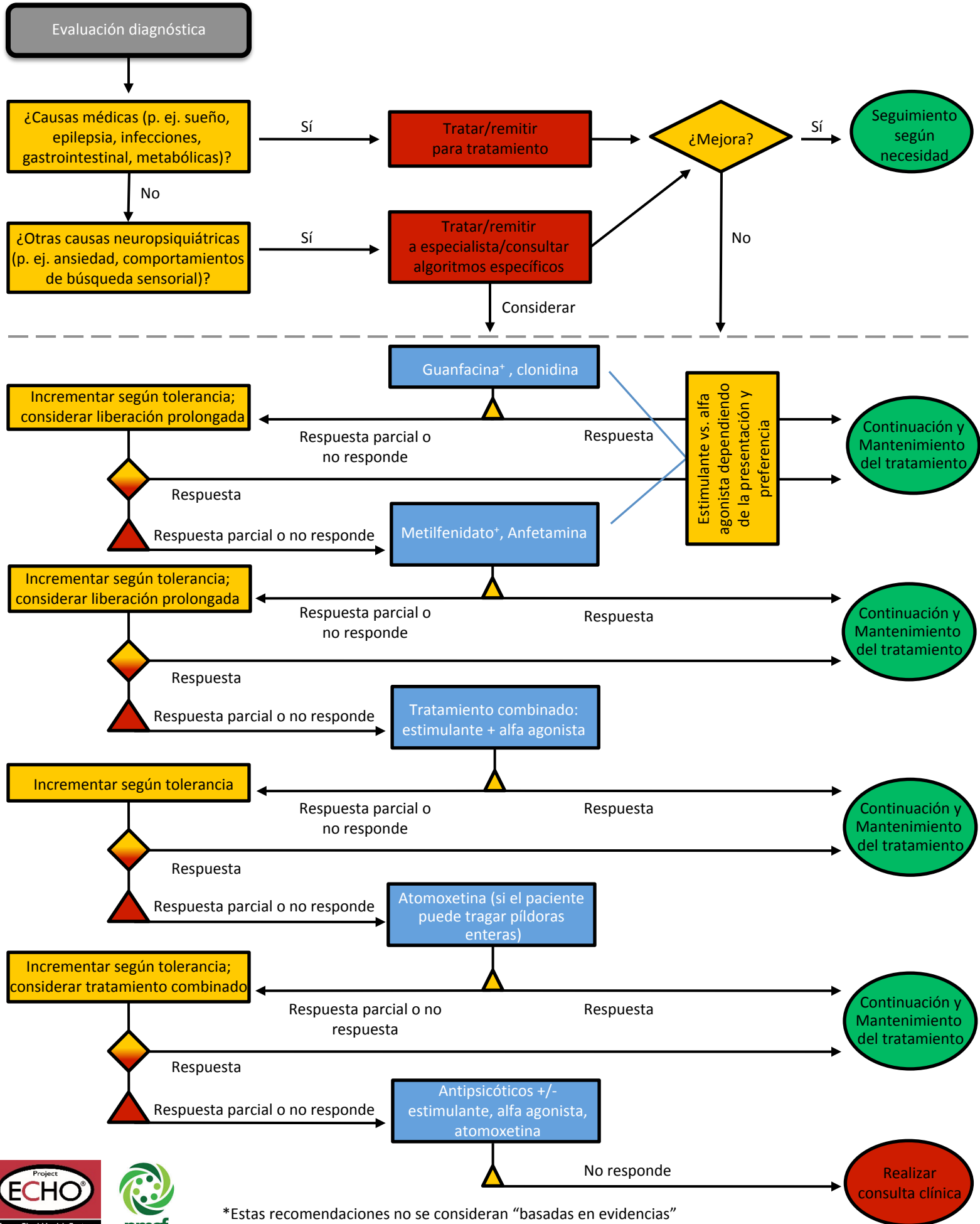


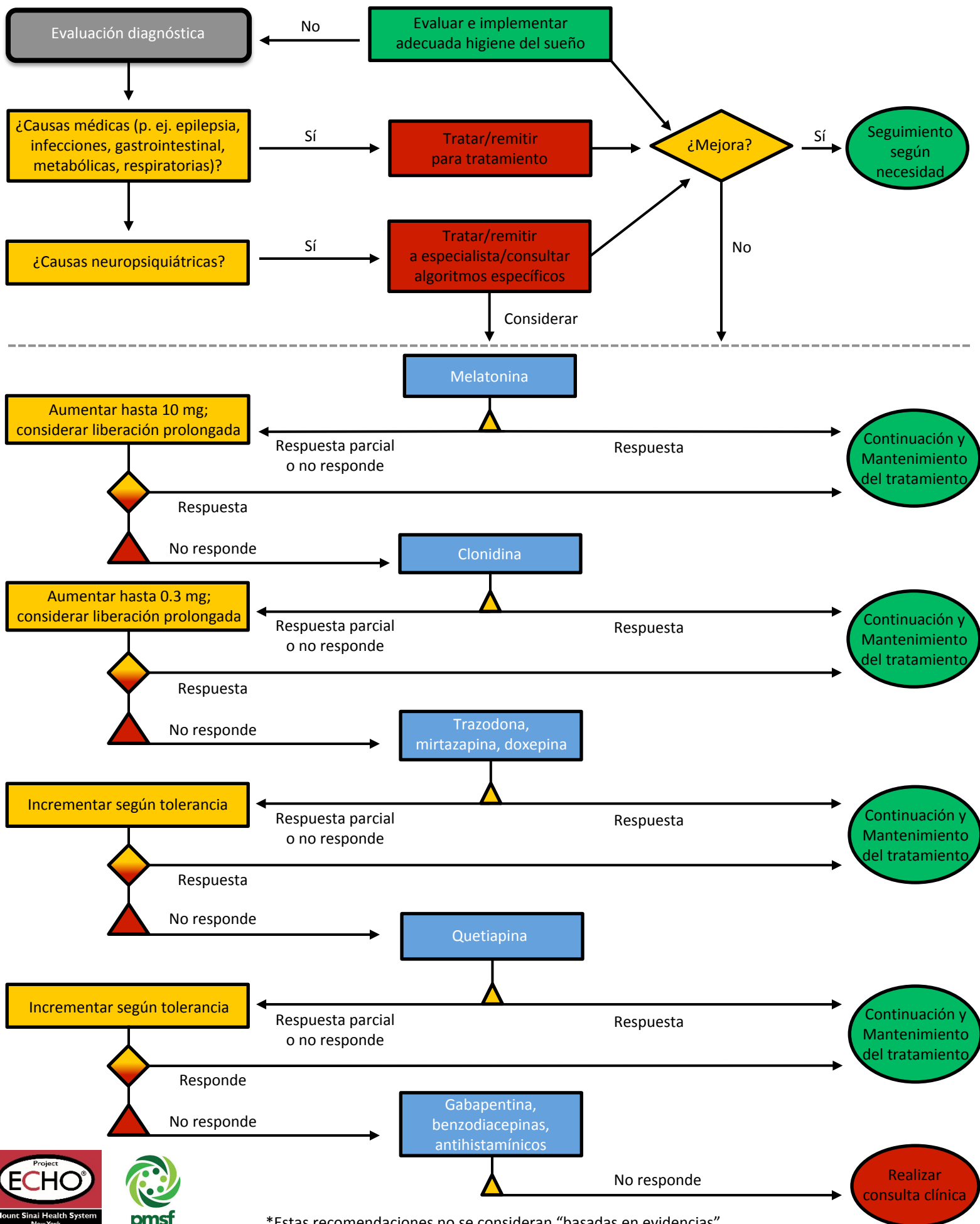
Recomendaciones de Consenso de Expertos* para el Manejo Farmacológico del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad en el Síndrome de Phelan-McDermid



*Estas recomendaciones no se consideran "basadas en evidencias"

