

GUIA DE UTILIZACIÓN RACIONAL DE ANTIDEPRESIVOS

AREA DE SALUD VALLADOLID ESTE



Fecha de edición: Diciembre 2013

CONTENIDOS

1. Introducción
2. Empleo de antidepresivos en la depresión
 - 2.1. Inicio del tratamiento
 - 2.2. Duración del tratamiento
 - 2.3. Resistencia al tratamiento
3. Otras indicaciones de los antidepresivos
 - 3.1. Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia
 - 3.1.1. Tratamiento psicoterapéutico
 - 3.1.2. Tratamiento farmacológico
 - 3.2. Dolor
 - 3.3. Insomnio
4. Uso de antidepresivos en poblaciones especiales y con comorbilidades asociadas
 - 4.1. Ancianos
 - 4.1.1. Generalidades
 - 4.1.2. Manejo de la comorbilidad en el anciano deprimido
 - 4.2. Niños y adolescentes
 - 4.3. Embarazo y lactancia

ABREVIATURAS

ADT	Antidepresivos Tricíclicos
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
mg	Miligramos
IASP	International Association for the Study of Pain
ISRS	Inhibidor Selectivo de Recaptación de Serotonina
ISRSN	Inhibidor Selectivo de recaptación de Serotonina y Noradrenalina
TCC	Terapia Cognitivo- Conductual

Notas:

- 1.- La información contenida en esta guía ha sido revisada cuidadosamente para evitar posibles errores. Los autores no pueden asumir la responsabilidad de erratas incontroladas y recomiendan contrastar la información con fuentes de referencia
- 2.- Esta guía será revisada y actualizada en un plazo de 2 años.

AUTORES

- José Antonio Blanco Garrote. *Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*
- José Domingo de Benito Herrero. *Médico de Familia. C. de Salud Medina del Campo Urbano.*
- Fernando de Uribe Ladrón de Cegama. *Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*
- Laura García García. *Psiquiatra. Hospital Comarcal Medina del Campo.*
- Carmen Guillén Ruiz de Balbuena. *Farmacéutica. Hospital Comarcal Medina del Campo*
- Mercedes Hernando Verdugo. *Farmacéutica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid*
- Lourdes Martín de Aza. *Médico de Familia. C. de Salud Portillo.*
- María Ana Prado Prieto. *Farmacéutica. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.*
- Ana María Ruiz San Pedro. *Farmacéutica. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.*
- Javier Sanz Valentín. *Médico de Familia. C. de Salud La Victoria.*

1.- INTRODUCCION

Los fármacos antidepresivos tienen un amplio rango de indicaciones tanto en trastornos afectivos, como en trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa, y otros trastornos, que, de forma comórbida, se acompañan de síntomas de depresión.

En España son el segundo grupo de psicofármacos más utilizado tras las benzodiazepinas. Según los datos del estudio ESEMeD **el 4,7% de la población española adulta consume algún tipo de antidepresivo.**

La adecuación de la prescripción de antidepresivos ha sido cuestionada de forma repetida, observándose una **baja correlación entre el diagnóstico y la prescripción.** La mayoría de estudios coinciden que una parte considerable de los trastornos depresivos no recibe un tratamiento adecuado y que muchos de los fármacos psicotrópicos se utilizan en una amplia variedad de problemas emocionales sin un diagnóstico formal. **El problema no es la cantidad**

de la prescripción sino la racionalidad de su uso, cuestión ésta que es el objetivo principal de esta guía.

Se han investigado los factores que pueden influenciar la racionalidad de la prescripción de los fármacos psicotrópicos en general y de los antidepresivos en particular. Las principales variables son las características del sistema de salud y de la población, así como las de los pacientes con problemas de salud mental y de los profesionales que los atienden. En este último ámbito no parece haber diferencias en la adecuación de la prescripción entre atención primaria y especializada.

