



Depresión en el adulto

Manejo y tratamiento

Leyre Palau Salas R2 MFYC

Centro de Salud Rafalafena

Tutora: Anna Sola Sandtner



Según la OMS:



Afecta a 121 millones de personas en el mundo.



1 de cada 5 personas desarrollará un cuadro depresivo en su vida.

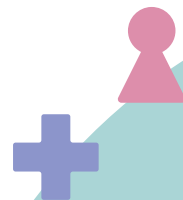


Es una de las principales causas de discapacidad. Un 4.3% de la carga global de enfermedad.



Es el trastorno mental más costoso en Europa. Un 33% del coste total destinado a salud mental.

Debido a su alta prevalencia, el impacto en la salud y productividad, los costes que produce y el papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio; supone un desafío para nosotros como médicos de familia.

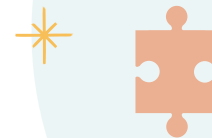




Concepto de Depresión

La depresión es un conjunto de síntomas de predominio afectivo caracterizado por:

- Tristeza, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, pérdida de interés y disfrute en cosas y experiencias ordinarias
- Ausencia de un afecto positivo y estado de ánimo bajo.
- También se compone de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático.
- Es una afectación global psíquica y física.





Proceso multifactorial:

FACTORES PERSONALES Y SOCIALES:

Más frecuente en mujeres, comienza en la adolescencia y se mantiene en la edad adulta.

Se asocia a enfermedades crónicas y al consumo de alcohol y tabaco.

Se relaciona con rasgos de personalidad neuróticos, trastornos de ansiedad y migrañas.

Más frecuente en personas con bajos recursos económicos, desempleo y estado civil soltero, viudo o divorciado.

FACTORES COGNITIVOS:

Relacionado con creencias disfuncionales, estilo rumiativo y esquemas negativos.

FACTORES FAMILIARES Y GENÉTICOS:

Más frecuente en descendientes de personas con depresión.

Se asocia a un polimorfismo de un gen que codifica el transportador de la serotonina.



La gravedad de la Depresión

La gravedad de la depresión se compone esencialmente de 3 elementos:

- síntomas (que pueden variar en frecuencia e intensidad).
- duración del trastorno.
- el impacto en el funcionamiento personal y social.

Tradicionalmente:

4 categorías de gravedad:

Bajo umbral

Leve

Moderada

Grave

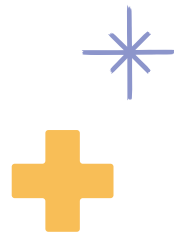


Nueva guía:


2 grandes grupos:

Menos grave/severa

Más grave/severa



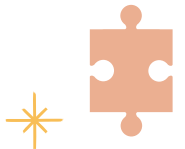
Diagnóstico

 Hay que estar alerta ante un posible episodio de depresión, particularmente en personas con antecedentes de depresión o un problema crónico de salud física con discapacidad funcional. En estos casos debemos preguntar:




 **1.** Durante el último mes ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?

 **2.** Durante el último mes, ¿ha sentido tener poco interés o placer en hacer las cosas?



Diagnóstico

 Si responde que sí a cualquiera de estas dos cuestiones, hay que interrogar al paciente sobre:

Historia de depresión y trastornos físicos o de salud mental coexistentes.

Historia de elevación del estado de ánimo (para determinar si la depresión puede ser parte de trastorno bipolar).

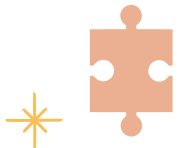
Experiencia pasada y respuesta a tratamientos anteriores.

Fortalezas personales y recursos, incluyendo relaciones de apoyo.

Dificultades con las relaciones interpersonales anteriores y actuales.

Estilo de vida actual (dieta, actividad física, sueño).

Experiencia reciente o pasada de eventos estresantes o traumáticos (despido, divorcio, duelo).



Diagnóstico

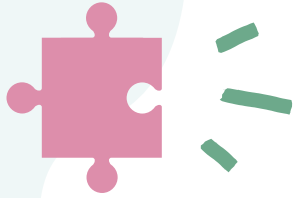
Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual



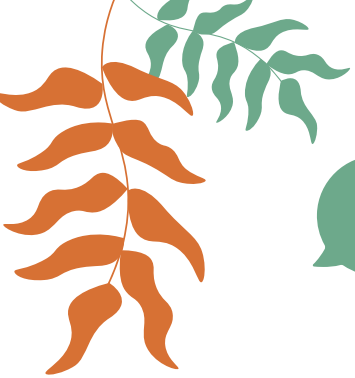
Siempre preguntar a las personas con depresión directamente acerca de la ideación suicida y la intención.

