y retirar la medicación.

3.6. Prescripción de medicamentos desde un enfoque centrado en la persona

El tratamiento de trastornos de conducta tendrá siempre un enfoque centrado en la persona. Dependerá del paciente y/o de sus cuidadores, que podrán influir en él en interés del paciente. Toda prescripción médica se realizará en el marco de un plan de atención sanitaria más amplio, centrado en la persona con discapacidad intelectual, y nunca de manera aislada.

Conviene tener en cuenta las creencias y actitudes de la persona con discapacidad intelectual o de sus cuidadores respecto al problema de conducta, las causas del mismo y la manera de afrontarlo. En algunos casos, puede mostrar preferencia por la aplicación de medicación por inyección frente a la vía oral, o los preparados solubles a las pastillas, u otras alternativas no farmacológicas que incluyan a profesionales de la salud locales o de tipo tradicional.

Algunos pacientes consideran que el tratamiento les permite participar en mayor medida en la familia y en la sociedad, aunque para otros puede dars precisamente lo contrario. El ritmo de la medicación se adaptará al horario laboral si es preciso. Algunos medicamentos están contraindicados para determinadas personas por sus efectos secundarios.

3.7. Comunicación / Información

Se explicará de manera clara el plan de tratamiento a la persona con discapacidad intelectual y/o a su familia y cuidadores. Se informará asimismo a los demás profesionales implicados en la atención a esta persona en función de sus necesidades informativas. Este proceso se revisará periódicamente. Para trasladar información sobre el tratamiento a la persona con discapacidad y a su familia o cuidadores puede ser necesario un especial cuidado y un enfoque innovador. En la medida de lo posible se fomentarán un método de comunicación basado en la evaluación del habla y del lenguaje.

3.8. Cumplimiento terapéutico

Se observará atentamente el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. Diversos factores afectan la observación de las prescripciones médicas, entre otros, las expectativas sobre el tratamiento por parte de la persona con discapacidad intelectual o sus cuidadores y la dinámica de funcionamiento en el entorno familiar o de los cuidadores. En determinados casos, se recomienda realizar formación psicológica para contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico, especialmente para informar sobre las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios del tratamiento.

3.9. Aspectos legales / Capacidad y consentimiento / Cuestiones morales

El tratamiento de problemas de conducta cumplirá con la normativa establecida en el marco legislativo nacional. Los profesionales de la salud estarán obligados a documentar debida-

mente la evaluación que hacen de la capacidad de consentimiento de la persona a la que prescriben un tratamiento. En caso de incapacidad del paciente, se buscará un acuerdo entre el equipo multidisciplinario y la familia o cuidadores de la persona con discapacidad intelectual para intentar satisfacer sus intereses. En algunos países se nombra a una persona que toma las decisiones en nombre del paciente incapacitado.

Deben tenerse en cuenta aspectos éticos tales como la administración de un tratamiento a una persona incapacitada sin que ésta lo sepa. En estos casos, y tras valorar el interés del paciente, el médico recurrirá a una decisión multidisciplinaria consensuada (considerando las opiniones de cuidadores o familiares próximos si se considera oportuno). Esta decisión se revisará periódicamente.

El gráfico 1 incluye los principales aspectos mencionados

rec >>>

4. Recomendaciones básicas

4.1. Para la prescripción de medicamentos para el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual se describen las siguientes buenas prácticas

- La medicación sólo se empleará en beneficio del paciente.
- Se considerarán todas las opciones de tratamiento no farmacológico antes de recetar un medicamento, de manera que sólo se prescribirá medicación si es necesario o como complemento de un tratamiento no farmacológico.
- Si es posible se tendrán en cuenta todos los datos que demuestren la rentabilidad de uso del medicamento. En muchos países el precio del medicamento y el poder adquisitivo para poder pagárselo son aspectos que se tienen que valorar.
- Se valorará toda la información sobre la eficacia o no de anteriores tratamientos.
- Se recogerán los detalles de toda intervención anterior que produjera efectos secundarios inaceptables.
- Se tendrá en cuenta las consecuencias que tenga sobre el plan de tratamiento la disponibilidad o no de ciertos servicios y terapias.
- Se respetarán los protocolos y directrices locales y nacionales que sean de aplicación. En caso de grave discrepancia entre esta guía y las directrices locales, contacte con las personas responsables

de las directrices locales y/o con alguno de los autores de esta guía para obtener mayor información y poder tomar una decisión.

