



Guía sobre el uso de psicofármacos

en personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo frente a los Problemas en la Regulación de las Emociones y la Conducta durante la pandemia de coronavirus COVID-19

Colabora



Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual (SESMDI)
Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) Servei Català de la Salut.

Índice

Información general	3
Consideraciones previas.....	3
Estrés y preocupación ante una situación pandémica	4
Dificultades para atender a las personas con discapacidad cuando acuden a un servicio hospitalario	6
La visita a los servicios de urgencias	8
¿Es útil el tratamiento farmacológico?	8
¿Cómo abordar una reacción de estrés y agitación?	9
¿Cómo abordar farmacológicamente una reacción de estrés y agitación en PcDID con COVID+ y en tratamiento específico?	15
Inicio de tratamientos psicofarmacológicos durante la urgencia	17
Recomendaciones terapéuticas después de la crisis aguda	18
Recomendaciones terapéuticas después de la crisis aguda	22
Bibliografía y guías	25

Información general

Este documento pretende ser una guía práctica para los profesionales sanitarios que apoyan a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que se pueden ver afectadas por el COVID-19.

Se presentan una serie de recomendaciones y medidas para la utilización de la farmacología en situaciones de crisis conductual y emocional.

Consideraciones previas

En personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, los trastornos psiquiátricos son frecuentes incluso en condiciones ambientales normales, con tasas hasta cuatro veces más altas y de inicio más temprano que en la población general. Entre el 25-44% pueden presentar al menos un trastorno psiquiátrico durante su vida; el 21% podrán tener dos con características diferenciales y el 8% tres. Incluso en entornos especializados residenciales, que se benefician del apoyo psicológico, la comorbilidad psiquiátrica oculta es muy alta, alcanzando tasas de prevalencia que pueden superar el 50%. La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo son los más frecuentes.

La prevalencia de la psicopatología aumenta todavía más para las personas con discapacidad que cumplen criterios para un Trastorno del Espectro Autista asociado a discapacidad intelectual. En estos casos, la probabilidad de desarrollar un trastorno psiquiátrico adicional es hasta cinco veces mayor que aquellos que sólo tienen autismo o discapacidad intelectual.

Estrés y preocupación ante una situación pandémica

Durante un brote causado por un patógeno de alta virulencia y letalidad es normal que las personas nos sintamos estresadas y preocupadas. Algunas personas con discapacidad **pueden estarlo todavía más** debido a sus peculiaridades cognitivas, a las dificultades de su control emocional y a un compromiso en la adaptación a cambios rápidos y drásticos en las formas de vida, especialmente las personas del Espectro del Autismo.

Las principales razones de angustia, dependientes del nivel de afectación cognitiva, son:

- Miedo a contagiarse.
- Miedo a enfermarse y morir.
- Miedo a ser aislado, lejos de figuras significativas de relación.
- Desmoralización debido a la pérdida de algunas de las actividades preferidas, tanto ocupacionales como de ocio y deportivas.
- Miedo a perder seres queridos debido a la pandemia.
- Sensación de impotencia, aburrimiento (estar sentado sin hacer nada durante horas), soledad y tristeza debido al aislamiento.
- Tensión y sufrimiento por sus familiares y cuidadores habituales.
- Culpa y vergüenza (para sobrevivir, infectar a otros o no poder ayudar a otros).
- Tensión por tener que esperar mucho tiempo sin comida o sin bebida o ser atendido.
- Incapacidad para comprender las razones de las restricciones relacionadas con las normas de higiene y confinamiento.
- Miedo a personas poco familiares o que utilizan sistemas de protección (máscaras, guantes, gafas, batas, etc.) a las que no están habituados.

- Dificultad en aceptar los cambios en su rutina diaria. Esto es por una parte dejar la rutina que les genera tranquilidad y hacer frente a una nueva realidad caracterizada entre otras, por un cambio en su estilo de vida para cumplir con las normas de higiene y confinamiento. Y por otra parte la restricción o interrupción drástica de las actividades habituales, de las relaciones con las personas significativas, los intercambios interpersonales, o la imposibilidad de evitar la coexistencia forzada. Estas circunstancias pueden promover la regresión, la pérdida de habilidades previamente adquiridas, los sentimientos de desconcierto, de soledad, de angustia y frustración.