Así pues esta guía va dirigida a ambos grupos de profesionales, con una serie de **recomendaciones básicas que contribuyan a fomentar la racionalidad de la prescripción**, teniendo en cuenta que la relación beneficio-riesgo debe guiar cualquier actuación del profesional sanitario.

Se resumirán las principales indicaciones de estos fármacos en función de las evidencias disponibles. Debe recordarse que los trastornos mentales son síndromes, con un conjunto de síntomas recogidos en los actuales sistemas de clasificación, DSM o CIE, y que **el tratamiento**

parte de un diagnóstico adecuado y de la valoración del grado de repercusión sobre el funcionamiento cotidiano.

El tratamiento debe tener también en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios. Es esencial establecer una buena comunicación con el paciente e informarle – al igual que a familiares y cuidadores si fuese oportuno – de las opciones terapéuticas en función de la mejor evidencia disponible.

En el caso de poblaciones especiales como niños y adolescentes, ancianos, embarazadas o pacientes con enfermedades médicas concomitantes, deben tenerse en cuenta las características individuales y las posibles interacciones farmacológicas. No deben utilizarse antidepresivos como primera opción terapéutica en niños y adolescentes con depresión leve, además desde 2007 la FDA recomienda realizar un seguimiento especial en menores de 25 años sometidos a tratamiento con ISRS.

En el caso de enfermedades médicas la evaluación y el diagnóstico de la depresión puede ser más complejo debido a la posibilidad de solapamiento de síntomas. Determinados tratamientos médicos pueden provocar problemas de ansiedad o depresivos y existe mayor probabilidad de efectos secundarios e interacciones.

Siempre debe evaluarse de forma explícita el riesgo de suicidio, sobre todo en el caso de los pacientes con depresión, ya que es el principal factor de riesgo de suicidio consumado. **La presencia de ideación suicida no supone contraindicación** al inicio del tratamiento con antidepresivos.

El tratamiento con antidepresivos debe **supervisarse adecuadamente** prestando especial atención a la evolución, los efectos secundarios y la adherencia terapéutica.

Además de las farmacológicas deben tenerse en cuenta otro tipo de intervenciones psicológicas y/o psicosociales. **En personas con síntomas depresivos crónicos residuales, leves o moderados, los antidepresivos tienen una relación beneficio-riesgo desfavorable**, por lo que deben valorarse también otras alternativas una vez que el diagnóstico ha sido reevaluado.

2.- EMPLEO DE ANTIDEPRESIVOS EN LA DEPRESIÓN

Los fármacos antidepresivos están indicados en los procesos que afectan al estado de ánimo. La mayoría de estudios demuestran su eficacia (50-60%) en la depresión mayor, especialmente en formas moderadas y graves mientras que en las formas leves existen menos estudios y no está tan claro el beneficio del tratamiento.

Las guías clínicas recomiendan **no iniciar tratamiento con antidepresivos en la depresión leve** (balance beneficio/riesgo desfavorable) **salvo que concurren las siguientes circunstancias** en las que se podría considerar iniciar tratamiento:

- Antecedentes de depresión mayor moderada o grave
- Depresión persistente con síntomas durante al menos 2 años
- Persistencia de síntomas tras otras intervenciones

En otros procesos que cursan con afecto deprimido (trastorno distímico, trastornos adaptativos, trastorno

depresivo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias, duelo) la respuesta es más aleatoria y puede tener que ver más con sus efectos sobre la ansiedad.

A efectos de determinar el nivel de gravedad se recomienda emplear los criterios de la CIE-10. El diagnóstico es siempre clínico y se recomienda el cribado en Atención Primaria, con dos preguntas del tipo:

- ¿En las dos últimas semanas se ha encontrado bajo de ánimo, deprimido o infeliz?
- ¿En las dos últimas semanas ha sentido menos placer o interés en hacer cosas?

Una respuesta positiva a una de ellas hace necesario profundizar en la entrevista.