4.2. Si se decide prescribir medicamentos, se recomienda lo siguiente

- El médico se asegurará de que se haya realizado un reconocimiento físico adecuado y las pruebas médicas necesarias.
- El médico se asegurará de que se realicen de forma periódica las pruebas médicas necesarias, tales como análisis de sangre y electrocardiogramas, y de que se comuniquen los resultados a aquellas personas que puedan necesitar esta información.
- Cuando el medicamento que prescribe al paciente se está empleando fuera de su indicación habitual, el médico deberá indicárselo al paciente y/o a su familia o tutor. En ese caso, deberá explicar los datos existentes, y la relevancia de los mismos, que justifiquen la aplicación de dicha medicación.
- El médico identificará a una persona de referencia que se asegure de la correcta administración de la medicación y comunique cualquier cambio a los interesados.
- Se identificará a una persona clave que supervise los avances del tratamiento, los resultados, cualquier modificación relevante de las condiciones y los efectos secundarios del tratamiento. Esta per-

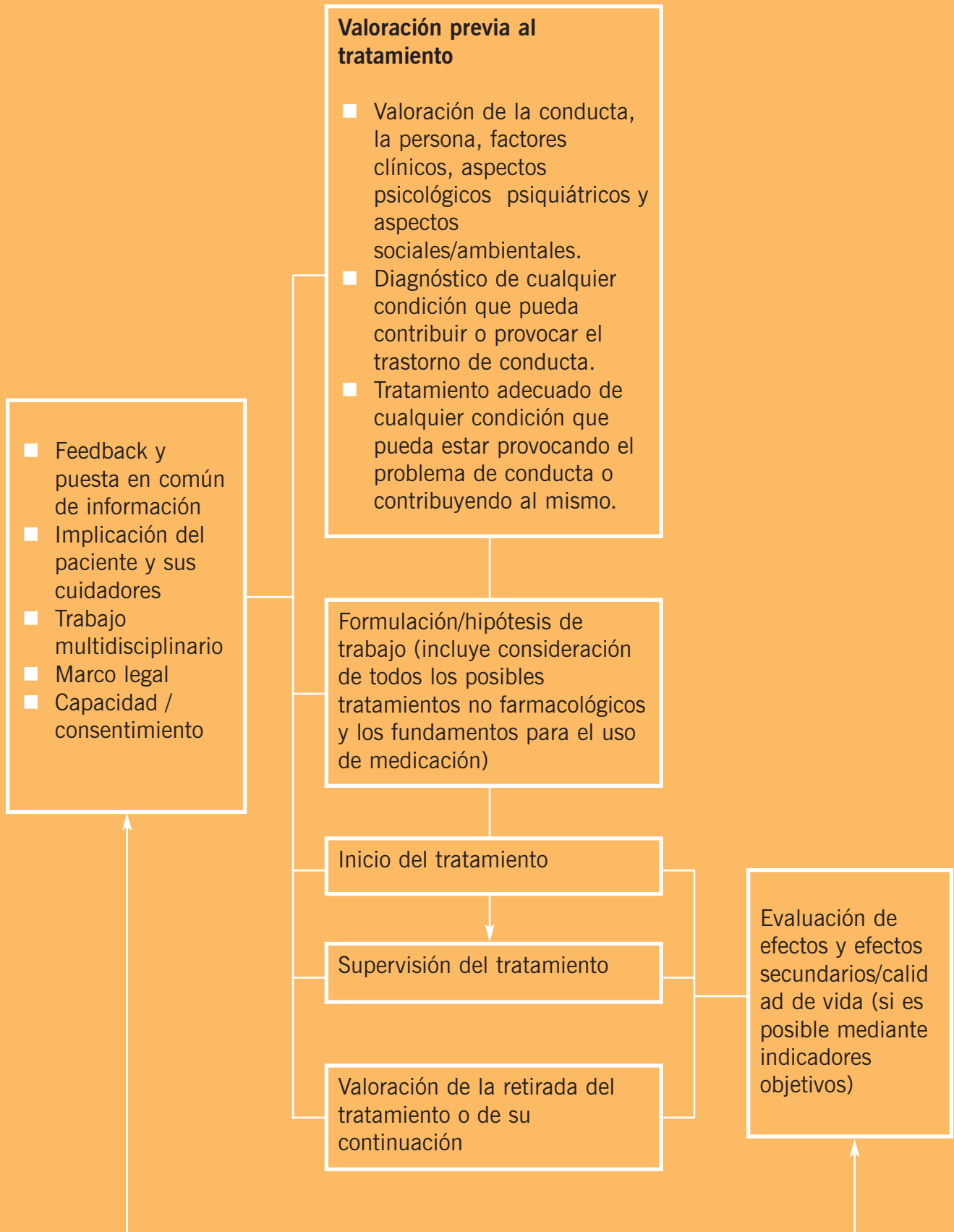
sona comunicará esta información el médico que prescribe el tratamiento.

