



Lucía Arroyo
Farmacéutica comunitaria. Oviedo

Antidepresivos en los tratamientos de la depresión

El abordaje desde la oficina de farmacia de cualquier tratamiento para una enfermedad relacionada con los trastornos mentales siempre produce ciertos reparos al farmacéutico de oficina de farmacia, y la depresión no es una excepción. La farmacología es complicada: las innovaciones terapéuticas, las reacciones adversas, las interacciones y la dificultad para medir la efectividad del tratamiento, junto con las connotaciones que tiene la comunicación farmacéutico-paciente en el mostrador, la convierten en una de las enfermedades más difíciles a la hora de poner en práctica la dispensación con los procedimientos de atención farmacéutica.

Dispensación de antidepresivos para la depresión

Lo primero que debemos conocer cuando dispensamos un antidepresivo es la indicación, ya que también se utilizan para otros problemas de salud, como migrañas (ADT), dolores neurálgicos (ADT) y trastornos de ansiedad no asociados a depresión (ISRS). También es muy importante, después de conocer la indicación, discernir si se trata de un tratamiento de inicio, de continuación o de recaída.

Tratamiento de inicio

Cuando un paciente inicia un tratamiento con antidepresivos para una depresión, siempre deben tenerse en cuenta los mismos puntos, que son iguales para todas las moléculas, aunque la farmacología sea muy diversa:

- *Comprobar que el paciente conoce la pauta y dosificación* (tabla 1): reforzar la idea de que la efectividad del fármaco requiere un tiempo de latencia; lo habitual es que el paciente empiece a mejorar a partir de las 2-3 semanas de tratamiento. También es importante comprobar que es capaz de seguir el tratamiento de la forma adecuada: partir los comprimidos en el caso de que la dosis inicial lo requiera y la farmacocinética lo permita, distinguir si son comprimidos sublinguales, y todo lo que tenga que ver con la manipulación del medicamento.

La tabla 1 es sólo orientativa. La variabilidad individual en los fármacos antidepresivos y las pautas de los psiquiatras, cuando no consiguen estabilizar al paciente, hacen que, muchas veces, nos encontremos con dosis aparentemente fuera del rango terapéutico.

El grupo terapéutico de los antidepresivos es muy amplio, de modo que, en esta ficha, no se incluyen todas las moléculas comercializadas, pero sí las más comunes y todos los grupos moleculares entre los que se divide actualmente la farmacología para la depresión, excepto los IMAO, ya que hoy en día se utilizan muy poco.

Tabla 1. Fármacos antidepresivos

Clase antidepresivo	Antidepresivos más comunes	Dosis media/dosis rango (DMDR) (mg/día)	Rango terapéutico (mg/día)
ISRS	Paroxetina	20	20-60
	Fluoxetina	20	20-80
	Sertralina	50	50-200
	Citalopram	20	20-60
	Escitalopram	10	10-40
	Fluvoxamina	75	50-300
Antidepresivos tricíclicos (bloqueo de la recaptación de serotonina y NA, y algo sobre de la dopamina)			
	Amitriptilina	100	75-300
	Clomipramina	100	75-300
NASSA	Mirtazapina	15	15-75
IRSN	Venlafaxina	75	75-300
	Duloxetina	60	60-120

- *Abordaje activo de los efectos secundarios* (tabla 2): deberemos informar siempre de los posibles efectos secundarios, anticiparnos y revisar sistemáticamente su posible aparición, así como tranquilizar al paciente y facilitarle el control de la dosificación. En la tabla se reflejan los más frecuentes y documentados en la bibliografía básica, según el grupo terapéutico.
- *Comprobar posibles interacciones y contraindicaciones con la medicación habitual*: deberíamos distinguir dos tipos de interacciones, las que pueden originar problemas de seguridad en el paciente y las que puedan causar problemas de efectividad, ya que existen fármacos que disminuyen el efecto del antidepresivo.

En el caso del uso concomitante de antidepresivos de distintas clases, existen numerosas interacciones que vierten directamente en síndromes serotoninérgicos o en aumentar la toxicidad de uno de los dos medicamentos; sin embargo, nos ha parecido más importante señalar las interacciones que más comúnmente podemos encontrar (tablas 3 y 4).