Si hay riesgo de autolesión o suicidio:

- Evaluar si tiene un apoyo social adecuado y es consciente de las fuentes de ayuda.
 - Organizar la ayuda adecuada al nivel de necesidad.
- Aconsejar a la persona que busque más ayuda si la situación se deteriora.

Si una persona con depresión presenta un riesgo de daño a ellos mismos u otros, remitirlos con urgencia a especialistas en salud mental.





Riesgo de suicidio 4 veces mayor en personas con depresión.

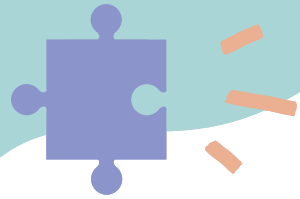


Riesgo de suicidio 20 veces mayor en personas con depresión GRAVE.



Más frecuente en: hombres, historia familiar de suicidio, intento previo, depresión grave, abuso de alcohol y otras drogas, trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad.





Antes de iniciar tratamiento



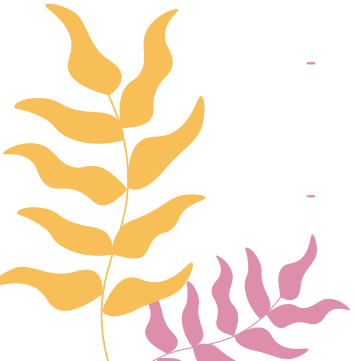
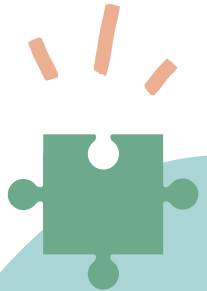


Discutir y acordar un plan de manejo con el paciente:

- Las opciones de tratamiento.
- La dosis y cómo la dosis puede necesitar ser ajustada progresivamente.
- Los beneficios del tratamiento.
- Los daños, tanto los posibles efectos secundarios (por ejemplo, aumento de peso, sedación, efectos en la función sexual) como los efectos de abstinencia.
- Cualquier preocupación que pueda tener sobre tomar o suspender el medicamento.

Informar sobre:

- Cuánto tiempo se tarda en ver un efecto (por lo general 4 semanas).
- Cuándo será su próxima revisión (por lo general a las 2 semanas para comprobar si están mejorando y observar los efectos secundarios).
- La importancia de seguir las instrucciones sobre cómo tomar medicamentos antidepresivos (la hora del día, las interacciones con otros medicamentos y el alcohol).
- La duración del tratamiento (en un 1 episodio suele ser de 6 meses, en un 2 episodio de 1 año y en un tercero se valora ser de forma permanente).





ANTIDEPRESIVOS



MECANISMO DE ACCIÓN:

Bloquean la bomba de recaptación de NE (Noradrenalina), 5HT (Serotonina), y en menor medida de DA (Dopamina).

EFECTOS SECUNDARIOS:

Bloqueo de receptores colinérgicos muscarínicos: sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, problemas de memoria.

Bloqueo de los receptores de Histamina H1: sedación, ↑ peso.

Bloqueo de los receptores adrenérgicos α_1 : hipotensión ortostática y mareos.

Bloqueo de los canales de calcio en corazón y cerebro: arritmias y paradas cardíacas, crisis convulsivas.





Conceptos importantes



No empiezan a actuar hasta pasadas 2-3 semanas



Empezar por dosis pequeñas e ir aumentando progresivamente.



No se puede valorar eficacia hasta pasadas 6-8 semanas



Ajustar la dosis en Insuficiencia Renal y Hepática.





ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL AÑADIR UN FÁRMACO:



EJEMPLO:

Quiero añadirle a mi paciente un Fármaco A que su rango de dosis es 100-300 mg.

FÁRMACO A (50 mg) ----- 7 días----- FÁRMACO A (100 mg) ----- Mantengo 6-8 semanas

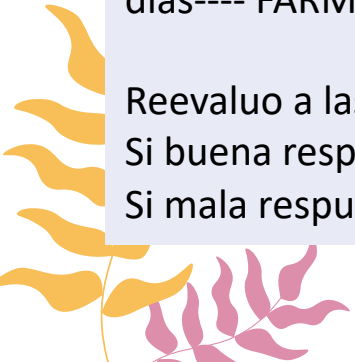
También si quisiera empezar más progresivamente podría:

FÁRMACO A (25 mg) ---- 7 días---- FÁRMACO A (50 mg) ---- 7 días---- FÁRMACO A (75 mg) ---- 7 días---- FÁRMACO A (100 mg) ---- Mantengo 6-8 semanas

Reevaluo a las 2 semanas del inicio del tratamiento:

Si buena respuesta espero 4-6 semanas más sin subir la dosis.