- La persona con discapacidad intelectual, los miembros de su familia y/o los demás cuidadores tendrá los datos de contacto de esta persona, o una manera de contactar con ella para obtener información adicional o comunicar otros datos de interés y para acudir a ella en caso de emergencia.
- El médico entregará, siempre que sea posible, una copia escrita del plan de tratamiento al paciente y/o a su familia o tutor en el momento de prescribir el medicamento.
- En la medida de lo posible se establecerá un sistema objetivo para evaluar los resultados que incluya los efectos secundarios (se intentarán establecer unos marcadores objetivos para controlar la gravedad y la frecuencia del trastorno de conducta).
- El médico se asegurará de que se reali-

cen evaluaciones de seguimiento del tratamiento.

- Siempre que sea posible sólo se recetará un medicamento cada vez.
- Como regla general, se respetará la dosis de medicación estándar recomendada.
- No se superará la dosis máxima recomendada de medicación más que en circunstancias excepcionales y tras consultar debidamente con todas las personas implicadas respetando las precauciones adecuadas y sometiendo el proceso a revisión periódica.
- Se iniciará con una dosis baja para ir aumentándola lentamente.
- La medicación se administrará en la dosis menor necesaria y durante el mínimo tiempo posible.
- En todo momento del tratamiento se considerará la posibilidad de retirar la medicación y se explorarán otras posibilidades de tratamiento no farmacológico.

Gráfico 1: Procesos fundamentales asociados a la utilización de medicamentos para el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual



dat >>

5. Datos sobre riesgos asociados a la administración de fármacos a adultos con discapacidad intelectual y problemas de conducta

La mayor parte de los medicamentos conllevan un riesgo potencial asociado a los efectos secundarios que pueden producir, aunque la mayoría de estos datos proceden en gran medida de estudios realizados en pacientes psicóticos sin discapacidad intelectual. Hay datos actuales que muestran que, por ejemplo, antipsicóticos atípicos conllevan un cierto riesgo de producir aumento de peso, anomalías cardíacas y diversos trastornos metabólicos, como problemas de tolerancia a la glucosa, alteración del metabolismo lipídico y del de la prolactina.

No hay datos lo suficientemente contrastados que apoyen o refuten la sospecha de que las personas con discapacidad intelectual presentan mayor riesgo de padecer los efectos secundarios que la población general.

La poca información de calidad en este sentido no implica que la administración de fármacos conlleve un riesgo inaceptable específicamente en el caso de adultos con discapacidad intelectual.

Como consecuencia de esto, se proponen las siguientes recomendaciones:

6. Efectos secundarios

- Se recomienda informar al paciente y/o a su familia o cuidadores de cualquier efecto secundario importante y de gravedad que pudiera producirse en relación con el tratamiento (en la medida de lo posible, también por escrito y de manera accesible).
- Se informará de las medidas que hay que tomar en caso de que se produzcan efectos secundarios graves.
- Todos los efectos secundarios que se produzcan se registrarán debidamente.

Existen folletos de información accesible (en formato de lectura fácil), acompañados de versiones de audio, que describen el uso y los efectos secundarios de los 35 fármacos psicotrópicos más utilizados en el tratamiento de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Estos folletos se pueden descargar de manera gratuita en www.ld-medication.bham.ac.uk (sólo disponibles en inglés).

7. Elección de la medicación

En la actualidad no es posible recomendar ningún tipo de medicación específica para el tratamiento de un determinado trastorno de conducta dado que no hay datos que apoyen tal recomendación. Sin embargo, a continuación se recoge un resumen con los hallazgos obtenidos de un estudio realizado por un consenso médico entre psiquiatras que trabajan en el tratamiento de los problemas de conducta entre adultos con discapacidad intelectual en el Reino Unido (véase Unwin & Deb, 2008).

8. Medicación intramuscular

- Se recomienda administrar la medicación por vía oral siempre que sea posible, de manera que sólo se recurra a otras vías si es imposible o está expresamente contraindicado para el paciente.
- Se administrarán inyecciones subcutáneas de larga duración si existen problemas de incumplimiento terapéutico.
- Se considerará la posibilidad de administración la medicación de manera intramuscular por inyección si el adulto con discapacidad intelectual o sus cuidadores así lo solicitan.