Hay que tener en cuenta que, a mayor afectación cognitiva o más rasgos del espectro del autismo, la mera interrupción de las rutinas diarias y la imposibilidad de realizar salidas al exterior pueden causar una gran confusión y sufrimiento / malestar.

Los riesgos asociados con estas experiencias emocionales consisten en la posibilidad de desarrollar estados psicológicos de depresión y ansiedad, y reacciones conductuales problemáticas como aumento de estereotipias y conductas repetitivas (como mecanismo de autorregulación o de autoestimulación), agresión hacia uno mismo, objetos y otras personas o conductas de oposición entre las más frecuentes.

Entre todas ellas, sin lugar a dudas, aquello que más preocupa a los profesionales de apoyo, familias y en general a los gestores de servicios residenciales y de vivienda son los **problemas de la conducta** (asociados o no a una enfermedad mental), tanto por sus consecuencias sobre el propio sujeto como para el entorno (personas que conviven en un mismo espacio, personas de apoyo y entorno físico).

Dificultades para atender a las personas con discapacidad cuando acuden a un servicio hospitalario

Las personas con discapacidad forman una población muy heterogénea, con niveles funcionales diferentes y también con necesidades muy variadas. Sin embargo, aunque no de la misma manera, la mayoría de ellos vivirá con estrés el hecho acudir a un dispositivo de salud. Algunas conductas desafiantes pueden estar relacionadas con esta circunstancia o estar muy presentes en el momento de la consulta, por lo que no es infrecuente el error diagnóstico y, consecuentemente, la sobremedicación.

Los factores que condicionan el estrés en el contexto de la asistencia a los servicios sanitarios pueden provenir de la propia persona, pero también pueden estar relacionados con las **formas de actuación del personal sanitario** y de las características de funcionamiento propias de los servicios, especialmente en momentos de sobrecarga y colapso de la red asistencial.

Debemos tener en cuenta que no todas las personas sufrirán el mismo malestar en el momento de acudir a un dispositivo sanitario y, por tanto, las características comentadas a continuación no se presentarán necesariamente en todas ellas; pero sí conviene tener presente algunas de las dificultades que se pueden presentar en el momento de la visita.

Factores relacionados con las personas con discapacidad intelectual

- Dificultades para adaptarse a las situaciones desconocidas.
- Dificultades para la comprensión y transmisión de la información.
- Dificultades para la expresión del malestar.
- Dificultades para la integración de estímulos sensoriales.

Factores relacionados con las características los servicios

- Presión asistencial.
- Rigidez organizativa.
- Ambiente poco acogedor.
- Tiempo de espera excesivamente largo

Factores relacionados con los profesionales

- Desconocimiento de las características de las personas con discapacidad.
- Dificultades para comprender lo que expresa el paciente.
- Dificultades para transmitirles la información.
- Dificultades para la obtención de consentimientos / acuerdos.
- Dificultades para la gestión de situaciones complejas.
- Dificultades de coordinación y comunicación entre profesionales.

IMPORTANTE

- Extremar medidas para detectar patologías orgánicas concomitantes, especialmente en personas con altas necesidades de apoyo y dificultades comunicativas.
- Descartar dolor y malestar como primera condición contribuyente para la presencia de alteraciones de la conducta.
- Descartar preocupaciones fundamentadas y relacionadas con temas de la pandemia que puedan solucionarse con simples gestiones. Póngase el ejemplo de una personas con discapacidad con preocupación y ansiedad relacionada con el hecho de desconocer si un familiar está o no ingresado por COVID-19.

La visita a los servicios de urgencias

La probabilidad de acudir a un servicio de urgencias aumenta durante un episodio epidémico, ya sea por la **patología asociada a la COVID-19**, o bien por las **reacciones de estrés y agitación** derivadas de la situación de confinamiento.

¿Es útil el tratamiento farmacológico?

Para empezar, siempre es recomendable y exigible empezar por un abordaje no farmacológico, preventivo, y de identificación de las causas subyacentes que pudieran explicar el problema de conducta. **Sin embargo, en esta situación de alarma, aislamiento, escasez de recursos humanos y de tiempo, quizás sea difícil o imposible realizarlo.** La estrategia de tratamiento farmacológico, en este caso, consistirá principalmente en reducir la **excitación y la agresión** y en minimizar su impacto sobre la persona y el

entorno social y físico y, en la medida de lo posible evitar la utilización repetida de los servicios de urgencias hospitalarias.

¿Cómo abordar una reacción de estrés y agitación?