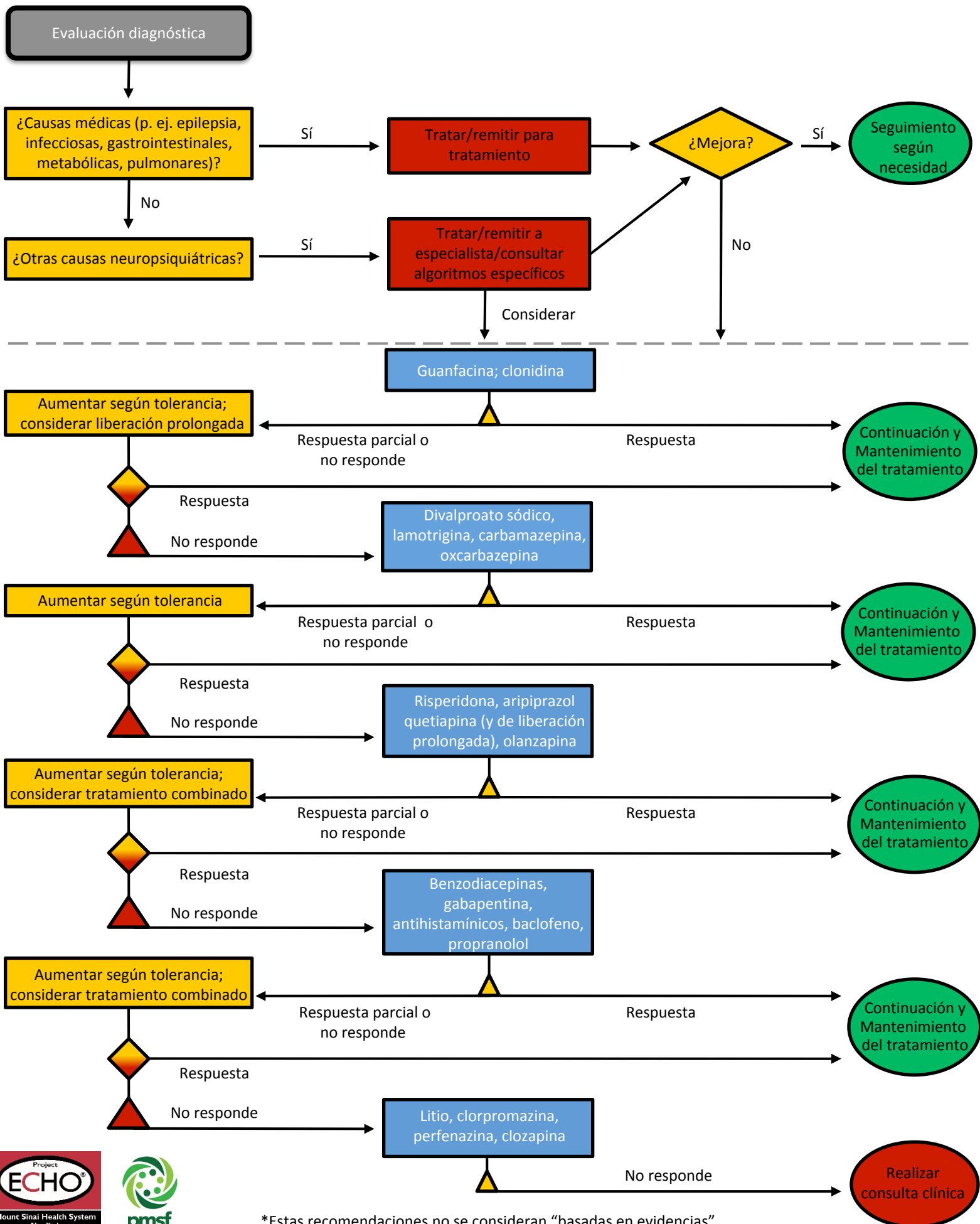
+ Se recomienda comenzar con este fármaco, excepto que haya alguna contraindicación

Recomendaciones de Consenso de Expertos* para el Manejo Farmacológico de los Trastornos del Sueño en el Síndrome de Phelan-McDermid