Si mala respuesta aumento a 150 mg y mantengo 6-8 semanas.





1.

ISRS

(Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina)

	Sertralina	Escitalopram	Fluoxetina	Fluvoxamina	Paroxetina
Dosis	<p>Adultos: 100-200 mg/día</p> <p>Ancianos: 50-200 mg/día</p>	<p>Adultos: 15-20 mg/día</p> <p>Ancianos: 5-10 mg/día</p>	<p>Adultos: 20-80 mg/día</p> <p>Ancianos: 10-40 mg/día</p>	<p>Adultos: 100-200 mg/día</p> <p>Ancianos: 50-20 mg/día</p>	<p>Adultos: 20-50 mg/día</p> <p>Ancianos: 10-40 mg/día</p>
Elección	<p>IR (no ajuste dosis. Si se puede en diálisis)</p> <p>Cardiopatías.</p> <p>Embarazo y Lactancia.</p> <p>Ancianos y Polimedicados (pocas interacciones).</p>	<p>Ancianos y Polimedicados (pocas interacciones farmacológicas)</p>	<p>Atracones, Hiperfagia, Obesidad</p>		
Efectos 2os	<p>Diarrea</p>	<p>Prolonga QT</p>	<p>Anorexia</p>	<p>Muchas interacciones farmacológicas (inh citocromo P450) → aumentando los niveles plasmáticos de otros fármacos</p>	<p>Sd retirada, Disfunción sexual</p>



2.

ISRN o DUALES

(Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina)

Venlafaxina

Desvenlafaxina

Duloxetina

Dosis

Adultos: 150-300 mg/día (<150mg es un ISRS)

Ancianos: 150-300 mg/día

Adultos: 50-200 mg/día

Ancianos: 50-200 mg/día

Adultos: 60-120 mg/día

Ancianos: 30-120 mg/día

Elección

No ajuste de dosis en IH ni en IR leve.
Pocas interacciones farmacológicas.
Mejor tolerabilidad y menor disfunción sexual que la venlafaxina.

Dolor (neuropático periférico),
Fibromialgia

Efectos 2os

Anorexia, náuseas, aumento de la TA, Cefalea

Anorexia, náuseas, aumento de la TA, Cefalea

Nauseas, Cefalea, Sudoración, aumento de la TA



No están CI en HTA controlada.

Evitarlos cuando HTA descontrolada.

Se aconseja medir las cifras de TA durante la introducción, aumento de dosis y 2 semanas después de llegar a la dosis deseada.

Si hay aumento de TA valorar si cambiar AD o aumentar anti HTA





3.

OTROS





VORTIOXETINA

Dosis:

- Adultos: 15-20 mg/día
- Ancianos: 5-20 mg/día

Elección:

Pocas interacciones farmacológicas

No aumento de peso

Menor disfunción sexual

Mejoría síntomas cognitivos

Efectos 2os: Náuseas. Prurito.

MIRTAZAPINA

Dosis:

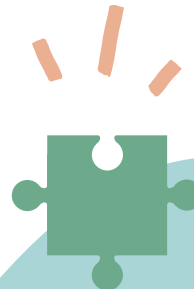
- Adultos: 15-45 mg/día
- Ancianos: 15-45 mg/día

para el insomnio una dosis de 7,5mg puede ser suficiente.

Poca disfunción sexual

Efectos 2os:

Sedación (dar por la noche), aumento apetito, hipotensión



MIANSERINA

Dosis:

- Adultos: 30-90 mg/día
- Ancianos: 30-90 mg/día

Para el insomnio, una dosis de 10-20mg puede ser suficiente.

Efectos 2os:

Sedación (dar por la noche), aumento apetito

TRAZODONA

Dosis:

- Adultos: 200-400 mg/día (máxima 600mg)
- Ancianos: 150-400 mg/día

Uso más frecuente: hipnótico

Para el insomnio, una dosis de 25-50mg puede ser suficiente. Aunque es posible que se necesiten 100-200mg.

Como ansiolítico (por el día) a dosis bajas de 25-50mg.

Efectos 2os: Sedación, priapismo, asma en alérgicos a AAS, hipotensión.

CI en IAM reciente (riesgo bloqueo cardíaco)





BUPROPION

Dosis:

- Adultos: 150-300 mg/día
- Ancianos: cuidado

En depresión se suele usar como potenciador


Para deshabituación tabáquica

No es ansiolítico

No produce disfunción sexual ni aumento de peso

Efectos 2os: inquietud, temblor, insomnio, convulsiones

CI Epilepsia



AGOMELATINA

Dosis:

- Adultos: 25-50 mg/día
- Ancianos: 25-50 mg/día (CI iniciar tto en ≥ 75 años)

En depresión se suele usar como potenciador

Requiere control hepático (inicio- 3 sem- 6 sem- 12 sem- 24 sem).