Tratamos de abordarlo minimizando la posibilidad de acudir a un servicio de urgencias.

Primero: Defina el problema.

Debemos preguntarnos:

- ¿Cuáles son los síntomas/conductas “diana” objetivo de la intervención médica urgente?
- ¿Cuál es su gravedad?
- ¿Podemos identificar factores precipitantes y factores que aumenten la probabilidad para que aparezca la conducta?

Es posible que la persona no pueda o no sepa cómo comunicar su estado.

Es posible que los factores precipitantes no estén presentes durante la primera evaluación.

IMPORTANTE

- Es importante solicitar a la familia y al personal de apoyo toda la información necesaria para entender y definir el problema.
- Identifique los sistemas de comunicación que la persona utiliza (pictogramas, fotografías, gestos...), ya que una comunicación efectiva puede ayudar a reducir su ansiedad.

La gravedad de los síntomas “diana” dicta el nivel de intervención, por ejemplo, la agresión verbal (insultos) se considera menos grave que la agresión física hacia otras personas.

Finalmente, Pregúntese "**por qué ahora**" y aborde posibles **precipitantes** si es el caso: **cambio en el entorno** (relacionado con la familia, el personal de apoyo, compañeros o actividades, confinamiento); desacuerdo y frustración; **enfermedad** (síntomas COVID19, infección de orina, dolor, malestar, estado confusional); Trastorno mental (ansiedad adaptativa, pánico, estrés postraumático, distimia, agitación psicótica-delirios, bipolar), fármacos (iatrogenia, acatísia, abstinencia); tóxicos (intoxicación, abstinencia) , crisis epiléptica (aura, post-crisis).

Segundo: Determine el nivel de intervención.

La gravedad de la conducta nos dicta el nivel de intervención requerido.

- El nivel de intervención más alto (más restrictivo) lo utilizaremos cuando estamos frente a un peligro potencial o inminente. Este nivel de intervención requiere de más recursos y conlleva un mayor riesgo para la salud, la seguridad y la autonomía.
- En algunas ocasiones se necesitarán múltiples intervenciones dentro de un mismo nivel.
- Cuando una situación comienza a resolverse, debemos bajar al nivel inferior (menos restrictivo).

Nivel 1

- Prevenir la escalada conductual.
- Mantener autonomía en el entorno habitual.
- Centrarse en la persona y en su entorno.

Cómo:

- Debe iniciarse tan pronto como se detecten señales de “activación”.
- Desescalada verbal.
- Algunos ejemplos:
 - Trate de no alarmar o preocupar innecesariamente a la persona.
 - Centre su intervención en una relación positiva.
 - Manténgase calmado.
 - No mire directamente a los ojos.
 - Sobre todo, hable tranquilo y sin gritar, de lo contrario puede incrementar su ansiedad y disparar conducta.
 - Hable suavemente (sólo uno debe hablar).
 - Recuerde: Menos palabras, más visual.
 - No discuta ni se enfade ni intente que razone. Esto puede alimentar las conductas.
 - Reduzca los estímulos ambientalmente excitantes.
 - Evite tocarle.
 - Mantenga una distancia segura.
 - Retire a los demás (si es posible).
 - Despeje el entorno. Asegurarse que no tenga nada para hacerse daño, especialmente si hay historia previa de autolesiones.
 - Entienda al sujeto, escuche a la persona y póngase en su lugar.
 - Distráigala, rediríjala (puede cambiar el foco, con palabras, objetos, actividades que le motiven).

- Llévela al cronograma (si lo tiene), resitúala.
- No le haga escoger; elija por la persona.
- Es importante disponer de un espacio, a poder ser abierto, donde la persona pueda liberar la tensión acumulada (correr, gritar...).
- Es importante permitir que persista en sus estereotipias y conductas repetitivas si tienen una función de autorregulación.

Nivel 2

Objetivos:

- Reducir la gravedad y frecuencia de los síntomas cuando las estrategias en el nivel 1 no han resultado eficaces.
- Si es posible, mantener autonomía en el entorno habitual.

Cómo:

- Además de técnicas nivel 1
- Aislar a la persona.
- Durante el episodio agudo mejorar transitoriamente la ratio de profesionales, a menudo es suficiente para ayudar a recuperar el autocontrol.
- Farmacología sintomática.

Nivel 3

- Último recurso cuando una intervención de nivel 2 o no es apropiada o no tiene éxito.