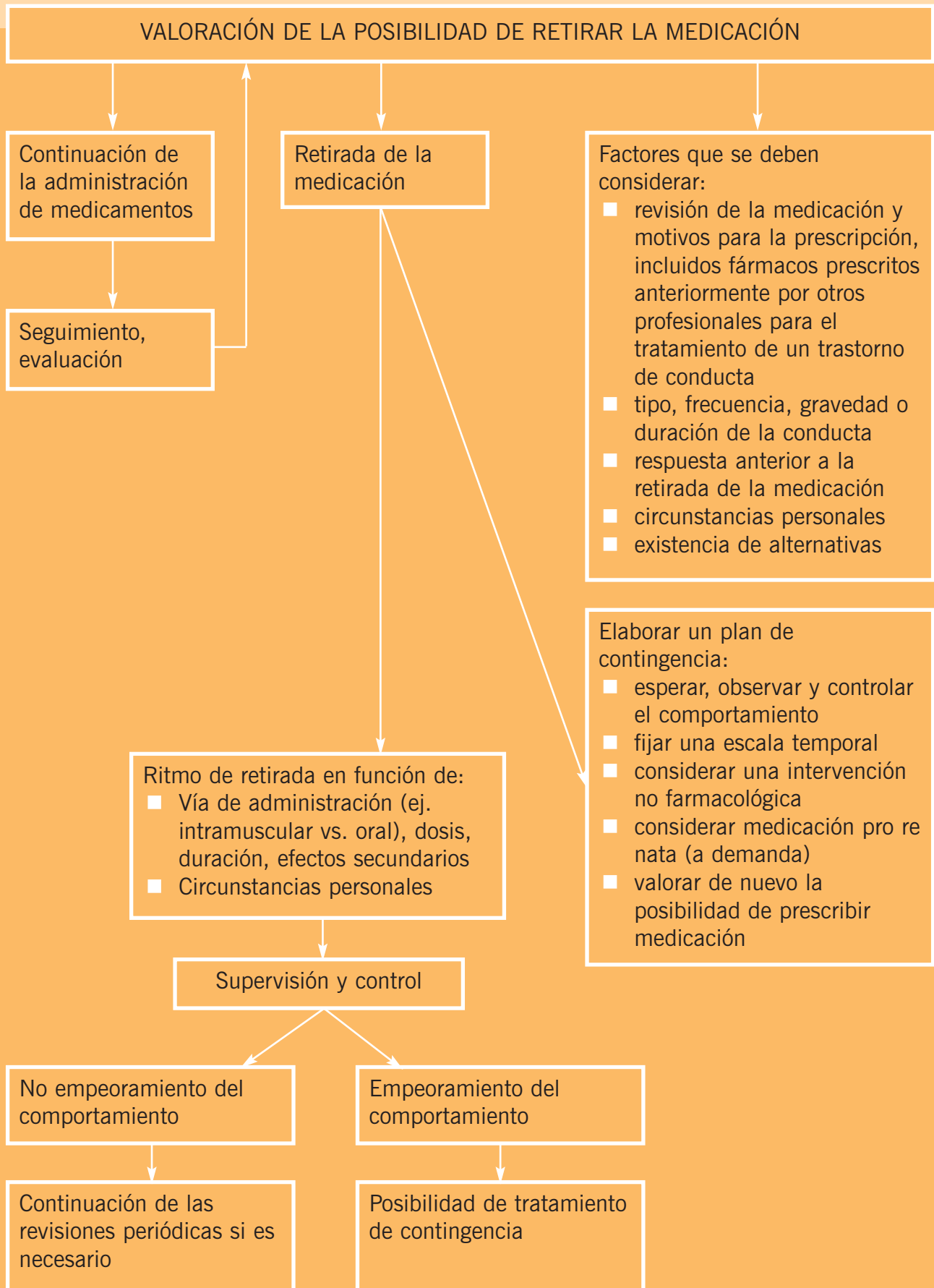
9. Interrupción del tratamiento

- El médico evaluará la relación riesgo-beneficio regularmente desde el momento en que recete la medicación, con particular énfasis en la calidad de vida del paciente y de su familia o cuidadores.
- Continuamente se considerará la posibilidad de reducir la dosis de medicación, retirarla completamente y explorar otras opciones de tratamiento no farmacológico.

9.1. Si el comportamiento reaparece tras la reducción de la dosis o la retirada de la medicación:

- El médico tendrá un plan de actuación en caso de recaída en el momento de empezar a valorar la retirada de la medicación (véase esquema; gráfico 2).
- El médico tendrá en cuenta los posibles efectos derivados de la retirada de determinados medicamentos y por ello dejará pasar el tiempo necesario antes de volver a valorar la posibilidad de administrar medicamentos de nuevo.
- El médico siempre tendrá en cuenta otros tratamientos no farmacológicos y reevaluará la formulación inicial y la argumentación lógica para el uso de medicamentos.

Gráfico 2: Esquema de valoración de la posibilidad de retirar la medicación



pol >>

10. Poliprescripción

Las personas con discapacidad intelectual suelen tomar distintos medicamentos para varios trastornos y enfermedades. Sin embargo, en este documento poliprescripción hace referencia a la prescripción de más de un medicamento para tratar el mismo problema, en este caso, el trastorno de conducta.