Tratamiento de continuación

En dispensación para tratamiento de continuación nos centraremos, fundamentalmente, en tres aspectos:

- *Efectividad*: al tener distintas alternativas terapéuticas en un mismo grupo, la variabilidad individual es impor-



Tabla 2. Clasificación antidepresivos. Efectos secundarios más frecuentes

ISRS

Náuseas, disfunción sexual, malestar gastrointestinal y diarrea. Con las dosis iniciales, los pacientes pueden referir un empeoramiento de los síntomas: al aumentar el nivel de serotonina, el organismo reacciona con una regulación a la baja de los receptores

ADT

Bloqueo Rs Ach: boca seca, estreñimiento, visión borrosa y somnolencia

Bloqueo RSH-1: aumento de peso y somnolencia

Bloqueo Rs alfa-1: mareos, hipotensión y somnolencia

NASSA (mirtazapina)

Muy sedante, hipnótico, pauta nocturna. Notable aumento de peso. Buen antidepresivo con pocos efectos secundarios; se utiliza sobre todo como coadyuvante en los tratamientos

IRSN

Igual ISRS

Bloqueo NA: alteraciones de la presión arterial y nerviosismo

Tabla 3. Principales interacciones en los antidepresivos. Efectividad (disminuye acción antidepresivo)

ISRS	Fluoxetina-ciproheptadina Paroxetina-ciproheptadina Paroxetina-antiepilépticos
ADT	Tabaco, antiepilépticos y L-dopa Sucralfato-amitriptilina Colestiramina-imipramina

tante dentro de cada grupo terapéutico. Reforzar la confianza en el cambio de principio activo, aunque sea del mismo grupo, es la clave del cumplimiento en algunas ocasiones.

- Balance beneficio-riesgo de los efectos secundarios: además de los relacionados en la tabla 2, pueden aparecer otros no tan frecuentes o documentados que igualmente pueden ser causa de incumplimiento y que exigen la búsqueda intensiva de su posible causalidad en la bibliografía especializada.
- Reforzar el cumplimiento: sobre todo en aquellas fases de la enfermedad en que el paciente mejora notablemente y piensa que no es necesario continuar el tratamiento.

Tratamiento en recaídas

En la recaída, que podemos considerar como una variante dentro de los tratamientos de inicio, es importante distinguir si se debe a:

- Inefectividad del tratamiento.
- Incumplimiento por abandono del tratamiento antes del periodo necesario para la remisión de la enfermedad.
- Incumplimiento por abandono del tratamiento debido a efectos secundarios.

El uso de fármacos antidepresivos en pacientes de riesgo y los antidepresivos recomendados en pacientes con enfermedades concretas se especifican en las tablas 5 y 6, respectivamente.

Tabla 4. Principales interacciones en los antidepresivos. Seguridad

Fármaco añadido	Resultado de la interacción
ISRS Anticoagulantes orales Hipérico, tramadol y triptanes	Aumento del efecto anticoagulante Síndrome serotoninérgico
ADT Anticoagulantes orales Efedrina, fenilefrina, fenilpropanolamina Antihipertensivos	Aumento del efecto anticoagulante Aumento del efecto vasopresor Disminución del efecto antihipertensivo
Mirtazapina y venlafaxina Cimetidina	Aumenta la toxicidad del fármaco

Tabla 5. Uso de fármacos en pacientes con riesgo

Embarazo: Aunque todos los psicofármacos atraviesan la barrera placentaria, se han realizado estudios con ADT e ISRS que demuestran que ninguno de ellos está contraindicado y que prácticamente no tienen efectos teratogénicos. Se recomiendan sertralina o fluoxetina

Lactancia: Recomendados: amitriptilina, nortriptilina, clomipramina y sertralina. Fluoxetina y doxepina han provocado algunos efectos adversos en los lactantes

Ancianos: La prevalencia entre los ancianos es alta; suelen presentar síntomas somáticos, con lo que la enfermedad puede pasar desapercibida. Son especialmente sensibles a los efectos anticolinérgicos y cardíacos de los ADT, y es importante controlar la posible aparición de hipotensión ortostática. Se utilizan normalmente ISRS (precaución con tratamientos prolongados de fluoxetina)
Venlafaxina y nefazodona

Tabla 6. Antidepresivos recomendados en pacientes con enfermedades concretas

Enfermedad cerebrovascular o cardíaca: Debido a los efectos secundarios cardíacos, es mejor evitar el tratamiento farmacológico. En el caso de que sea imprescindible:

ISRS, trazodona y nefazodona: Riesgo de hipotensión y de aumentar los niveles de digoxina

Venlafaxina: Riesgo de subidas de la presión arterial
Nortriptilina

Parkinson: ADT, ya que mejoran los síntomas del Parkinson: amitriptilina y doxepina. Los ISRS no son bien tolerados

Cáncer: Se prefieren los ISRS

Diabetes: Venlafaxina

Los ISRS tienen un ligero efecto hipoglucémico. Los ADT complican el control glucémico al aumentar el apetito

Obesidad: Todos los antidepresivos producen aumento de peso; los que tienen menor incidencia son ISRS y trazodona

Úlcera péptica: Los ADT reducen el ácido gástrico. Los ISRS aumentan el riesgo de hemorragia

Glaucoma: ISRS y nefazodona. Los ADT deben evitarse por sus efectos anticolinérgicos

Bibliografía

Vergouwen AC, et al. Improving adherence to antidepressants: a review. J Clin Psychiatry. 2003; 64: 1.415-1.420.
Lingam R & Scott J. Acta Psych Scand. 2002.
<http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp>

