

Depresión. Elección del tratamiento antidepressivo

En general los antidepressivos (ADs) tienen una eficacia similar, pero:

Los pacientes pueden responder de manera preferente a una clase concreta e incluso a un determinado fármaco y existen factores predictivos de respuesta a un fármaco, antecedentes personales y /o familiares de respuesta al fármaco.

De manera general se puede escoger el antidepressivo en función de:

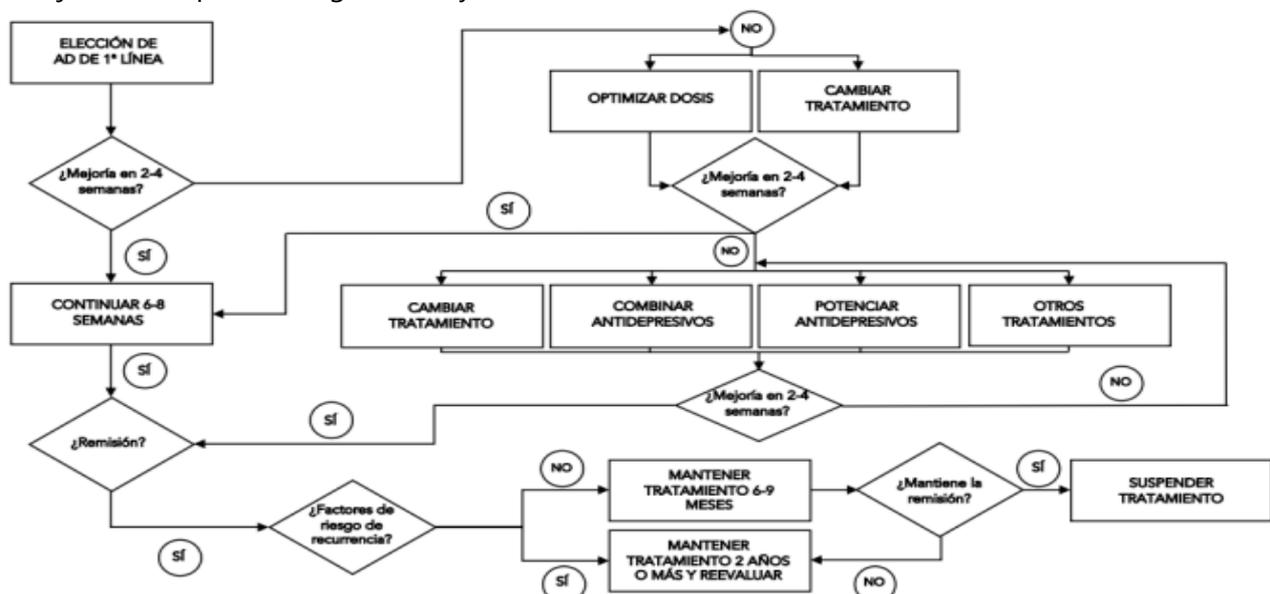
Los síntomas depresivos:

Anhedonia. Falta de energía. Poca motivación. Cansancio.	Ansiedad leve/moderada. Insomnio leve/moderado	Ansiedad grave. Insomnio grave.	Síntomas somáticos.	Depresión Melancólica
Bupropion	Paroxetina. Sertralina. Agomelatina	Escitalopram Agomelatina.	Venlafaxina. Duloxetina.	Imipramina. Clomipramina.
Sertralina. Fluoxetina		Citalopram Mirtazapina. Trazodona		
Venlafaxina Duloxetina. Agomelatina		Paroxetina		
Reboxetina				

o por **patología asociada:**

Constipación Intestinal	Evitar Paroxetina, Reboxetina y ADT
Epilepsia	Evitar Bupropion y ADT
Disfunción Sexual	Preferibles Bupropion, Reboxetina y Agomelatina
HTA	Evitar dosis altas de Venlafaxina
Hipotensión	Evitar Reboxetina, Mirtazapina y ADT
Hepatopatía con elevación de transaminasas	Evitar Duloxetina y Agomelatina
Síndrome Ansioso	Evitar Bupropion y Reboxetina
Obesidad	Evitar Mirtazapina
Prolactinoma	Evitar ISRS excepto Sertralina
Arritmias y cardiopatía isquémica	Preferencia por ISRS excepto Citalopram y Escitalopram

Manejo de la depresión según NICE y CANMAT



Ampliación de la información terapéutica en las siguientes páginas.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON ISRS.