2.1.- Inicio de tratamiento

- Debe emplearse el antidepresivo que fue eficaz en otro episodio, si lo hubo.
- Si existen antecedentes familiares directos de depresión mayor y se conoce el fármaco empleado, puede utilizarse este.
- En ausencia de antecedentes, se recomienda iniciar el tratamiento con un ISRS de entre los siguientes:

Fármaco	Dosis Inicio (*)	Dosis mantenimiento	Dosis Max.	Observaciones
Fluoxetina	20 mg	20-40 mg	60 mg	Por la mañana. Activador
Paroxetina	20 mg	20-40 mg	50 mg	Facilita sueño. Acción sedante ligera
Sertralina	50 mg	50-150 mg	200 mg	Perfil neutro (activación-sedación)
Citalopram (**)	20 mg	20-40 mg	40 mg	Menor inhibición Cit. P450

(*) En mayores de 65 años iniciar a la mitad de dosis

(**) En mayores de 65 años no superar la dosis de 20 mg / día

La selección de estos fármacos se ha realizado en base a las siguientes evidencias:

- La eficacia es similar a la de otros antidepresivos
- La eficiencia (relación efectividad/coste) es superior a la de otros ISRS y otros grupos (fármacos duales sobre todo).
- Poseen mejor perfil de seguridad, tanto a dosis terapéuticas, como en sobredosificación y menos interacciones. Baja tasa de efectos adversos (sobre todo al inicio del tratamiento).

2.2.- Duración del tratamiento (depresión mayor)

- Fase inicial o de remisión: 6 – 8 semanas.

- Fase de continuación o prevención de recaídas: 16–20 semanas más hasta completar, al menos, 6 meses de tratamiento.
- Fase de mantenimiento o de prevención de recurrencia: En función de la existencia de episodios depresivos previos:
 - 1 año de tratamiento continuado si existe un episodio previo.
 - 2 años de tratamiento continuado si existen dos episodios previos.
 - Indefinido si existen más de tres episodios previos en el curso de los 5 años anteriores.

Estos criterios deben entenderse de forma flexible incorporando elementos de gravedad del episodio o antecedentes familiares claros.

2.3.- Resistencia al tratamiento

Se considera resistencia al tratamiento cuando no hay respuesta o ésta es incompleta tras utilizar el fármaco a dosis y tiempo adecuados.

Antes de realizar cualquier cambio se debe reevaluar el diagnóstico y valorar la adherencia al tratamiento.

Pueden emplearse las siguientes estrategias:

- Optimización: Llegar hasta **la dosis máxima autorizada**. Se recomienda cuando a partir de la 6ª semana de tratamiento se observa respuesta parcial.
- Sustitución: Cambio a otro antidepresivo. Sustituir por **otro ISRS diferente**, dentro de los 4 indicados. Si no hay respuesta cambiar a **venlafaxina** (150-375 mg/día) o a **un ADT**.
- Combinación: Asociar dos antidepresivos, con diferente mecanismo de acción. Es más eficaz que la estrategia de sustitución en casos de respuesta parcial. Pueden recomendarse:
 - ISRS (o venlafaxina) + mianserina
 - ISRS (o venlafaxina) + mirtazapina
 - ISRS + bupropion
- Potenciación: Empleo de fármacos sin acción antidepresiva primaria asociados a antidepresivos. Debe ser realizada exclusivamente por el especialista en psiquiatría.
 - Litio (opción más recomendable).
 - H. Tiroideas (T3), similar al litio, quizás mejor tolerado.
 - Antipsicóticos de segunda generación, especialmente quetiapina.

3.- OTRAS INDICACIONES DE LOS ANTIDEPRESIVOS

3.1.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE ANGUSTIA

El diagnóstico precoz, la explicación al enfermo y a sus familiares de manera comprensiva y tranquilizadora y la orientación terapéutica adecuada son esenciales para evitar su cristalización y el consiguiente empeoramiento en su evolución y pronóstico. Es preciso descartar problemas orgánicos que pueden producir o agravar síntomas de ansiedad.