10.1 Datos que justifican la poliprescripción

No hay suficientes estudios sobre la combinación de medicamentos psicotrópicos para tratar los problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Por ello no es posible recomendar ninguna combinación de medicamentos que mejore la eficacia de la administración de un solo fármaco. Sin embargo, algunos estudios de observación sugieren que reducir la poliprescripción no sólo mejora la conducta sino que también influye positivamente en la calidad de vida del paciente.

A la luz de estos datos, se hacen las siguientes recomendaciones:

10.2. Si se prescribe un medicamento complementario, se tendrán en cuenta estas recomendaciones

- Si la medicación complementaria no es eficaz, se reevaluará la situación.
- Si hay que continuar con la medicación básica, quedarán registradas por escrito las razones que justifiquen el uso de más medicamentos para el mismo tratamiento de forma simultánea.
- No se recomienda la utilización de medicamentos complementarios de la misma categoría farmacológica (con excepción de los fármacos antiepilépticos en el tratamiento de la epilepsia).
- Si se comprueba que la combinación es eficaz, se intentará retirar o al menos reducir la dosis de uno de los medicamentos en el futuro.
- Siempre se considerará la posibilidad de realizar un tratamiento no farmacológico ya sea solo o combinado con la administración de medicamentos.
- Se intentará volver a una monoterapia en cuanto sea posible.
- Evitar la administración de más de dos medicamentos para el mismo tratamiento.
- Se administrarán más de dos medicamentos sólo en casos excepcionales.
- Se intentará contar con la opinión de otro médico si hay que administrar más de dos medicamentos simultáneamente.
- La administración de más de tres fármacos simultáneamente es difícilmente justificable a no ser que se apliquen para indicaciones diferentes, como por ejemplo si se tratan simultáneamente la epilepsia y un trastorno psiquiátrico.

11. Datos que justifican la retirada de la medicación en pacientes que llevan tomando más de un medicamento durante un periodo largo de tiempo

Los estudios sobre la retirada de la medicación demuestran que, tras un largo periodo de administración de la misma, es posible en algunos casos retirarla con éxito; en otros casos, se puede reducir la dosis aunque no sea posible la retirada total del medicamento y en algunos es difícil incluso reducir la dosis. Muchos factores influyen en el

éxito de la retirada de la medicación, incluidos algunos factores no clínicos como la formación y la actitud del personal de atención sanitaria. Sin embargo, con estos datos no es posible recomendar qué fármacos se pueden retirar y cómo hacerlo, pero se proponen las siguientes recomendaciones generales.



11.1. Tratamiento del problema de conducta en pacientes que llevan tomando más de un medicamento durante un periodo largo de tiempo

- Intentar estabilizar la conducta del paciente con el menor número de fármacos y con la dosis más baja que sea posible administrar, incluso sin ninguna medicación.
- Seguir las recomendaciones descritas en el apartado "Interrupción del tratamiento" de estas directrices.
- Retirar un sólo fármaco cada vez.
- Retirar la medicación de manera progresiva
- En caso de que sea necesario, dejar un tiempo (a veces varias semanas) entre la retirada de un medicamento y el inicio de la retirada de otro.

anexos



ANEXO 1: Evaluación

(El siguiente listado no pretende ser exhaustivo, aunque presenta un esquema amplio. No todos los casos requerirán la evaluación de todos los aspectos aquí contenidos).

Una evaluación debe tener en cuenta:

- el comportamiento
- la persona
- factores clínicos y físicos
- factores psicológicos
- factores psiquiátricos
- factores sociales
- factores ambientales (incluyen familia y factores económicos)

La evaluación del comportamiento problemático tendrá en cuenta los siguientes factores:

- el tipo y la naturaleza del comportamiento
- historial de trastornos de conducta
- valores de referencia en el comportamiento antes de los problemas de conducta actuales
- el punto de partida de la conducta
- la frecuencia, gravedad y duración del comportamiento
- conductas asociadas
- el impacto de la conducta en la vida de la persona, en la de los demás y en su entorno
- reacción del paciente, de otras personas y de otros servicios ante la conducta
- función de la conducta

ANEXO 1: Evaluación

Evaluación del riesgo

- Tipología y naturaleza de los riesgos:
 - riesgos para los demás
 - riesgos para uno mismo
 - riesgos para el entorno
 - otros riesgos (ej. historial delictivo)
- Metodología de evaluación de riesgos, como escalas de valoración, etc.
- Evaluación anterior de riesgos.
- Revisión de los riesgos.
- Registro periódico de las revisiones de reducción de riesgos.

