

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESION UNIPOLAR

Norberto Saidman

La depresión es una enfermedad crónica y de consecuencias serias, en muchos casos invalidante.

La cantidad de sufrimiento que produce la depresión (morbilidad), la mortalidad (suicidio y enfermedades asociadas, como patología cardiovascular y cerebral), así como las cuantiosas pérdidas por deterioro del nivel de funcionamiento de los pacientes; además de las pérdidas materiales por la disminución del rendimiento laboral durante toda la vida, hacen de esta dolencia una de las situaciones sanitarias más candentes de nuestra época; sobre todo si se tiene en cuenta la alta frecuencia de presentación y la comorbilidad con otros trastornos como cuadros de ansiedad y de adicción a sustancias y alcohol.

Los episodios de depresión unipolar tienen la tendencia a remitir en un lapso de algunos meses a dos años; pero a medida que se van sucediendo los episodios de la enfermedad, el carácter y la duración de estos va empeorando. Además, la frecuencia de aparición se va incrementando con el transcurrir de los años.

La tendencia a la repetición de los episodios depresivos, es, como ya se ha dicho, muy alta. Además, la probabilidad de repetición va aumentando a medida que se han tenido más episodios. Si el paciente tiene un tercer episodio depresivo, se puede decir que tiene casi un 100 % de probabilidades de repetir otro. Esto hace que con más de un episodio de depresión, la indicación usual sea de tratamiento con antidepresivos de por vida. Inclusive, si el primer episodio depresivo tiene características de especial seriedad: aparece después de los cincuenta años, hay ideación o intento de suicidio, existen factores de riesgo para el suicidio; se sostiene el tratamiento permanente ya a partir del primer episodio.

Hoy en día, no medicar a un paciente con depresión, sólo puede justificarse si el episodio depresivo es leve (tiene un bajo puntaje en las escalas de medición) y el paciente prefiere un tratamiento basado exclusivamente en psicoterapia.

EVOLUCION DE UN EPISODIO DEPRESIVO EN TRATAMIENTO

En la fase aguda, que puede abarcar de uno a tres meses (salvo casos especiales), se busca la respuesta del cuadro al tratamiento.

Decimos que hay respuesta cuando los síntomas han mejorado tanto que el puntaje de la escala de medición es por lo menos del 50 % del puntaje original.

Cuando los síntomas han disminuído se llama a esto remisión. Cuando la remisión es total, se pretende un período estable de al menos dos meses. Si después de un período de dos meses al menos, reaparece la sintomatología depresiva, se llama recurrencia. Pero si reaparece antes de dos meses, no es una recurrencia, sino una recaída, ya que claramente se trata del mismo episodio depresivo que ha dejado de responder.

ELECCION DEL ANTIDEPRESIVO EN LA FASE AGUDA

En la elección hay que tener en cuenta la edad del paciente, las otras medicaciones que utiliza, la gravedad del cuadro depresivo, la respuesta anterior a otros tratamientos, su comorbilidad con otras enfermedades, y e estado orgánico del paciente. También si hay insomnio o hipersomnias, si el paciente es delgado u obeso, y si existen dificultades en la vida sexual, y de qué tipo.

Si el paciente es obeso, considerar paroxetina o fluoxetina. Si es delgado, y no tiene hipercolesterolemia, está permitida la mirtazapina. Si tiene eyaculación precoz, la paroxetina puede beneficiarlo. Si tiene disminución de la libido, o disfunción eréctil, evitar paroxetina y preferir bupropion o mirtazapina. Si tememos que la depresión unipolar pudiera ser una bipolaridad enmascarada, elegir en este orden: bupropion, paroxetina, venlafaxina.

Si el paciente recibe otros medicamentos, y tememos interacciones, elegir en primer lugar escitalopram o citalopram, y en segundo lugar a sertralina.

Si se trata de una depresión severa o con riesgo suicida, elegir de entrada un dual como venlafaxina o mirtazapina.

Los IMAO jamás son antidepresivos de primera elección.

En general se comienza con un IRSS. Si en cuatro a ocho semanas hay respuesta; pero es parcial:

- 1) Se puede llevar la dosis al máximo
- 2) Cambiar a otro IRSS o a un antidepresivo de otra clase. Si tampoco hay respuesta, el siguiente cambio es a un antidepresivo de otra clase.

Luego del fracaso de un segundo IRSS (o directamente si la depresión es severa o tiene sintomatología suicida), se debe elegir un dual.

- 3) Potenciar con litio, u hormona tiroidea, o antirrecurrenciales, o estimulantes

4) Potenciar con el agregado de otro antidepresivo ¡CUIDADO CON LAS INTERACCIONES! Si bien este recurso figura en la Guía de la APA, es en general muy mal visto por el consenso de los expertos, salvo en situaciones muy especiales de depresiones resistentes que no responden a ningún otro esquema. La combinación de dos antidepresivos es algo muy peligroso que requiere siempre de una experiencia del médico que lo indica.

En general, siempre preferimos la monoterapia.

Si la paciente sigue siendo menor a la esperada, aún después de cambiar el antidepresivo, se sugiere revisar el diagnóstico, revisar la patología comórbida, tanto psiquiátrica como general, buscar causas orgánicas de depresión secundaria, y hacer una interconsulta o considerar terapia electroconvulsiva.

FASE DE CONTINUACIÓN:

Luego de una respuesta completa se aguarda, a la misma dosis por lo menos veinte semanas más (según Guía de la APA). Esto se llama fase de continuación.

Es el consenso generalizado que la fase de continuación debe durar mucho más, un año o dos.

FASE DE MANTENIMIENTO:

Si el paciente es uno de los que consideramos como candidato a mantenimiento por tiempo indefinido (y esto es cada vez más frecuente), se sugiere continuar a las mismas dosis que las terapéuticas. En caso de reducirlas, se sugiere hacerlo progresivamente.

¿Con esto garantizamos la ausencia de recaída? No hay garantías. Con esto disminuimos el riesgo; pero un porcentaje de depresivos en tratamiento, y con buena respuesta, presentan a veces un fenómeno de recaída, que se llama “poop out”, y para el cual todavía no hay explicación.

La conducta, en estos casos, es cambiar el antidepresivo.

TIEMPOS DE ESPERA PARA CAMBIAR EL ANTIDEPRESIVO:

Recordar siempre que hay un período de lavado de cada antidepresivo, que debe ser respetado si se cambia de antidepresivo, para evitar interacciones peligrosas.

BIBLIOGRAFIA:

APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Association. Arlington 2004