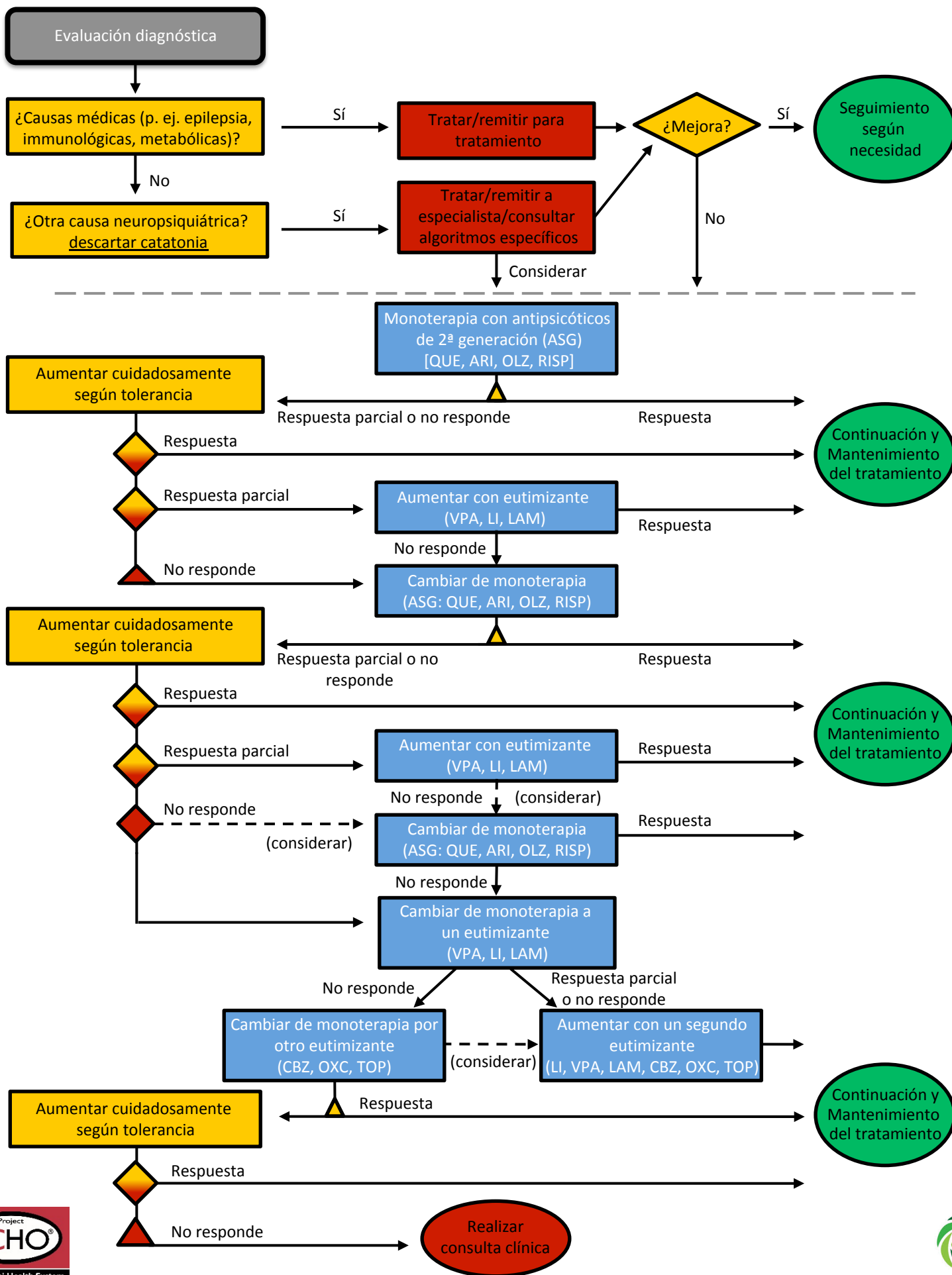
*Estas recomendaciones no se consideran "basadas en evidencias"

Recomendaciones de Consenso de Expertos* para el Manejo Farmacológico de