Comparten la inhibición de la recaptación de la serotonina (5-HT) e inhibición del transportador de la serotonina (SERT).

Cada uno tiene unas propiedades farmacológicas de tal forma que se utilizará uno u otro, en función del perfil sintomático y características del paciente.

Los ISRS se consideran que tienen un **perfil adecuado** para los pacientes que presentan clínica del llamado **Síndrome de deficiencia serotoninérgica en Episodio Depresivo Mayor, asociado al Aumento de Afecto Negativo**.

Caracterizado por: Humor depresivo + culpa, disgusto, miedo, ansiedad, hostilidad, irritabilidad, síntomas de soledad.

Los ISRS **fracasan** en resolver los síntomas ligados a **Disminución del Afecto Positivo**

Falta de: interés, placer, felicidad, baja energía, entusiasmo, alerta y autoestima.

Pueden producir o intensificar este tipo de síntomas, es la denominada Recuperación apática o síndrome de indiferencia emocional.

Peculiaridades y dosificación de los ISRS

Fluoxetina. (20-80 mg/d)

Tiene efecto energizante, antifatiga y aumento de atención.

Menos indicado en depresión con ansiedad, agitación o insomnio.

Sertralina. (50-200mg/d)

Débil acción sobre la energía, motivación y concentración, con dudosa acción ansiolítica.

Paroxetina. (20-50mg/d)

Preferible su utilización en pacientes con ansiedad, acción tranquilizante desde el inicio.

Fluvoxamina. (100-300mg/d)

Es uno de los más sedantes.

Citalopram. (20-60 mg/d)

Es bien tolerado, sus efectos secundarios son leves y tiene leves propiedades antihistamínicas.

Para que el tratamiento sea óptimo requiere dosis elevadas.

Escitalopram. (10-20 mg/d)

Requiere dosis menores y no parece tener las propiedades antihistamínicas.

Se considera que es el mejor tolerado y el que menos interacciones farmacocinéticas produce.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADTs)

Amitriptilina. Dosis 75-300mg/d.

Acción sedante y antiálgica.

Proconvulsivante, cardiotoxico, acción anticolinérgica.

Imipramina. Dosis 50-150mg/d.

Menos sedante. Indicado en enuresis.

Clomipramina. Dosis 100-250mg/d.

Indicado en TOC. Rápido efecto en insomnio y ansiedad.

Depresión grave, fundamentalmente D. melancólica

Nortriptilina. Inicialmente NA. Dosis 10-25 mg/d

Maprotilina. (2ª generación) Inicialmente NA. Dosis 75-150 mg/d.

Muy proconvulsivante. Suele asociarse a ISRS.

Tianeptina. Farmacológicamente distinto a los ADT. Dosis 25-50 mg/d.

Modulador glutamatérgico, aumenta recaptación de 5-HT. Tres veces al día (ancianos 1c/12 horas). Con Tramadol incrementa riesgo de convulsiones.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA.

IMAO.

Fenelcina. Dosis Indicados en T de ansiedad con síntomas depresivos, TOC, T. de pánico, Depresiones atípicas

RIMA

Moclobemida. Dosis 300-450mg/d. Mejora rendimiento cognitivo, antagoniza levemente los efectos del alcohol.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA. Y NORADRENALINA (IRSN).

Venlafaxina. Acción «flexible», inhibición dosis dependiente. Elevado perfil de eficacia. Dosis 75 - >250 mg/d (Dosis habitual 150mg/d)

Desvenlafaxina. Dosis 50-100mg/d.

Duloxetina. Dosis 60-120mg/d. Eficaz sobre todos los grupos de síntomas (afectivos, cognitivos y somáticos).

Eficaz en dolor neuropático, fibromialgia, incontinencia funcional urinaria.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA (ISRN)

Reboxetina. Dosis 4-8mg/d. Eficaz en depresión con falta de energía, interés, capacidad de trabajo y conducta social.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NORADRENALINA (IRND).

Bupropion. Dosis 150-300mg/d. Antidepresivo, aumenta motivación y activación, recuperación anhedonia, aumento de atención, aprendizaje y memoria

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON ANTAGONISTAS α_2 (NA α).