Menor disfunción sexual.

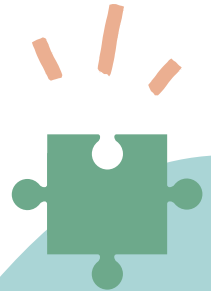
No aumento de peso.

No sedación diurna.

Mejora calidad sueño.

Efectos 2os: Aumento de transaminasas (interrumpir si aumenta 3 veces el límite).

CI insuficiencia hepática y iniciarlo en ≥ 75 años





TIANEPTINA

Dosis:

- Adultos: 1cp/8h
- Ancianos: 1cp/12h

No se suele usar

Pocas interacciones farmacológicas

No aumento de peso

Menor disfunción sexual

Mejoría síntomas cognitivos

REBOXETINA

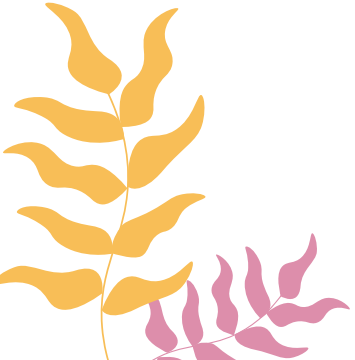
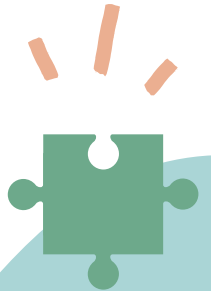
Dosis:

- Adultos: 1cp (4 mg)/12h - 1,5cp (6mg)/12h
- Ancianos: 0,5cp (2 mg)/12h

En depresión se suele usar como potenciador

Efectos 2os: taquicardia, retención urinaria, sudoración, insomnio

CI: IAM reciente





4.

RECOMENDACIONES



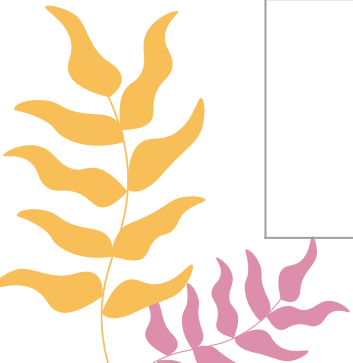
Por regla general:

Comenzar con ISRS (esperar el tiempo prudencial y llegar a dosis máximas) → DUAL o COMBINACIÓN



COMBINACIONES MÁS FRECUENTES

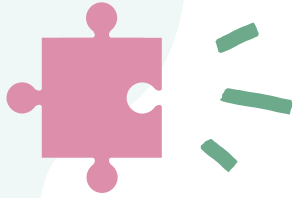
Fármaco Principal	Fármaco Potenciador
ISRS DUAL VORTIOXETINA	MIRTAZAPINA BUPROPION AGOMELATINA REBOXETINA





5.

SITUACIÓN ESPECIAL: PACIENTES CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO



Evaluar su estado mental y estado de ánimo antes de comenzar la prescripción, idealmente en persona.



Suele haber mayor prevalencia de pensamientos suicidas, autolesiones y de suicidio en las primeras etapas del tratamiento antidepresivo.



Revisión 1 semana después de comenzar el medicamento antidepresivo o aumentar la dosis.



Revisión de nuevo tan a menudo como sea necesario.



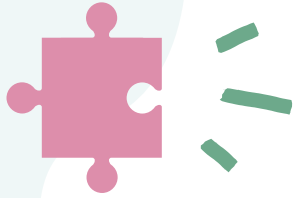
No iniciar el tratamiento con Antidepresivos Tricíclicos, excepto la lofepramina, ya que están asociados con mayor riesgo de sobredosis.





6.

SITUACIÓN ESPECIAL: PACIENTES ANCIANOS



Tener en cuenta la salud física de la persona, las comorbilidades y posibles interacciones con cualquier otro medicamento que puedan estar tomando.



Vigilar cuidadosamente a la persona en busca de efectos secundarios.



Estar alerta a un mayor riesgo de caídas y fracturas.



Estar alerta a los riesgos de hiponatremia (particularmente en aquellos con otros factores de riesgo para la hiponatremia, como el uso concomitante de diuréticos).





7.