la Irritabilidad y la Agresividad en el Síndrome de Phelan-McDermid



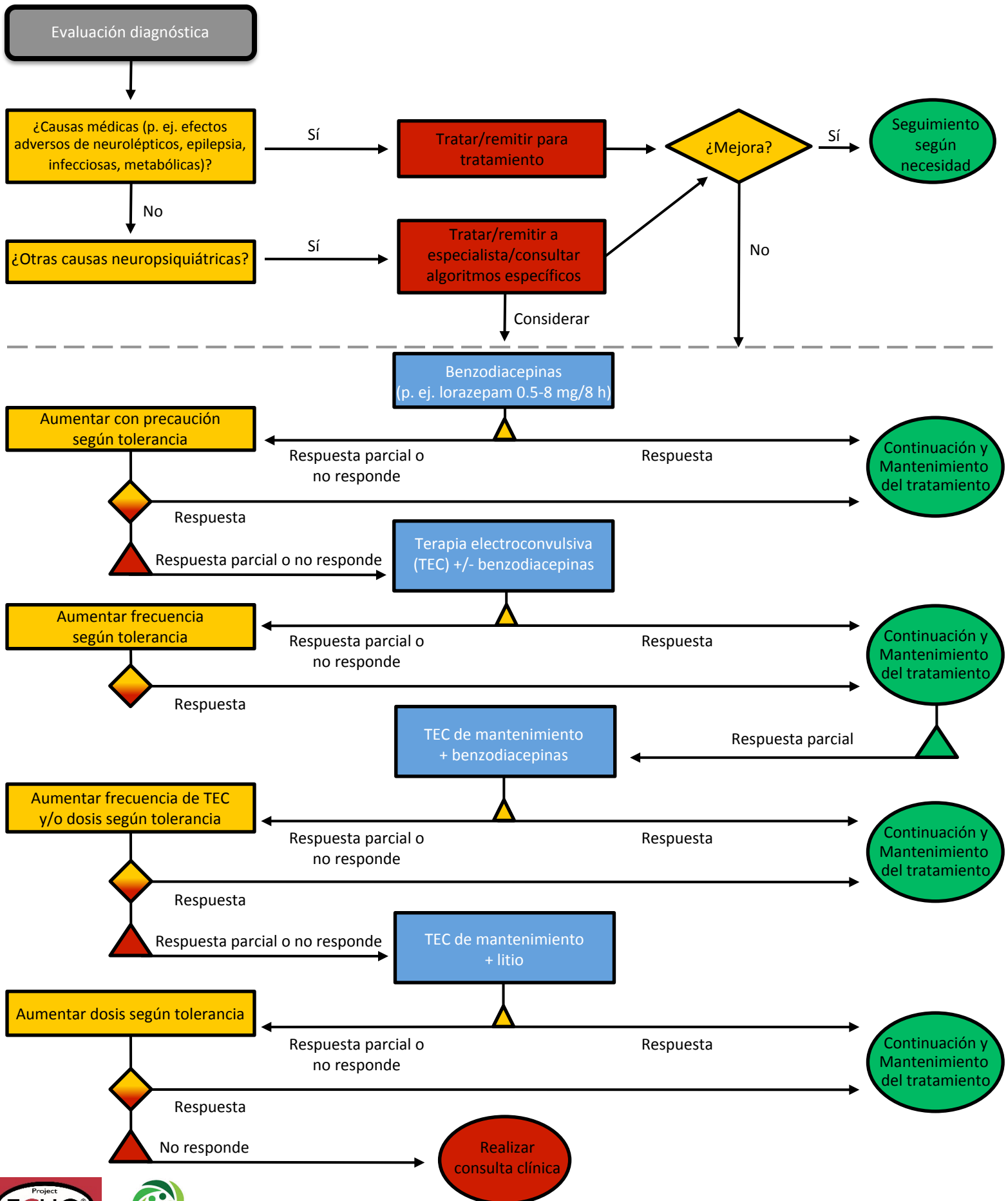
*Estas recomendaciones no se consideran "basadas en evidencias"