Se debe tener en cuenta que la depresión y el abuso de sustancias frecuentemente se asocian con trastornos de ansiedad y angustia.

3.1.1. Tratamiento psicoterapéutico

Se recomienda la **TCC** como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Ansiedad Generalizada por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en

cuenta las preferencias del paciente y la disponibilidad de los recursos.

La TCC debe incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.

3.1.2. Tratamiento farmacológico

Se recomienda **iniciar** tratamiento con **ISRS a dosis bajas** (preferentemente **paroxetina, sertralina y citalopram**).

Los ISRSN, por cuestiones de tolerabilidad, se establecen como fármacos de **segunda elección** (**venlafaxina 75-150 mg/24h**).

Los antidepresivos tardan hasta 4 semanas en mostrar efectividad, por ello, se recomienda la utilización a corto plazo de benzodiazepinas (alprazolam, bromazepam, lorazepam o diazepam) sobre todo cuando sea crucial el control rápido de los síntomas.

En caso de resistencia o intolerancia debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN).

Los pacientes con ansiedad generalizada recaen entre un 20-40 % por lo que se aconseja mantener el tratamiento 6-12 meses después de la mejoría y retirar lentamente. Si hay recaída se retoma el tratamiento que fue eficaz.

3.2.- DOLOR

Tradicionalmente, los antidepresivos se consideran coadyuvantes analgésicos, aunque en algunos casos, como en el dolor neuropático, son los principales analgésicos.

En la actualidad no se dispone de un esquema con evidencia científica demostrada, por lo que el tratamiento debe ser individualizado basándose en la eficacia y en los efectos secundarios de los fármacos.

Se podría optar por **uno de los siguientes en este orden:**

- 1. ADT.** La IASP los recomienda como fármacos de primera línea en el tratamiento del dolor neuropático. **Amitriptilina** es la única autorizada en nuestro país para esta indicación. El efecto analgésico es

independiente de la acción antidepresiva y se consigue con dosis menores. Debe comenzarse a dosis bajas: 10-25 mg en una sola toma (al acostarse) e ir aumentando gradualmente hasta 25-75 mg/ 24h.

2. ISRS. Pueden ser efectivos y con menos efectos secundarios que los ADT en el tratamiento del dolor neuropático pero se necesitan más estudios al respecto.

3. ISRSN. Duloxetina es el único del grupo aprobado para su uso en dolor neuropático periférico diabético (60 mg). La IASP recomienda el uso de duloxetina y **venlafaxina** en dolor facial persistente idiopático, neuropatía diabética, neuralgia post herpética y fibromialgia (como alternativa a los ISRS).

3.3.- INSOMNIO

La indicación más obvia de los antidepresivos en el tratamiento del insomnio, es cuando éste es un síntoma de un síndrome depresivo.

Aunque su uso para el tratamiento del insomnio ha aumentado de manera sustancial en la última década, hay poca evidencia sobre su efectividad y seguridad en el insomnio no asociado a síndrome depresivo.

Los antidepresivos sedantes (**amitriptilina, mirtazapina, trazodona**) pueden constituir una alternativa al uso crónico de benzodiazepinas en pacientes con riesgo de uso inapropiado de estas.

4. – USO DE ANTIDEPRESIVOS EN POBLACIONES ESPECIALES Y CON COMORBILIDADES ASOCIADAS

4.1.- ANCIANOS

4.1.1.- Generalidades

El manejo del tratamiento con antidepresivos en el anciano es similar al del adulto. En los ancianos tratados con antidepresivos, debido a sus características fisiológicas, presencia de enfermedades concomitantes y consumo simultáneo de otros medicamentos, es frecuente la aparición de efectos adversos e interacciones. Por lo tanto hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Iniciar el tratamiento con la dosis más baja posible (50% de la dosis empleada en el adulto) y aumentar gradualmente controlando los efectos adversos. Tener en cuenta que alcanzar la respuesta máxima puede ser más lenta que en el adulto joven.