Objetivos:

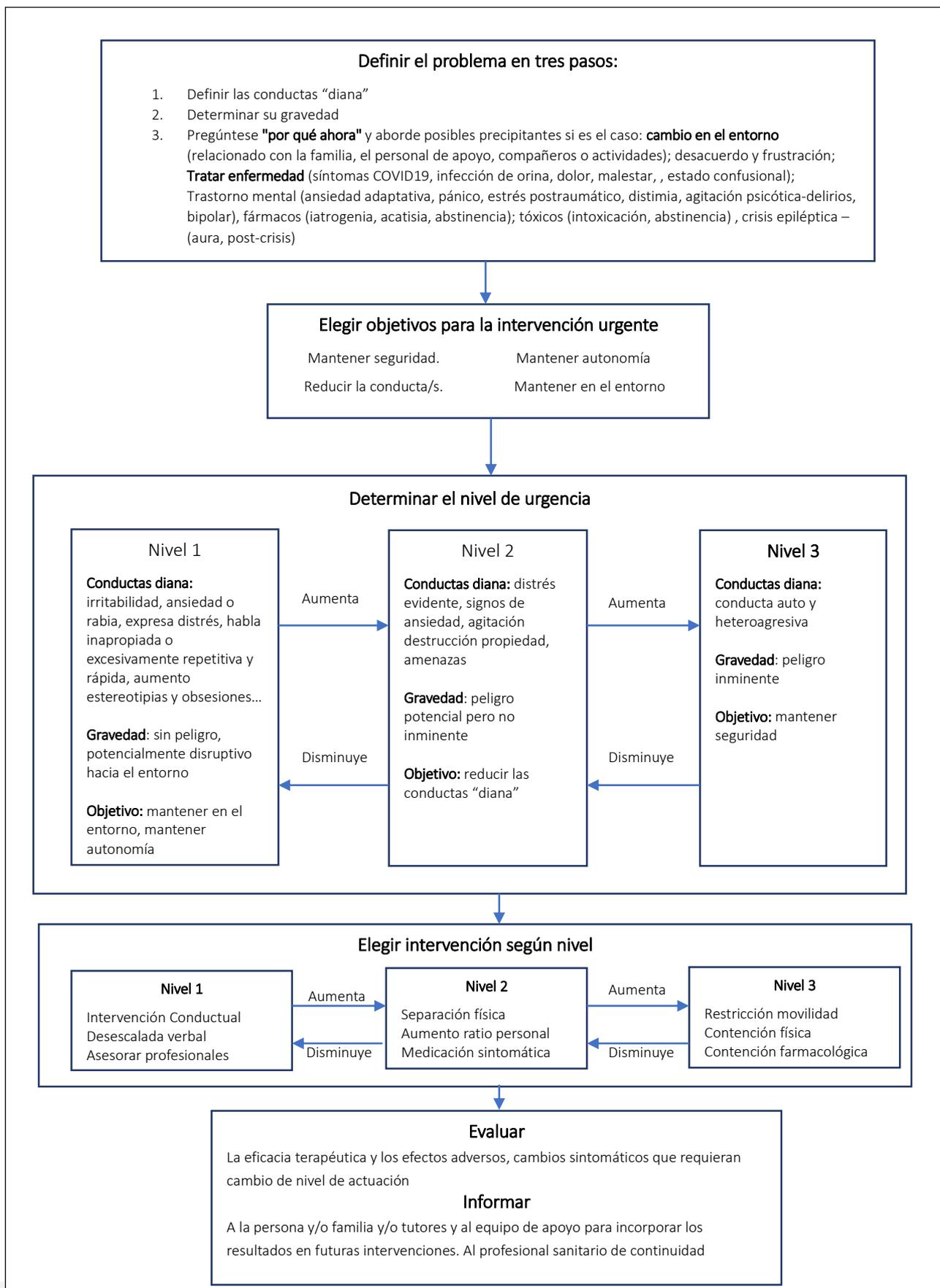
- Mantener la seguridad del paciente y su entorno social (personal y físico).
- Devolver a la persona al funcionamiento básico. No trata una condición o enfermedad subyacente.

Cómo:

- Contención física.
- Contención farmacológica.
- Los medicamentos sólo deben usarse cuando los riesgos de no hacerlo son mayores que los riesgos inherentes de introducir un medicamento en una situación ya de por sí estresante. Los equipos de atención médica deben considerar:
 - ✓ los riesgos para el paciente o para otras personas;
 - ✓ las consecuencias de una violencia potencialmente creciente;
 - ✓ los riesgos de posibles efectos adversos de los medicamentos.