Evaluación del paciente

- Puntos fuertes: habilidades, oportunidades, recursos (por ejemplo, en qué medida podrían contribuir en su familia, o en la sociedad).
- Necesidades: impacto de la discapacidad, carencia de servicios y recursos en su vida, necesidades físicas y psíquicas.
- Gustos, aversiones y preferencias y manera de expresarlas.
- Historia personal: social, psicológica, del desarrollo.
- Antecedentes de uso de los servicios.
- Dificultades en el establecimiento de relaciones satisfactorias, estilo de vida o intereses.

En este contexto, conviene tener una descripción de las rutinas semanales actuales y anteriores del paciente.

ANEXO 1: Evaluación

Factores clínicos y físicos

- Problema médico o dental crónico (ej. dolor de muelas).
- Condición física crónica (ej. bronquitis crónica).
- Estado clínico (ej. enfermedad cardíaca).
- Epilepsia.
- Otras condiciones neurológicas (ej. espasticidad).
- Trastorno genético (ej. síndrome de Lesch Nyhan).
- Alteración sensorial (ej. discapacidad visual o auditiva).
- Problemas de comunicación (ej. habla y comunicación).
- Discapacidad física (ej. parálisis).
- Factores relacionados con el consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- Medicamentos prescritos (ej. efectos secundarios).
- Historial clínico y de desarrollo relevante.

Factores psicológicos y psiquiátricos

- Trastornos psiquiátricos (ej. depresión).
- Historial relevante de desarrollo psicológico (ej. estrategias maladaptativas).
- Aspectos psico-emocionales (duelo, relaciones, abusos, etc.).
- Estrés de reciente aparición, continuo o recurrente.
- Dificultades para establecer relaciones satisfactorias.
- Trastornos del desarrollo, tales como los trastornos del espectro autista y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, incluida la conducta compulsiva.
- Factores neuropsicológicos:
 - discapacidad intelectual
 - trastorno de la memoria
 - trastorno por déficit de atención
 - deficiencia de las habilidades comunicativas
 - trastorno de la función ejecutiva
 - dificultad de la función del lóbulo frontal (apatía, falta de iniciativa)
 - bajo umbral de tolerancia al estrés

ANEXO 1: Evaluación

Factores sociales y ambientales (incluidos factores familiares y económicos)

- Descripción y valoración del entorno (condiciones de habitabilidad, como un alojamiento inadecuado) y de las actividades diarias
- Factores relativos a la interacción con otras personas (incluido personal médico o cuidadores)
- Cambios en el entorno.
- Influencia de los acontecimientos vitales.
- Relaciones con sus iguales, amigos, familiares y personal de atención sanitaria (también si se producen cambios).
- Efecto de las actividades diarias (también si se producen cambios).
- Efecto del tiempo dedicado al ocio (o la ausencia del mismo) y a las actividades diarias (también si se producen cambios).
- Estructura organizativa: sistemas y procedimiento (por ejemplo, un sistema de supervisión del servicio de atención, formación para los cuidadores, etc.).
- Ausencia de apoyo oportuno o adecuado para el paciente y su familia o cuidadores.
- Entorno hiper o hipoestimulante.
- Carencia (u oportunidades) de contacto social oportuno.
- Aspectos relativos a la integración en la sociedad, estigmatización y discriminación.
- Aspectos relacionados con los cuidadores, incluido el nivel de estrés y la falta de apoyo para ellos.
- Considerar los antecedentes de uso de servicios (incluyendo a profesionales locales de la salud o de tipo tradicional, etc.)

ANEXO 1: Evaluación

Factores familiares

- Expectativas de los familiares.
- Mecanismos de defensa o afrontamiento por parte de los familiares con respecto a la discapacidad o al problema de conducta y a sus causas y consecuencias (negación, estrategias de reacción, sublimación, etc.).
- Nivel de lastre social para la familia o los cuidadores (ventajas e inconvenientes).
- Diversos pensamientos y sentimientos respecto a la situación (por ej. algún tipo de sentimiento de culpabilidad, acusaciones, vergüenza, etc.).
- En la dinámica de relaciones familiares o entre familiares y cuidadores (lo que incluye nivel de apertura de la familia y tipo de actitud para la resolución de problemas).

Factores económicos

- Valorar el coste del tratamiento.
- Valorar si la persona con discapacidad intelectual o sus cuidadores pueden permitirse el tratamiento.
- Valorar la manera de mejorar la situación económica (existencia de ayudas gubernamentales o privadas)

ANEXO 2: Formulación

Como regla general la formulación constará de lo siguiente

- una lista de la conducta objetivo del tratamiento
- una descripción clara de la conducta, que incluya frecuencia y gravedad
- una evaluación de la conducta y sus causas
- un diagnóstico diferencial de las causas de la conducta problemática
- un historial de las reacciones a la conducta y resultados de la misma
- una evaluación de los factores de riesgo de predisposición, desencadenantes y perpetuantes
- valoración de todas las opciones de tratamiento y sus resultados
- fundamentación para la opción de tratamiento propuesta
- una evaluación del riesgo
- posibles efectos secundarios derivados de la intervención propuesta
- efecto previsto del tratamiento sobre la calidad de vida del paciente
- consideración de las creencias personales y de la dinámica familiar