EPIODIO DE DEPRESIÓN MENOS GRAVE/SEVERA



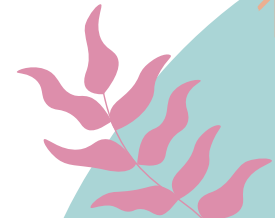
No quiere tratamiento

- Asegurarse de que la persona sabe que puede cambiar de opinión y cómo buscar ayuda.
- Proporcionar información sobre la naturaleza y el curso de la depresión.
- Citar de nuevo al paciente, dentro de 2 a 4 semanas para control.
- Si la persona no asiste a las citas de seguimiento, intentar ponerse en contacto con ellos en diversas ocasiones.



Si quiere tratamiento

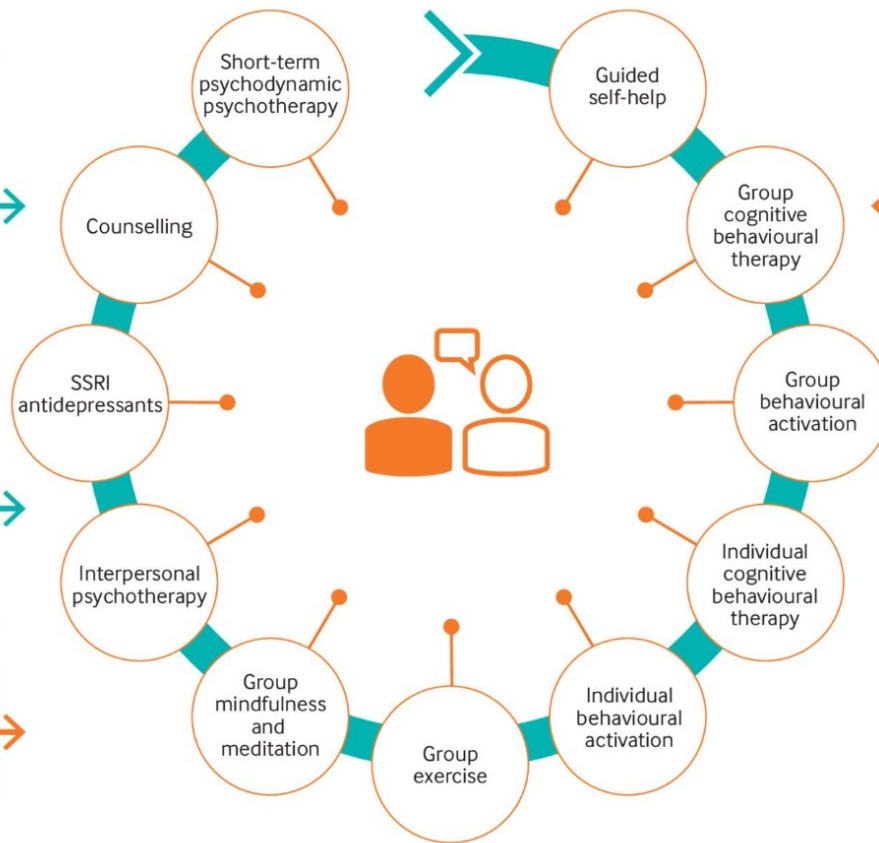
- No ofrecer directamente medicamentos antidepresivos como tratamiento de primera línea para la depresión menos severa, a menos que sea la preferencia de la persona.
- Opciones de tratamiento:




Discuss treatment options and match the choice of treatment to clinical needs and preferences, taking into account that any option can be used as first line, but consider the least intrusive and least resource intensive treatment first (guided self-help).

If the person has a clear preference, or experience from previous treatment to use as a guide: support the person's choice, unless there are concerns about suitability for this episode of depression.

Do not routinely offer antidepressants as a first-line treatment, unless that is the person's preference.




Treatment options are listed in order of recommended use, based on the committee's interpretation of their clinical and cost effectiveness and consideration of implementation factors.



Autoayuda guiada: Realizado por un profesional capacitado. 6-8 sesiones.

Son materiales impresos o digitales que se enfocan en cómo los pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamientos interactúan; y enseña habilidades para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente.



Terapia cognitiva conductual en grupo (TCC): Realizado por 2 profesionales capacitados. 8 sesiones. 8 participantes.


También se enfoca en cómo los pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamiento interactúan, y enseña habilidades para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente.

Activación conductual de grupo (BA): Realizado por 2 profesionales capacitados. 8 sesiones. 8 participantes.

Se centra en identificar el vínculo entre las actividades de un individuo y su estado de ánimo. Ayuda a la persona a reconocer patrones y planificar cambios prácticos.

TCC individual: Realizado por un profesional capacitado. 8 sesiones.

Se enfoca en cómo los pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamiento interactúan, y enseña habilidades para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente.



BA individual: Realizada por un profesional capacitado. 8 sesiones.

Se centra en identificar el vínculo entre las actividades de un individuo y su estado de ánimo. Ayuda a la persona a reconocer patrones y planificar cambios prácticos.