Cualquiera que sea la vía de administración elegida, el medicamento debe tener un inicio de acción muy rápido, con un efecto que dure solo unas pocas horas.

- Estas técnicas deben ser aplicadas por profesionales específicamente formados y deben tener la menor duración posible.



¿Cómo abordar farmacológicamente una reacción de estrés y agitación en PcDID con COVID+ y en tratamiento específico?

En el caso que una persona con discapacidad intelectual y del desarrollo esté afecto de la infección por SARS-COV2 y requiera medicación específica para ésta, el manejo farmacológico deberá de ser muy cauteloso y teniendo en consideración las interacciones de los psicofármacos con los tratamientos administrados para el COVID-19 (hidroxi/cloroquina, ritonavir/lopinavir, remdesivir, tocilizumab, etc); véase <https://www.covid19-druginteractions.org/checker>.

Se proponen 2 situaciones diferentes:

- **Aquellas PcDID que ya reciban psicofármacos** como tratamiento habitual y que presenten una reacción aguda al estrés y/o agitación que requiera administrar tratamiento farmacológico, valorar administrar una pauta de rescate de aquéllos fármacos que ya tolera y que presenten las menores interacciones posibles (p.ej: olanzapina, lorazepam, clonazepam, asenapina). Es importante valorar si la medicación habitual presenta interacciones con los fármacos específicos para el COVID-19, para valorar su reducción, retirada o sustitución.

- **Aquellas PcDID que no reciban tratamiento psicofarmacológico** de manera habitual y que presenten una reacción aguda al estrés y/o agitación que requiera administrar tratamiento farmacológico, se propone el siguiente algoritmo terapéutico con aquellos psicofármacos que menos interacciones presentan, valorando dosis bajas del tratamiento.

Algoritmo situación urgente persona con discapacidad intelectual y del desarrollo con COVID+ y en tratamiento específico (hidroxi/, ritonavir-lopinavir, remdesivir, tocilizumab, etc...)

Nivel 1 de gravedad

Irritabilidad, ansiedad o rabia, expresa estrés, habla inapropiada o excesivamente repetitiva y rápida, aumento estereotipias y obsesiones...

Nivel 2 de gravedad

Estrés evidente, signos de ansiedad, agitación destrucción propiedad, amenazas

Nivel 3 de gravedad

Conducta auto y heteroagresiva

Intervención conductual
Desescalada verbal
Asesorar profesionales

¿Colabora?

SI

NO

VÍA ORAL:

Lorazepam* 1-2mg
Clorazepato* 5-10mg
Clonazepam* 0.5-1mg
Alprazolam* 0.5mg
Olanzapina^a 2.5-5mg

¿Colabora?

SI

NO

VÍA ORAL:

Olanzapina^a 5-10mg
Asenapina^b 5-10mg
Aripiprazol^a 5-10mg

Valorar dosis bajas

VÍA INTRAMUSCULAR:

Olanzapina^a 5-10mg
Aripiprazol^a 7.5mg
Clorazepato* 10-20mg
Clonazepam* 1mg

Valorar necesidad de contención mecánica

Neurolépticos a evitar: haloperidol, quetiapina, clozapina, risperidona, ziprasidona, zuclopentixol.

*Benzodiacepinas mayor riesgo de reacciones paradójicas en PcDID. Requiere vigilancia respiratoria. Evitar: midazolam, triazolam y diacepam.

^a Combinación con azitromicina: en pacientes con historia cardiológica familiar o personal, monitorizar ECG por riesgo de prolongación QT.

^b Combinación con azitromicina: riesgo de prolongar QT en pacientes sin antecedentes personales/familiares cardiológicos; requiere monitorización ECG.

-No hay interacciones farmacológicas descritas con el tratamiento propuesto y ceftriaxona. levomepromazina, clorpromazina.

Inicio de tratamientos psicofarmacológicos durante la urgencia

- Se debe evitar al máximo iniciar nuevos tratamientos con psicofármacos desde los servicios de urgencias.
- Dada la necesidad, asegurar el control de posibles efectos secundarios, los tratamientos de larga duración deben iniciarse sólo si se tiene la certeza de que el paciente podrá ser visitado a los pocos días.