- Ajustar las dosis según las características farmacocinéticas del fármaco (especialmente los que se eliminan vía renal).
- Para la selección de un ISRS se debe considerar el perfil de efectos adversos y las posibles interacciones.
- Si se utiliza citalopram o escitalopram no superar las dosis de 20mg/día y 10 mg/día respectivamente, ya que pueden provocar prolongación del intervalo QT.
- Los efectos secundarios más importantes de los ISRS incluyen parkinsonismo, acatisia, anorexia, bradicardia sinusal e hiponatremia, especialmente en pacientes ancianos en tratamiento con diuréticos (vigilar las primeras semanas).
- Los ADT deben ser usados con precaución debido a su alta incidencia de efectos secundarios, arritmias y empeoramiento del deterioro cognitivo.

4.1.2.- Manejo de la comorbilidad en el anciano deprimido

- **Depresión/Demencia.** Ante duda razonable de diagnóstico diferencial depresión/demencia, se recomienda tratar específicamente la sintomatología depresiva. En general se debe tratar la depresión que complica el curso de una demencia. El manejo es

similar al anciano sin demencia, aunque hay pocas evidencias sobre el uso de antidepresivos en estos casos. **Citalopram** puede ser útil porque puede mejorar los síntomas conductuales y psicóticos. En cambio paroxetina, que es el más anticolinérgico de todos los ISRS, puede agravar el deterioro cognitivo del paciente.

- **Tratamiento anticoagulante.** Tener precaución especial en el ajuste de dosis y monitorización de niveles.
- **Enfermedad de Parkinson:** Los ISRS pueden empeorar los síntomas parkinsonianos. **Bupropion** puede ser una buena alternativa en estos pacientes.
- **Enfermedad cerebrovascular:** Considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellos pacientes que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada.

4.2.- NIÑOS Y ADOLESCENTES

En esta población, el abordaje de la depresión mayor debe realizarse de forma integral, con intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales y generalmente requerirá derivación a atención especializada.

La psicoterapia parece ser eficaz, por lo que se recomienda iniciar un tratamiento psicoterápico y asociar tratamiento farmacológico si no se logran los objetivos deseados.

Son pocos los ensayos sobre la eficacia de los antidepresivos en estas poblaciones. El único antidepresivo que presenta una relación beneficio/riesgo favorable en este grupo de población es la **fluoxetina**, siendo éste por lo tanto el de primera elección, con las siguientes consideraciones:

- Se iniciará en niños mayores de 8 años con depresión moderada/grave que no responden a psicoterapia tras 4-6 semanas.
- Se utilizará en combinación con psicoterapia.
- La dosis inicial debe de ser de 10 mg, pudiéndose incrementar a 20 mg/día después de 1-2 semanas de tratamiento.
- Se recomienda seguimiento estrecho del paciente sobre todo al inicio del tratamiento. Es fundamental:
 - Informar tanto al paciente como a la familia
 - Realizar control clínico: mejoría de sintomatología y funcionalidad (colegio, casa, amigos...)

- Vigilar la aparición de efectos adversos de la medicación (incluyendo la ideación/conducta suicida)
- Si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas, se debe reconsiderar el tratamiento.

Como **alternativa a fluoxetina**, podrían considerarse **sertralina o citalopram**, que también han demostrado eficacia (aunque en España no tienen la indicación autorizada).

En los trastornos de ansiedad el tratamiento de primera elección es la psicoterapia. El abordaje farmacológico se valora cuando no hay respuesta a ésta o es un trastorno de intensidad grave.

4.3.- EMBARAZO Y LACTANCIA

○ EMBARAZO

- En casos leves de depresión se recomiendan tratamientos no farmacológicos. Cuando los síntomas son graves, puede ser necesario tratamiento farmacológico con antidepresivos en combinación con psicoterapia.
- Los cuadros ansiosos intensos y persistentes no permiten un buen control con tratamiento

no farmacológico y conllevan un riesgo para el desarrollo del embarazo si no se tratan.