ANEXO 3: Situaciones de aplicación de tratamiento farmacológico

A continuación se detallan algunas de las situaciones en que los médicos pueden considerar oportuno la aplicación de un tratamiento farmacológico:

- fracaso del tratamiento no farmacológico
- riesgo o pruebas de conducta autolesiva o sufrimiento del paciente
- riesgo o pruebas de agresión o daños a terceros o a la propiedad
- elevada frecuencia o gravedad del problema de conducta
- para tratar un trastorno psiquiátrico subyacente o un problema de ansiedad
- para calmar al paciente lo suficiente para que permita la aplicación de un tratamiento no farmacológico
- riesgo de crisis que obligue a internar al paciente
- buena respuesta previa a la medicación
- elección del paciente o de su tutor

Las presentes directrices no recomiendan que se apliquen tratamientos farmacológicos a causa de la falta de intervenciones no farmacológicas adecuadas o disponible, sino que se limita a reconocer que en la práctica puede darse el caso. Estas directrices recomiendan terminar con esta práctica en la medida de lo posible, o al menos minimizar su aplicación. En esos casos la medicación se utilizará durante el mínimo periodo de tiempo que sea necesario.

ANEXO 4: Fármacos psicotrópicos

Fármacos psicotrópicos más utilizados, dosis, efectos secundarios y pruebas necesarias.

Téngase en cuenta que no todos los fármacos mencionados en este apartado están disponibles a la venta en todos los países, al igual que puede haber otros medicamentos aquí no relacionados que se administren en determinados países.

Antipsicóticos

Entre los *antipsicóticos típicos* cuyo uso es más común figuran la clorpromazina, el haloperidol y la tioridazina (de uso limitado en el Reino Unido).

Entre los efectos secundarios que pueden producir estos fármacos se encuentran los efectos secundarios extrapiramidales, como distonía aguda (opistótonos con arqueo severo de la espalda hacia atrás), síntomas de Parkinson (temblor, rigidez, etc.), acatisia (inquietud interna y externa), distonía (movimientos lentos) y disquinesia tardía (efecto secundario duradero; movimientos anómalos que comienzan con los músculos orofaciales pero que también pueden afectar a las extremidades y a los hombros). Asimismo, sequedad bucal, visión borrosa y estreñimiento. Otros efectos secundarios son la disfunción cardíaca y sexual y los problemas metabólicos como el aumento de los niveles de prolactina. El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un efecto secundario grave de los antipsicóticos. Se producen fundamentalmente alteraciones del sistema nervioso autónomo como fiebre, tensión arterial elevada y rigidez muscular. Entre las pruebas de comprobación debe incluirse el control del índice de creatina quinasa muscular (CK-M). El tratamiento del SNM requiere la retirada inmediata de la medicación antipsicótica y la administración de un tratamiento sintomático.

Algunos *antipsicóticos atípicos* son la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, la clozapina, el aripiprazol, la piperidona, la amisulprida, la zotepina y el sertindol (de uso limitado en el Reino Unido). Estos fármacos afectan a los receptores D2/4, 5HT, alfa, H1, histamina, etc.

Entre los posibles efectos adversos figuran los efectos secundarios extrapiramidales, el síndrome neuroléptico maligno, el síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa (que produce diabetes mellitus), hiperprolactinemia, hiperlipidemias y aumento de peso. Otros efectos secundarios incluyen somnolencia, agranulocitosis (especialmente en tratamiento con clozapina); arritmia cardíaca (prolongación del intervalo QT) y disfunción sexual. La mayoría de los antipsicóticos son epileptógenos (especialmente una dosis elevada de clozapina), aunque probablemente los antipsicóticos atípicos responden ligeramente mejor que los típicos en este aspecto.

Las pruebas más comunes que se requieren para tomar esta medicación son tensión arterial, peso, hemograma, prueba de la función hepática, prueba de la función renal, perfil lipídico, glucosa en sangre, prolactina en sangre, electrocardiograma, etc.

Antidepresivos

Son *antidepresivos de antigua generación* la amitriptilina, la clomipramina y la imipramina.

ANEXO 4: Fármacos psicotrópicos

Entre los posibles efectos adversos figuran sequedad bucal, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión (efectos secundarios colinérgicos), problemas cardíacos y muerte por sobredosis.

Las pruebas más comunes que se requieren para tomar esta medicación son hemograma, prueba de la función hepática, prueba de la función renal y electrocardiograma.