Sin embargo, en caso de que se decida iniciarlo:

- ✓ Revisar la pauta de tratamiento actual y asegurarnos de que se está cumpliendo de manera correcta o modificarla si es necesario.
- ✓ Revisar los tratamientos previos: valorar los que anteriormente han sido eficaces y aquellos tratamientos con los que han aparecido efectos secundarios (intentar especificar qué efectos secundarios han aparecido).
- ✓ Considerar la posible repercusión de los tratamientos que queremos prescribir sobre las patologías previas del paciente (por ejemplo, evitar administrar medicamentos que reduzcan el umbral convulsivo en pacientes que sufran epilepsia, o que produzcan un efecto depresor sobre la respiración).
- ✓ Las personas con discapacidad pueden sufrir diversas patologías para las que necesiten tomar tratamiento. Este hecho aumentará la posible aparición de efectos secundarios por interacciones.
- ✓ Intentar iniciar tratamiento con un único fármaco (para poder controlar mejor la aparición de posibles efectos secundarios).
- ✓ Revisar si existen interacciones farmacológicas con el tratamiento para el COVID si este es el caso (ver: www.covid19-druginteractions.org).
- ✓ Empezar con dosis inferiores a las habituales y aumentar lentamente.
- ✓ No sobrepasar nunca la dosis de fármaco recomendada.

- ✓ Prescripciones "si precisa" sólo durante el menor tiempo posible y registrar fechas de revisión y retirada.
- ✓ Dejar constancia en el informe de alta de los motivos por los que se inicia el nuevo tratamiento.
- ✓ Explicar a paciente y acompañantes la utilidad del fármaco que hemos prescrito, así como los posibles efectos secundarios que puedan aparecer.
- ✓ Consensuar con paciente, si es posible, y familiares la forma de administración de los fármacos preferida y más cómoda disponible.
- ✓ Utilizar información pictográfica para facilitar una correcta comprensión de los fármacos prescritos, la posología, la duración del tratamiento.
- ✓ Asegurarnos de que existe una persona de referencia que administrará o supervisará la toma del fármaco.
- ✓ Evitar que la familia o referentes tengan que hacer cambios (aumentos / reducciones) en las dosis de tratamiento (mejor esperar a hacer los cambios en la próxima visita).
- ✓ Asegurarnos de que la persona acudirá a su psiquiatra de referencia para supervisar los cambios de la pauta de tratamiento.

Recomendaciones terapéuticas después de la crisis aguda

Una vez remitido el episodio de crisis aguda, se debe de realizar un seguimiento de la persona en cuestión. A continuación, se proponen diferentes estrategias farmacológicas para tratamientos a largo plazo en función de trastornos/síntomas:

Trastornos de conducta

La utilización de psicofármacos en el **tratamiento crónico** de los trastornos de la conducta no ha demostrado evidencia. Solamente están recomendados en:

- ✓ Tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.
- ✓ Control de los trastornos conductuales si persisten a pesar del tratamiento conductual.
- ✓ Si son la expresión (equivalente conductual) de una enfermedad mental reconocida.
- ✓ Si la gravedad y/o el riesgo obligan a una intervención de urgencia (transitoria).
- ✓ Si la gravedad dificulta iniciar estrategias no farmacológicas.

Trastornos psicóticos

Utilización de antipsicóticos clásicos y atípicos teniendo en cuenta:

- *Clásicos*: necesidad de un correcto control de los síntomas extrapiramidales, el parkinsonismo secundario y la acatisia (¡cuidado con las dificultades de las PcDID para relatar los efectos secundarios que presentan!).
- *Atípicos*: menor presencia de efectos secundarios que en los clásicos. Si se utilizan a largo plazo, tener en cuenta la necesidad de un correcto control del síndrome metabólico (controlar glicemias, niveles de colesterol, peso ...).

Trastornos del estado de ánimo

Utilizar antidepresivos con menor perfil de efectos secundarios (ISRS) o con menor afectación cognitiva (Vortioxetina). Precaución con la utilización de antidepresivos tricíclicos por sus efectos secundarios sobre todo a nivel cardíaco (no aconsejable en personas con síndrome de Down).

Trastornos de ansiedad

La primera indicación para el tratamiento a largo plazo de trastornos ansiosos son también los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, sobre todo aquellos con menor perfil de efectos secundarios).

Otra alternativa es la utilización de antagonistas beta-adrenérgicos como el propranolol.