- Se deberá evaluar siempre la relación beneficio-riesgo y las consecuencias de no tratar.
- Si fuera necesario prescribir tratamiento farmacológico, los **ISRS** son los de elección. **Fluoxetina** es el más estudiado, por lo que se considera el más seguro. Debido a su larga vida media puede acumularse en el recién nacido y pasar más a la leche materna que otros ISRS. **Sertralina** tiene una vida media más corta que fluoxetina, por lo que también puede ser adecuado.
- La exposición del feto a los antidepresivos en el período cercano al parto puede condicionar la aparición de un síndrome de abstinencia en el recién nacido, por lo que se recomienda reducir progresivamente la medicación los 10-14 días previos al parto, instaurando el tratamiento tras el parto si hay riesgo de recaída.

○ **LACTANCIA**

- De forma general, se recomienda interrumpir la lactancia natural.
- Los ISRS se eliminan en cantidades muy pequeñas por la leche materna. La cantidad excretada disminuye ajustando el esquema de dosificación (toma nocturna) y el horario de tomas del lactante.
- Si fuera necesario tratar la depresión y mantener la lactancia materna, se aconseja un ISRS de elección (**paroxetina o sertralina**), siempre valorando la relación beneficio-riesgo para el niño.

4.4.- PACIENTE CRONICO

Es frecuente que coexistan episodios depresivos con patologías crónicas. La guía NICE de depresión en adultos con enfermedades físicas crónicas recomienda la misma estrategia terapéutica que para pacientes sin otras patologías.

Antes de elegir un antidepresivo hay que tener en cuenta la presencia de otros problemas de salud, los efectos adversos que puedan tener impacto en ellos, así como las posibles interacciones con otros tratamientos.

CUADRO RESUMEN PARA LA ELECCIÓN DEL ANTIDEPRESIVO EN EL PACIENTE CRÓNICO

PATOLOGÍA	FÁRMACOS DE ELECCIÓN	PRECAUCIONES
BULIMIA	Fluoxetina	Evitar bupropion.
CARDIOPATÍA	ISRS: sertralina, citalopram	Comenzar el tratamiento al menos dos semanas después de un infarto de miocardio. Citalopram y escitalopram pueden provocar una prolongación dosis-dependiente del intervalo QT del electrocardiograma.
DEMENCIA	ISRS: citalopram Alternativa: venlafaxina	Evitar antidepresivos con efectos anticolinérgicos.
DIABETES MELLITUS	ISRS: citalopram, sertralina, paroxetina	Todos los antidepresivos se deben utilizar con precaución en pacientes diabéticos, ya que pueden producir alteraciones en el control glucémico. Se han producido casos de hipoglucemia con fluoxetina. Valorar ajuste de dosis de insulina u otros medicamentos hipoglucemiantes.

PATOLOGÍA	FÁRMACOS DE ELECCIÓN	PRECAUCIONES
DOLOR CRÓNICO	Amitriptilina, duloxetina si neuropatía diabética.	Evitar la asociación de AINES con ISRS, duloxetina o venlafaxina. Si se asocian, utilizar gastroprotección.
EPILEPSIA	ISRS: fluoxetina, citalopram, paroxetina, sertralina	Los antidepresivos, en concreto ADT, ISRS, duloxetina, mirtazapina, reboxetina y venlafaxina pueden disminuir el umbral para que aparezcan convulsiones. Se recomienda estrecho seguimiento del paciente. Se debe interrumpir el tratamiento si aparecen convulsiones o hay un aumento de la frecuencia de las mismas. Bupropion está contraindicado.
GLAUCOMA	ISRS: fluoxetina, sertralina. Bupropion. Trazodona.	Evitar antidepresivos con efectos anticolinérgicos.
HIPERTROFIA PROSTÁTICA	ISRS (fluoxetina, citalopram, sertralina)	Evitar antidepresivos con efectos anticolinérgicos.
INSOMNIO	Trazodona, mirtazapina	Evitar bupropion.