Ejercicio en grupo: ejercicio aeróbico moderado realizado por un entrenador profesional.

Grupos de Mindfulness y meditación: Realizada por 2 profesionales capacitados. 8 sesiones. 8-15 participantes.

Psicoterapia interpersonal: Intervención individual. Realizada por un profesional capacitado. 8-16 sesiones.

El enfoque está en identificar cómo las relaciones interpersonales o las circunstancias se relacionan con los sentimientos de depresión, explorar las emociones y cambiar las respuestas interpersonales.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Un período mínimo de 6 meses.

Orientación: Intervención individual. 8 sesiones.

El enfoque está en el procesamiento emocional y la búsqueda de significado emocional, para ayudar a las personas a encontrar sus propias soluciones y desarrollar mecanismos de afrontamiento.

Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP): Intervención individual. Realizado por un profesional capacitado. 8-16 sesiones.



8.

EPIODIO DE DEPRESIÓN MÁS GRAVE/SEVERA

Discuss treatment options with people who have a new episode of more severe depression. Match their choice of treatment to their clinical needs and preferences.

If the person has a clear preference, or experience from previous treatment to use as a guide: support the person's choice, unless there are concerns about suitability for this episode of depression.



Treatment options are listed in order of recommended use, based on the committee's interpretation of their clinical and cost effectiveness and consideration of implementation factors.



Combinación de terapia cognitiva conductual individual (TCC) y un antidepresivo

TCC individual: Intervención individual. Realizado por un profesional competente. 16 sesiones.


Se enfoca en cómo los pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamiento interactúan, y enseña habilidades para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente.



BA individual: Intervención individual. Realizado por un profesional competente. 12-16 sesiones.

Se centra en identificar el vínculo entre las actividades de un individuo y su estado de ánimo. Ayuda a la persona a reconocer patrones y planificar cambios prácticos.


Medicación antidepresiva: Un mínimo de 6 meses. Pueden ser ISRS (bien tolerados, buen perfil de seguridad. Suele ser la primera opción) o ISRN.
Los AD tricíclicos son peligrosos en sobredosis, a excepción de la lofepramina.

Solución de problemas individuales: Intervención individual. Realizada por un profesional competente. 6-12 sesiones.





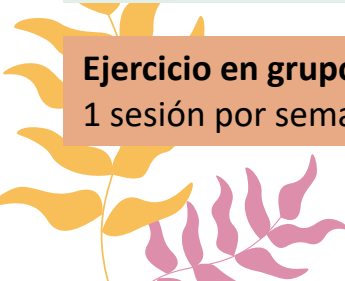
Orientación: Intervención individual. Realizado por un profesional competente. 12-16 sesiones. El enfoque está en el procesamiento emocional y la búsqueda de significado emocional, para ayudar a las personas a encontrar sus propias soluciones y desarrollar mecanismos de afrontamiento.



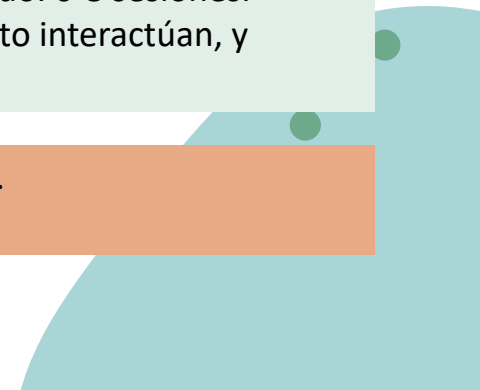
Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP): Intervención individual. Realizado por un profesional capacitado. 16 sesiones.

Psicoterapia interpersonal: Intervención individual. Realizado por un profesional capacitado. 16 sesiones. El enfoque está en identificar cómo las relaciones interpersonales o las circunstancias se relacionan con los sentimientos de depresión, explorar las emociones y cambiar las respuestas interpersonales.

Autoayuda guiada: Materiales impresos o digitales. Realizado por un profesional capacitado. 6-8 sesiones. Se enfoca en cómo los pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamiento interactúan, y enseña habilidades para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente.



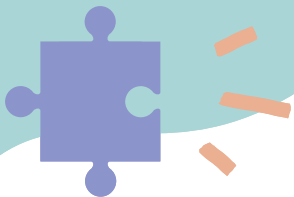
Ejercicio en grupo: ejercicio aeróbico moderado realizado por un profesional competente. 1 sesión por semana 10 semanas. 8 participantes por grupo.





9.