Para el tratamiento a largo plazo de la ansiedad no es conveniente utilizar antipsicóticos (con perfil sedante) ni benzodiazepinas. Las benzodiazepinas pueden producir reacciones paradójicas en las PDID.

Hiperactividad

La hiperactividad es un signo clínico que está presente en numerosas enfermedades mentales. Es necesario realizar una anamnesis amplia preguntando a la PcDID y acompañantes por otros síntomas comórbidos para poder realizar el diagnóstico diferencial.

Las principales enfermedades mentales en las que puede aparecer la hiperactividad son: el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno Depresivo, el episodio de manía/hipomanía y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Los tratamientos del trastorno de ansiedad y depresivo ya han sido explicados anteriormente.

El tratamiento del TDAH requiere un abordaje multidisciplinar y multimodal que incluya psicoeducación de paciente y familia, intervenciones psicosociales y tratamiento psicofarmacológico. En relación a este último punto, en el TDAH se utilizan psicoestimulantes (metilfenidato, lisdexanfetamina), agonistas de los receptores alfa 2 adrenérgicos (guanfacina, clonidina), inhibidores de la

recaptación de la noradrenalina (atomoxetina) o neurolépticos (risperidona, aripiprazol).

En población general los psicoestimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamina) mejoran los síntomas TDAH en aproximadamente un 70% de los casos, pero en personas con discapacidad intelectual los resultados son peores y presentan más efectos adversos.

Si la PcDID presenta un episodio de manía/hipomanía, necesita tratamiento con un estabilizador del ánimo, al que habría que añadir de forma temporal un antipsicótico atípico para conseguir la eutímia.

Para el tratamiento a largo plazo de la hiperactividad no es conveniente utilizar benzodiazepinas. Las benzodiazepinas presentan un perfil de dependencia-tolerancia y pueden producir reacciones paradójicas en PcDID.

Trastornos del sueño

La utilización de benzodiazepinas y antipsicóticos para el control de los problemas de sueño no resultan recomendables por los efectos adversos que pueden provocar. Por tanto, el tratamiento de los trastornos del sueño en las PcDID es aconsejable utilizar antidepresivos con perfil sedante (mirtazapina y trazodona).

En caso de insomnio en niños, personas con autismo, adultos con Síndrome de Down e inicio de deterioro cognitivo y personas con desestructuración de los ritmos sueño-vigilia está indicado el uso de melatonina.

Recomendaciones terapéuticas después de la crisis aguda

En el caso que la PcDID esté recibiendo medicación para la infección COVID-19 y a su vez tome medicación psicofarmacológica de manera habitual, es importante valorar si presentan interacciones entre ellas. A continuación, se presentan diferentes recomendaciones farmacológicas teniendo en cuenta las interacciones descritas hasta la fecha actual de los psicofármacos con hidroxi/cloroquina, lopinavir/ritonavir, remdesivir y tocilizumab.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos que menores interacciones presentan son la olanzapina y la asenapina. Debe descartarse el uso de haloperidol, quetiapina, zuclopentixol, ziprasidona y clozapina. Referente a la risperidona, debería valorarse su retirada o reducción de las dosis por el potencial efecto del aumento del QTc. En cuanto a la paliperidona y al aripiprazol, pueden mantenerse, aunque se recomienda una reducción de la dosis habitual por riesgo a un aumento del QTc.

Se recomienda monitorizar ECG en todos los pacientes que tomen antipsicóticos y estén en tratamiento para el COVID-19.

Antidepresivos y ansiolíticos

No hay interacciones descritas con la duloxetina y la vortioxetina.

Respecto a los ISRS, la sertralina es el que menos interacciones presenta, seguido de paroxetina, fluoxetina y fluvoxamina; no se recomienda el uso de citalopram ni escitalopram. Tampoco se recomienda el uso de venlafaxina ni clomipramina, no hay información respecto la desvenlafaxina. El bupropión no presenta interacciones destacables (solamente leves con rito/lopinavir) por lo que sería un buen antidepresivo a considerar. Tanto la mirtazapina como la

trazodona presentan interacciones moderadas con hidroxiquina y loperidol/ritonavir, por lo que debería valorarse su reducción y monitorización del ECG.