PATOLOGÍA	FÁRMACOS DE ELECCIÓN	PRECAUCIONES
MIGRAÑA	ADT: amitriptilina, imipramina	
OBESIDAD	Fluoxetina, bupropion	Evitar ADT y mirtazapina.
OSTEOPOROSIS	ISRS (fluoxetina, citalopram, paroxetina, sertralina)	ISRS y ADT aumentan el riesgo de fractura por disminución de la densidad mineral ósea. Valorar el riesgo de fractura, incidir en la prevención de caídas y, si es necesario, instaurar tratamiento farmacológico para la osteoporosis.
PARKINSON	ISRS (sertralina), bupropion	Precaución con ISRS, en especial con paroxetina y fluoxetina (por posible agravamiento de efectos extrapiramidales).
INSUFICIENCIA HEPÁTICA	Citalopram	Dosis diaria: 20 mg; Dosis máxima diaria: 30 mg/día.
INSUFICIENCIA RENAL	Fluoxetina, sertralina	No es necesario ajuste de dosis.
HIPERTENSIÓN	ISRS	No utilizar venlafaxina ni duloxetina.

5.- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

- Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Márquez M, Haro JM. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35 Suppl 2: 29-36.
- Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, Alonso J. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord.* 2008; 110: 84-93.
- Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Fullana MA, Alonso J. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord.* 2006; 96: 9-20.

EMPLEO DE ANTIDEPRESIVOS EN LA DEPRESIÓN

- National Institute for Clinical Excellence, NICE: Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23, 2004. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg023fullguideline.pdf>
- OMS. CCIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Meditor 1992.
- AMA: Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ed. Ars Medica; 2008.
- Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38(6): 389-407.
- Álvarez, E; Puigdemont, D; Pérez, R y Pérez, V. Tratamiento de la depresión resistente. Ed. Ergon; 2007.
- Guías de práctica clínica del SNS. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. 2008. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/bibliografia.html>
- Holtzheimer PE. Advances in the Management of Treatment-Resistant Depression. *FOCUS* 2010;8:488-500.

OTRAS INDICACIONES DE ANTIDEPRESIVOS

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE ANGUSTIA

- Guías de práctica clínica del SNS. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. (2008) . Disponible en : http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf.
- Guía terapéutica Sacyl de medicina familiar. (2009). Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/guias-terapeuticas-sacyl/guia-terapeutica-medicina-familiar>.
- John S. McIntyre, M.D., Sara C. Charles, M.D. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio (2006). ArsMedica; 2006.
- Fistera.com. Atención Primaria. Guías Clínicas: Ansiedad generalizada. [Fecha de revisión: 5 de abril de 2010] Disponible en: <http://www.fistera.com>
- Martín Zurro, J.F. Cano Pérez. Compendio de Atención Primaria. ELSEVIER ESPAÑA, S.A; 2010.
- J. Rodríguez García Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. MARBAN (2010).

DOLOR, INSOMNIO

- Cánovas,L; Modo,G; Castro,M; Mouriza,L; Centeno,J; Calvo,T Efectos de Duloxetina y Amitriptilina en el dolor Neuropático: estudio de 180 casos Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2007; 14 (8).
- Perez Molina I, Ayuga Loro F. Dolor Neuropático. Servicio de Neurología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/IX_04_Dolor_Neuropatico.
- Fistera.com. Atención Primaria, Guías Clínicas: Neuropatía Diabética. Neuropatía periférica. Algas Faciales. Disponible en: <http://www.fistera.com>.
- Guías de práctica clínica del SNS. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria. 2009.

Disponible en

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf.

- Guía Terapéutica SACYL de medicina familiar. (2009). Problemas de Salud prevalentes en Medicina Familiar. Trastornos mentales y del comportamiento. Disponible en:
<http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/guias-terapeuticas-sacyl/guia-terapeutica-medicina-familiar>.
- Trastornos de espectro depresivo. Curso de formación para Médicos de la Dirección Técnica de Farmacia 2013. Sacyl.