Son *antidepresivos de nueva generación* los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la fluvoxamina, la sertralina, el citalopram, el escitalopram y la paroxetina. La duloxetina y la venlafaxina son inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (norepinefrina) (IRSN). Otros antidepresivos son la mirtazapina, el flupentixol (*se utiliza en dosis elevadas como antipsicótico y en dosis menores por sus efectos antidepresivos*), la reboxetina y el triptófano.

Entre los posibles efectos adversos de estos fármacos figuran desasosiego, insomnio, disfunciones sexuales, síntomas por retirada del medicamento, síndrome serotoninérgico (asociado a ISRS), y aumento del riesgo de padecer ideas suicidas.

Las pruebas más comunes que se requieren para tomar esta medicación son hemograma, prueba de la función hepática, prueba de la función renal, electrolitos y electrocardiograma (para la venlafaxina).

Estabilizadores del ánimo

Litio

Entre los posibles efectos adversos figuran temblores, insuficiencia renal, disfunción tiroidea y en caso de intoxicación puede producir un estado de confusión.

Las pruebas más comunes que se requieren para tomar esta medicación son hemograma, prueba de la función renal y examen de la función tiroidea. Entre las pruebas más habituales se incluyen nivel de litio (para ajustar la dosis y detectar posibles niveles tóxicos), hemograma, prueba de la función renal, electrolitos y prueba de la función tiroidea.

Antiepilépticos

Carbamazepina

Entre los posibles efectos adversos figuran somnolencia, visión doble, ataxia y erupción cutánea (puede producir eritema multiforme o síndrome de Stevens-Johnson).

Las pruebas que se requieren para tomar esta medicación son hemograma, prueba de la función hepática y prueba de la función renal.

Valproato sódico

Entre los posibles efectos adversos figuran

ANEXO 4: Fármacos psicotrópicos

somnolencia, aumento de peso, alopecia, erupción cutánea, ataxia y fallo hepático en ocasiones excepcionales. Para la administración en mujeres en edad fértil, se tendrá en cuenta que puede producir malformación fetal.

Las pruebas que se requieren para tomar esta medicación son hemograma, prueba de la función hepática y prueba de la función renal.

Para el tratamiento de problemas de conducta se han utilizado betabloqueantes como el atenolol y el propranolol en dosis elevadas, así como medicamentos para la ansiedad como el diazepam. La administración de benzodiazepinas, como el diazepam, está restringida a periodos breves de uso (entre 6 y 8 semanas). Los antagonistas opioides como la naloxona (en preparado intravenoso o intramuscular) y la naltrexona (vía oral) se administran especialmente para el tratamiento de trastornos autolesivos graves. A pesar de ello, no existen pruebas inequívocas de su eficacia.

Bibliografía

- Deb S., Clarke D. & Unwin G. (2006) Using medication to manage behaviour problems among adults with a learning disability: Quick Reference Guide (QRG). University of Birmingham, MENCAP, The Royal College of Psychiatrists, London, UK. ISBN: 0855370947. www.ld-medication.bham.ac.uk
- Deb S., Kwok H., Bertelli M., Salvador-Carulla L., Bradley E., Torr J., Barnhill J.; for the Guideline Development Group of the WPA Section on Psychiatry of Intellectual Disability (2009). International Guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities *World Psychiatry*; 8 (3): 181-186.
- Fletcher R., Loschen E., Stavrakaki C. & First M. (Eds) (2007) *Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. The National Association for the Dually Diagnosed (NADD) Press and the American Psychiatric Association (APA), Washington DC, USA.
- Mezzich J. E. (2007) Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6, 2, 1-3.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004). *Guideline Development Methods: Information for national collaborating centres and guideline developers*. London: Author. Available www.nice.org
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych, 2001). *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD, Occasional Paper OP48)*. London: Gaskell.
- The AGREE Collaboration (2001) *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. Available www.agreecollaboration.org
- Unwin G. & Deb S. (Eds.) (2007). *Easy read (accessible) version (with audio versions) of leaflets on 35 psychotropic medications (2007)* www.ld-medication.bham.ac.uk
- Unwin G. & Deb S. (2008) Use of medication for the management of behaviour problems among adults with intellectual disabilities: a clinicians' consensus survey. *American Journal on Mental Retardation*, 113, 1, 19-31.

OBRA SOCIAL CAJA MADRID
T. 902 13 13 60 · www.obrasocialcajamadrid.es

Edición española realizada por:



Impreso en papel FSC

OBRA SOCIAL

Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Directrices internacionales para el uso de medicamentos.

solidaridad
solidaridad

Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual Directrices internacionales para el uso de medicamentos



Asociación Mundial de Psiquiatría
Sección de Psiquiatría de la Discapacidad
Intelectual (SPID)