En general, las benzodiazepinas son fármacos que podrían administrarse en pacientes afectados de COVID-19 y en tratamiento. Es importante considerar que las benzodiazepinas pueden producir depresión respiratoria, por lo que debe valorarse el estado de salud del paciente. También se ha comentado anteriormente que las PcDID presentan, a menudo, reacciones paradójicas con estos ansiolíticos. De todas las benzodiazepinas, las que más se recomiendan son el lorazepam y lormetazepam, seguidos de bromazepam. El alprazolam, clonazepam, clorazepato y diazepam deberían de administrarse en precaución en personas que reciban lopinavir/ritonavir, siendo seguros con los demás tratamientos descritos.

Los beta-bloqueantes como el propranolol suelen ser fármacos útiles en el tratamiento de trastornos ansiosos en PcDID. Sin embargo, no se recomienda su uso en aquellos que reciban tratamiento para el COVID-19 dadas las posibles alteraciones cardiológicas como aumento del QTc y del PR; si se usa este fármaco, asegurar la monitorización electrocardiográfica del sujeto.

Eutimizantes y anticonvulsivantes

El ácido valproico es el eutimizante con menores interacciones farmacológicas con los tratamientos para el COVID, aunque el uso de éste con cloroquina podría disminuir el umbral convulsivo.

Las sales de litio presentan importantes interacciones con los fármacos utilizados en el tratamiento del COVID, sobretodo en cuanto al aumento del QTc, por lo que se recomienda discontinuar o tomar dosis infraterapéuticas.

La carbamazepina debe de retirarse en todos los casos al presentar interacciones graves con todos los fármacos descritos. Debe de valorarse la reducción o discontinuación de la oxcarbazepina.

El topiramato y la pregabalina són fármacos sin interacciones descritas hasta la fecha. La lamotrigina también es un fármaco sin interacciones salvo con el uso concomitante con lopinavir/ritonavir, donde los niveles de lamotrigina se verían disminuidos.

Otros (estimulantes, agonistas alfa-2 adrnérgicos...)

Referente al tratamiento farmacológico de PcDID y TDAH, no se han descrito interacciones entre el tratamiento para el COVID-19 y la clonidina. Sin embargo, en el caso que se considere iniciar tratamiento para TDAH en PcDID en tratamiento para COVID, se recomienda comenzar el tratamiento para el COVID haya finalizado ya que no hay información disponible en la actualidad sobre las interacciones potenciales.

Bibliografía y guías

Fox P & Emerson E (2002). *Positive Goals; Interventions for People with Learning Disabilities whose Behaviour Challenges*. Brighton: Pavilion Publishing Ltd

Garriga M, Pacchiarotti O, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86–128.

Jin Shi Amon, Sarah B. Johnson, Rif S. El-Mallakh Asenapine for the Control of Physical Aggression: A Prospective Naturalist Pilot Study *Psychopharmacology Bulletin*. 2017;47(1):27–32

Matson JL, Wilkins J. Antipsychotic drugs for aggression in intellectual disability. *Lancet*. 2008;371: 9-10.

Trollor JN, Salomon C, Franklin C. Prescribing psychotropic drugs to adults with an intellectual disability. *Aust Prescr* 20015;39:126-30

Tyrer P, Oliver-Africano PC, Ahmed Z, et al. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behavior in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371:57-63.

Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the America Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation. workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:17–25.

Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:26–34.

Guías

Guía práctica para residencias de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante la pandemia de coronavirus COVID-19

<https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/guia-practica-para-residencias-de-personas-con-discapacidad-intelectual-o>

Guía para mejorar la entrevista con personas con discapacidad intelectual: Cuando estoy enfermo... escúchame

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/36._guia_escuchame.pdf

Herramienta online de interacciones medicamentosas www.drugs.com (Wolters Kluwer Health, American Society of Health-System-Pharmacists, Cerner Multum e IBM-Watson Micromedex) Disponible en www.drugs_interactions.html

University of Liverpool. Interactions with experimental COVID-19 Therapies. Published in www.covid19-druginteractions.org Versión 20-marzo 2020

Herramienta online de interacciones medicamentosas de Medscape disponible en <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>

Documento del Ministerio de Sanidad Actualización Nº 55. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) 25.3.2020. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_55_COVID-19.pdf

Equipo de redacción: Ramon Novell, Aida Palacín, María Casanueva, Marta Vilà, Laura Vergés, Susanna Esteba, Núria Ribas, Meritxell Baró, Àlex Gimeno, Cristina Almeda, Natalia Díaz, Anna Pla.

Girona, 27 de julio de 2020