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDAS



La probabilidad de tener una recaída puede aumentar si tiene:


- Antecedentes de episodios recurrentes de depresión, particularmente si estos han ocurrido con frecuencia o en los últimos 2 años.
- Un historial de respuesta incompleta al tratamiento anterior, estilos de afrontamiento poco útiles (por ejemplo, evitación y rumia).
- Antecedentes de depresión severa (incluyendo personas con discapacidad funcional severa).
- Otros problemas físicos crónicos o de salud mental.
- Persistente de factores personales, sociales y ambientales que contribuyeron a su depresión.



10.

TRATAMIENTO DE 2 LÍNEA

Si tras 4 semanas de medicación a dosis terapéutica o 4-6 semanas de terapia psicológica o tratamiento combinado el paciente no responde al tratamiento se deberá investigar:

- si hay factores personales, sociales o ambientales, enfermedades físicas o mentales que pueden ser la causa
 - el grado de adherencia al tratamiento.
- 



No responde a tto psicológico

- 1.- Cambiar el tratamiento psicológico a otra alternativa.
- 2.- Añadir un ISRS al tratamiento psicológico.
- 3.- Cambiarlo a un ISRS únicamente.

No responde a tto antidepresivo

- 1- Añadirlo a un grupo de ejercicio.
- 2- Cambiarlo a terapia psicológica.
- 3- Continuar tto antidepresivo cambiando la dosis o la opción terapéutica.

Aumentar la dosis de la medicación si era bien tolerada.

Cambiarlo a otra medicación de la misma clase. Ejemplo a otro ISRS.

Cambiarlo a otra medicación de diferente clase. Ejemplo: ISRS y NA, ATC, IMAO, etc.
- 4- Combinar terapia psicológica y medicación.

No responde a tto combinado de terapia psicológica+ antidepresivo

- 1- Cambiar a otra terapia psicológica.
 - 2- Aumentar dosis de AD o cambiar a otro.
- *Solo considerar la vortioxetina si no tiene respuesta a 2 tto AD previos.

No responde a tto antidepresivo. No quiere probar terapia psicológica

- 1- Añadir un AD de diferente clase como mirtazapina o trazodona a un ISRS.
- 2- Combinar tto AD con antipsicóticos de 2 generación como aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona; o litio.








11.

INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO





El paciente debe ser informado que, si desea interrumpir el tratamiento, debe contar con el profesional sanitario que le atiende, ya que si lo hace de forma abrupta, se olvida de alguna dosis o no la toma de forma completa puede sufrir síntomas de privación.

Tabla 8. Síndrome de abstinencia de los ISRS

Síntomas somáticos: gripales, fatiga, cefalea, temblor, sudoración, anorexia, taquicardia.

Desequilibrio: mareo, sensibilidad a la luz, vértigo, ataxia, inestabilidad en la marcha.

Síntomas sensoriales: parestesia, adormecimiento, palinopsia, acúfenos.


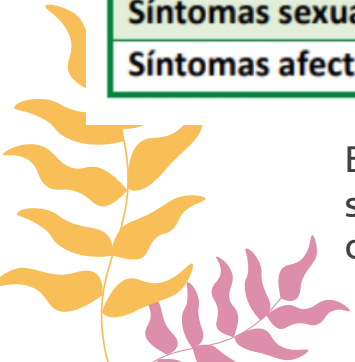
Trastornos del sueño: insomnio, pesadillas.

Síndromes gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea.

Síntomas cognitivos: confusión, disminución concentración, amnesia.

Síntomas sexuales: hipersensibilidad genital, eyaculación precoz.

Síntomas afectivos: irritabilidad, ansiedad o agitación, bajo ánimo, miedo.



Estos síntomas suelen ser leves y auto limitados en el tiempo (1-2 semanas) aunque a veces pueden ser graves y prolongarse, lo que dificulta la retirada de la medicación.



ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL RETIRAR UN FÁRMACO:

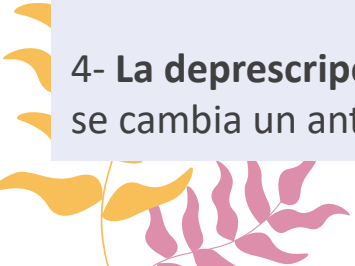


1- **Perfil farmacocinético del fármaco:** su vida media, ya que los de vida media corta deben ser retirados de una forma más gradual.

2.- **Reducir la dosis hasta la interrupción total paso a paso:** prescribiendo en cada ocasión un 50% menos de la dosis previa aunque en ocasiones será aconsejable una reducción inferior (25%) o más rápida, si el paciente está sufriendo síntomas graves (hiponatremia, hemorragias gastrointestinales).

3.- Si una vez que manejamos dosis muy reducidas no es posible disminuirlas más con las fórmulas orales sólidas (comprimidos, cápsulas) **podemos utilizar fórmulas líquidas**, si están disponibles.