Recomendaciones de Consenso de Expertos* para el Manejo Farmacológico de los Cambios Cíclicos en el Estado de Ánimo en el Síndrome de Phelan-McDermid



*Estas recomendaciones no se consideran "basadas en evidencias"

Recomendaciones de Consenso de Expertos* para el Manejo Farmacológico de la Catatonía** en el Síndrome de Phelan-McDermid



**** Notas sobre el Algoritmo de Tratamiento para el Manejo Farmacológico de la Catatonía en el Síndrome de Phelan-McDermid**

- Se recomienda empezar con lorazepam 0.5-1 mg (3 veces al día), aumentando la dosis 0.5 mg (3 veces al día) cada dos a tres días, según la respuesta de los síntomas.
- Monitorizar de forma objetiva la frecuencia de los síntomas de catatonía para guiar cuidadosamente la titulación del fármaco. Puede continuar aumentando el lorazepam hasta que haya un estancamiento en la mejora de los síntomas, o el paciente presente sedación excesiva.
- Monitorizar los signos vitales estrechamente y en caso de inestabilidad, remitir de forma urgente para TEC.
- Si no hay respuesta a las benzodiacepinas, la monoterapia con TEC es el siguiente paso asumiendo que la severidad de los síntomas lo requiere. La TEC puede no estar indicada si el paciente solo presenta retraso psicomotor dependiente de estímulos para generar una respuesta.
- Si solo hay respuesta PARCIAL a las benzodiacepinas, considerar aumentar el tratamiento con TEC. Se recomienda utilizar flumazenilo para revertir el efecto de las benzodiacepinas antes de administrar TEC. NO es necesario disminuir gradualmente el tratamiento con benzodiacepinas.
- Si hay respuesta PARCIAL a las benzodiacepinas y el resto de síntomas no justifica el uso de TEC, considerar tratamiento adyuvante con antidepresivos o eutimizantes, según lo indique la psicopatología subyacente.
- La TEC aguda debe ser administrada al menos 3 veces por semana con colocación BILATERAL de los electrodos y control adecuado de la calidad de la convulsión.
- Si la respuesta a la TEC bilateral es inadecuada, consultar con un experto los parámetros técnicos de la TEC y las medicaciones asociadas, con el fin de mejorar la calidad de la convulsión.
- Todo paciente que responde a la TEC necesita tratamiento con fármacos para disminuir la frecuencia de la TEC de mantenimiento y mantener la estabilidad clínica.
- Cuando la frecuencia de la TEC llegue a dos veces por semana, empezar tratamiento con litio y titular la dosis hasta alcanzar niveles terapéuticos en sangre, mientras se continúa disminuyendo la frecuencia de la TEC.