Mirtazapina. Dosis 15-30mg/d. Eficaz en depresión y ansiedad. Acción sedante importante.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN CON BLOQUEO DE RECEPTORES 5-HT_{2A} Y C E INHIBIDOR DE RECAPTACIÓN DE 5-HT (SARI)

Trazodona. Dosis 25-100mg/d. Se utiliza como hipnótico.

Nefazodona. Dosis 300-600mg/d

NUEVOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN.

Agomelatina. Agonista melatoninérgico (MT1/MT2) y antagonista serotoninérgico (5HT2C).

Regula la supresión de la liberación de melatonina por la luz. Refuerza neurogénesis y al factor de crecimiento neuronal (BDNF). Restablece fase vigilia-sueño. Resincroniza ritmos circadianos. Disminuye la liberación de glutamato inducido por estrés.

Dosis 25-50mg/d. Control de función hepática.

Vortioxetina. Multimodal. Bloquea la recaptación del transportador deserotonina (SERT); actúa sobre receptores de proteína G (antagonista parcial 5HT1A, 1B y D; antagonista 5HT7) y canales iónicos (5HT3).

Incrementa serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e histamina. Antidepresivo procognitivo (?)

Dosis 10-20 mg/d.

Vilazodona. Multimodal. Agonista parcial serotoninérgico (5HT1A) e inhibidor del transportador de serotonina (SERT)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN EL TIPO DE DEPRESIÓN.

Episodio depresivo leve.

No hay estudios que establezcan eficacia de los fármacos, aunque los ADs pueden ser eficaces.

Psicoterapia (?)

Episodio depresivo único moderado/grave sin síntomas psicóticos.

Tratamiento de primera elección ADs no IMAOs (excepto D Atípica), salvo que este indicado TEC.

Si respuesta es *satisfactoria* mantener tratamiento 12-24 meses.

Si *no hay respuesta*: Revisar diagnóstico y tratamiento. Revisar cumplimiento. Confirmar dosificación correcta.

En caso de *resistencia*:

Optimización. Elevar dosis hasta al máximo.

Combinación. Añadir al AD inicial otro de perfil bioquímico o farmacodinámico distinto (ISRS+Bupropión; ISRS+IRSNA; etc.)

Adicción. Añadir al AD otra sustancia no propiamente AD (litio, T3, metilfenidato, antipsicóticos de segunda generación)

Sustitución. Por otro AD no IMAO de perfil bioquímico distinto. Por un ADT. Por un IMAO

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Primera elección TEC

AD + Antipsicóticos atípicos (quetiapina, aripiprazol)

Depresiones atípicas.

IMAOs (Fenelzina)

ISRS

A menudo requiere asociar inicialmente BZD

Trastorno depresivo recurrente.

Si aparece recurrencia durante tratamiento profiláctico de 1º episodio, optimizar dosis o pasar al tratamiento del episodio resistente.

Si aparece 2º episodio utilizar el tratamiento eficaz en 1º episodio y mantener tratamiento tras remisión 3-5 años, si paciente > 65 años, mantener tratamiento indefinido.

3º episodio depresivo tratamiento de mantenimiento indefinido

Distimia.

Dadas las características clínicas, el tiempo de evolución (>2 años), elevada comorbilidad con otros

trastornos, es probable que el paciente haya realizado anteriores tratamientos, que debemos tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento.

ADs +Psicoterapia.

Como el tratamiento del episodio leve o moderado.

Si presenta «Depresión doble» tratar como las depresiones graves.

Mantenimiento hacer como en episodio depresivo recurrente.

Adaptado de:

Sesión clínica "Trastornos depresivos" de la Dra. María Ángeles Albarrán Barrado. FEA de Psiquiatría. CHUAC A CORUÑA Desprescripción de Antidepresivos. Boleín Farmacoterapéutico de Castell- La Mancha. Vol XXII. Nº 3. 2021. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_2021_3_desprescripcion_de_antidepresivos_1.pdf

Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016. Clinical Guidelines for the Management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. 2016 Sep; 61(9): 540-560.

NICE-National Institute for Health and care Excellence. NICE Pathways. Antidepressant treatment in adults. September 2019. Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>