USO DE ANTIDEPRESIVOS EN POBLACIONES ESPECIALES Y CON COMORBILIDADES ASOCIADAS

ANCIANOS

- Trastornos de espectro depresivo Curso de formación para Médicos de la Dirección Técnica de Farmacia 2013. Sacyl.
- Dirección General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Guía de Recomendaciones Clínicas en Depresión; 2008. Disponible en:
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI%2012%20DEPRESION.pdf.
- New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Published by New Zealand Guidelines Group; Wellington: 2008. Disponible en:
<http://www.health.govt.nz/publication/identification-common-mental-disorders-and-management-depression-primary-care>.
- Lakshmi Ravindran, MD, David Conn, MB, FRCPC, Arun Ravindran, MB, PhD, FRCPC, FRCPsych. Pharmacotherapy of Depression in Older Adults. *Geriatrics and Aging*. 2005;8(8):20-27.
- Guías de práctica clínica del SNS. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria. 2009. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf.
- Garcia-Herrera Perez Bryan J M^ª, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. Guía de práctica clínica para el tratamiento de

la depresión en Atención Primaria. Distrito sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga 2011.

Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_compl.pdf.

- Herrán Gómez A*, Sangrador Rasero A**. Uso racional de antidepresivos. Boletín Uso Racional del Medicamento. Servicio Cántabro de Salud..2010; Nº 2. Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?Id=4&Id2=27>.
- National Institute for Clinical Excellence, NICE. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE guidance (CG90) updated edition 2010. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>.
- Manuel Martín-Carrasco, Luis F. Agüera-Ortiz, Luis Caballero-Martínez, Jorge Cervilla, José M. Menchón-Magriñá, Ángel L. Montejo-González, Ángel Moríñigo-Domínguez, Fernando Caballero-Martínez. Consenso de Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano; *www.viguera.com/sepg Psicogeriatría* 2011; 3 (2): 55-65.
- AEMPS. Citalopram y prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. Nota informativa 2011/19. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_19-2011.htm.
- AEMPS. Escitalopram: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. Nota informativa 2011/23. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_23-2011.htm .

NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Godrid García, M; Pérez Jiménez, S. Trastornos de ansiedad y fobias. En: Alda Díez, JA; Gabaldón Fraile, S. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Barcelona: Masson; 2006. p. 97-116.
- Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; agosto 2011. 24 p. (Criterios; no.2).
- Ian Kodish, MD, PhD; Carol Rockhill, MD, PhD; Cris Varley, MD. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011; vol 13, nº 4.

- Iruela Cuadrado LM, Picazo Zappino J, Peláez Fernández C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. Inf. Ter. Sist. Nac Salud 2009; 33:35-38.
- Oberlander TF, Miller AR. Antidepressant use in children and adolescents: Practice touch points to guide paediatricians. Paediatr Child Health 2011; 16(9): 549-553.
- Soutullo C, Figueroa-Quintana A. When do you prescribe antidepressants to depressed children? Curr Psychiatry Rep 2013; 15(7): 366.

EMBARAZO, LACTANCIA Y PACIENTE CRÓNICO

- Tratamiento de la depresión en situaciones especiales y otras indicaciones de los antidepresivos. Volumen 10, nº 3. Marzo 2002. Servicio Vasco de Salud. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ghhome00/es/>.
- Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J et al. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Atención Primaria de Calidad. 2003. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf.
- Aragües M, Fernández I, Jiménez MA, Llorente P, Pereira M, Villasante F. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; Nº 2. Noviembre 2004.
- Guía de Recomendaciones Clínicas en Depresión. Dirección General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2008. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI%2012%20DEPRESION.pdf.
- Fernández I, Aniño A, Pinar O. Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Servicio Madrileño de Salud. Nº 2. Agosto 2011.
- National Institute for Clinical Excellence, NICE. Depression: Depression in adults with a chronic physical health problem. NICE guidance (CG91) 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG91>.