4- **La deprescripción total llevará semanas o meses.** No obstante, se puede acelerar cuando se cambia un antidepresivo por otro.





ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL RETIRAR UN FÁRMACO:

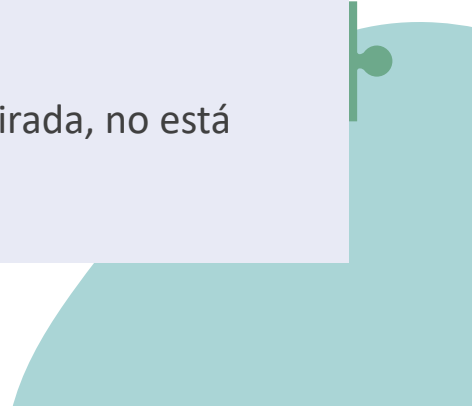
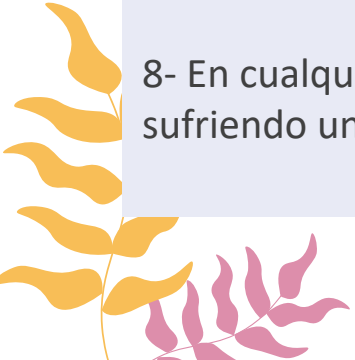


5- Si queremos retirar un fármaco e introducir uno nuevo se suele: ir reduciendo el fármaco anterior progresivamente cada 7 días y a la vez ir comenzando con el fármaco nuevo aumentando la dosis también progresivamente.

6- Hay fármacos, como la paroxetina y la venlafaxina que se asocian a un mayor riesgo de sufrir síntomas de retirada.

7- Si durante el proceso de retirada el paciente experimenta efectos adversos graves, se puede restaurar la dosis previa.

8- En cualquier caso deberemos asegurarnos que el paciente, durante la retirada, no está sufriendo una recaída de su enfermedad.





ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL RETIRAR UN FÁRMACO:

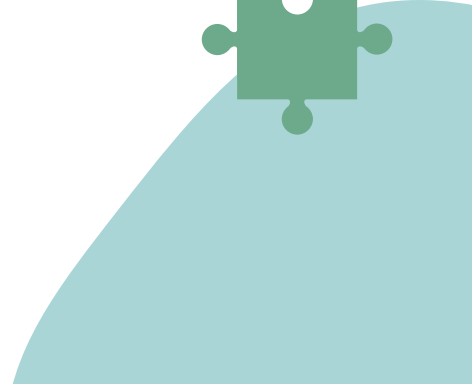
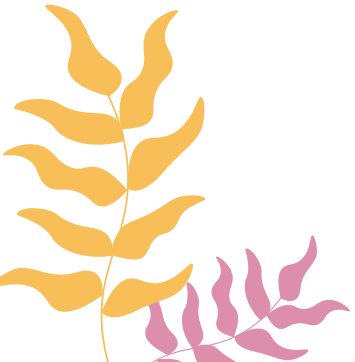


EJEMPLO:

Mi paciente lleva el fármaco A a una dosis de 100 mg que quiero retirar.
Quiero añadirle el fármaco B que tiene un rango de dosis de 100-300 mg.

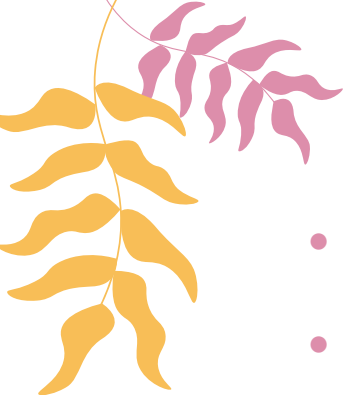
FÁRMACO A (100 mg) -----7 días----- FÁRMACO A (50 mg) ----- 7 días----- Retiro

FÁRMACO B (50 mg) ----- 7 días----- FÁRMACO B (100 mg) ----- Mantengo 6-8 semanas



Bibliografía:

- Depression in adults: treatment and management. NICE guideline. 29 de Junio de 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Revisada en mayo de 2023. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. ANTIDEPRESIVOS: selección y deprescripción. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento Subdirección de Farmacia y Prestaciones Servicio Andaluz de Salud. 2022.
- Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Noticias Farmacoterapéuticas. Febrero-Marzo 2023. Servicio Farmacia Atención Primaria Departamento Sagunto.
- Fernández Oropesa, C. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. El Rincón de Sísifo. 10 de Marzo de 2023.
- Documento realizado por psiquiatra del centro Rafalafena acerca del tratamiento antidepressivo por la Dra. Castillo.



**Muchas
gracias**

