

Foco práctico

Aspectos prácticos en el manejo de duloxetina frente a otros antidepresivos (experiencia en el cambio de tratamiento)

J.M. Comas Samper

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

INTRODUCCIÓN

Se aborda un caso clínico que con frecuencia se plantea desde el nivel primario por apreciar una falta de respuesta al tratamiento instaurado, bien por persistencia de la sintomatología depresiva y por la petición de modificaciones en el tratamiento instaurado, o por existir una razonable duda clínica amparada en lograr una mejoría o remisión del cuadro referido.

En este caso presentaremos una consulta tipo en Atención Primaria, desde la práctica diaria, con la posibilidad de plantear el cambio de fármaco, basado en la falta de respuesta con la toma de un inhibidor de la recaptación de la serotonina (ISRS) desde hace tiempo, con empeoramiento gradual de su cuadro psiquiátrico filiado como un episodio depresivo mayor de intensidad moderada (tablas 1 y 2).

Como se refiere, valoraremos la posibilidad de realizar alguna modificación en el tratamiento indicado que haga remitir esa sintomatología y alcanzar la mejora ya señalada, lo que nos enfrenta al reto de realizar un cambio de fármaco antidepresivo por falta de respuesta clínica al tratamiento seguido por esta paciente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años, vive con su marido, no refiere problemas familiares, trabaja en un negocio familiar de venta ambulante, acude a consulta con frecuencia, en tratamiento por un cuadro clínico polimorfo en el que se asocia obesidad, alergias erráticas polifocales y sintomatología mixta de depresión y ansiedad con predominio del componente depresivo.

En la anamnesis refiere que a pesar del tratamiento seguido con el ISRS desde hace 2 meses se encuentra peor, reseñando cansancio, adinamia, animia, labilidad emocio-

Tabla 1. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo (DSM-IV-TR)¹

Trastornos depresivos

- Episodio depresivo mayor: único o recurrente
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

- Trastorno bipolar I: episodio maníaco único/hipomaníaco más reciente/maníaco más reciente/mixto más reciente/depresivo más reciente/sin especificar más reciente

Trastorno ciclotímico

- Trastorno bipolar no especificado

Trastorno del estado de ánimo causado por enfermedad reciente

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Trastorno del estado de ánimo no especificado

nal con llanto fácil, anorexia, dolores persistentes en espalda y piernas que relaciona con su trabajo, asociado a episodios de irritabilidad.

Su médico le refiere que dada la persistencia del cuadro sin práctica mejoría es aconsejable realizar un cambio en el tratamiento seguido con el fin de conseguir la remisión progresiva del cuadro.

Se realiza de nuevo una exploración física general presentando un índice de masa corporal (IMC) de 38 kg/m² (antropometría: talla 1,54 m, peso 90,5 kg), compatible con una obesidad grado II, sin haber hallazgos patológicos definidos relacionados con su cuadro psiquiátrico en el resto de la exploración realizada.

Los datos analíticos no detectaron ninguna anomalía (sistemático de sangre, marcadores indirectos de inflamación, perfil lipídico, perfil hepático, serología reumática y hormonas tiroideas).

DISCUSIÓN

Es muy importante tener en cuenta la existencia en esta paciente de un trastorno depresivo mayor con afectación moderada, se estima que alrededor del 50% de los pacien-

Correspondencia: J.M. Comas Samper.
C/ D. Lino Ramos, 6 - Centro de Salud.
45516 La Puebla de Montalbán, Toledo.
Correo electrónico: jcomass@semegen.es

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR)¹

- A. Presentar 5 o más de los siguientes síntomas al menos 2 semanas, que significan un cambio respecto a la actividad previa y uno de ellos deben ser el 1 o el 2
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
 3. Pérdida importante de peso sin régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la afectividad del individuo
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o por una enfermedad médica
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas o de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Tabla 3. Criterios de derivación al nivel secundario^{3,6}

- Duda diagnóstica
Depresión grave, recurrente o atípica
Riesgo elevado de suicidio
Mala respuesta a fármacos
Indicación de psicoterapia
Comorbilidad orgánica o psiquiátrica
Sintomatología psicótica, atípica o dentro de un trastorno bipolar
Solicitud expresa del paciente

tes que consultan por presentar sintomatología depresiva no son bien diagnosticados, considerando la complejidad derivada de la variabilidad clínica presente y el gran número de cuadros físicos y psíquicos que cursan con sintomatología depresiva².

La sintomatología suele evolucionar a lo largo de días o semanas, con un período prodrómico de carácter leve, hasta instaurarse el cuadro definitivo con una duración variable (generalmente de 6 a 9 meses), consiguiendo en la mayoría una remisión completa con persistencia de algún síntoma depresivo (20-30%), y el mayor riesgo es la posible recaída (hasta en un 60%) en un plazo de 3 a 9 años². Se considera de mal pronóstico por el riesgo de nuevos episodios la existencia de una remisión parcial o la presencia previa de una distimia².

La elección del tratamiento debe considerar diversos aspectos³:

- Características del cuadro depresivo y gravedad.
- Existencia de ideas autolíticas.
- Aspectos biopsicosociales en el paciente.

Desde Atención Primaria (AP) podemos plantear dos tipos de abordaje³:

- Farmacológico o psicoterapéutico.
- La combinación de ambos tipos.

Este último tipo de abordaje es el más efectivo por conseguir una interacción de ambos y es el más utilizado en AP, basado en el apoyo psicoterapéutico individual acompañado de una potente alianza terapéutica³.

Podemos considerar la existencia en esta paciente de una depresión resistente^{4,5}, definida como un episodio depresivo sin mejoría suficiente tras seguir tratamiento con un antidepresivo, a dosis terapéuticas y durante un tiempo adecuado⁴, estimado en un mínimo de 6 semanas sin conseguir una respuesta satisfactoria, siempre que no exista incumplimiento terapéutico⁵. Se ha observado que en España sólo un tercio de pacientes mantiene el tratamiento el tiempo necesario, acarreando un incremento en el número de recaídas y recurrencias e incremento del coste sanitario³.

En general, las pautas a seguir en los casos de resistencia, de acuerdo con la bibliografía consultada, son^{4,5}:

- 1) Revisión diagnóstica y evaluación del tratamiento seguido (indicación terapéutica, dosificación, duración y cumplimentación).
- 2) Sustitución del antidepresivo inicial por otro de un perfil bioquímico distinto.
- 3) Añadir al antidepresivo inicial otro fármaco que potencie su efecto.

El tratamiento con fármacos antidepresivos es sin duda la primera elección, ha demostrado ser el más accesible, rentable y más utilizado para la depresión⁶. De acuerdo con lo referido, se decidió la sustitución por otro antidepresivo con acción dual como es la duloxetina a dosis de 60 mg/día^{7,8}, con efecto inhibidor de la serotonina y norepinefrina, considerada una buena opción terapéutica ante la falta de respuesta al cabo de 8 semanas de tratamiento, mejorando la evolución y la sintomatología sin que existiesen problemas de tolerancia ni efectos adversos, continuando en la actualidad con dicho tratamiento.

La duración del tratamiento con antidepresivos será de unos 4-6 meses en el primer episodio, y de al menos un año a partir del tercero, e incluso del segundo si existen recaídas muy próximas y graves⁹. Se aconseja valorar la derivación al nivel secundario en los casos expuestos en la tabla 3.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2.^a ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Pérez T, Costero A, Martín ML. Trastornos depresivos. En: Guía de manejo de los trastornos mentales en la Atención Primaria. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004. p. 51-64.
3. Benítez JM, Casquero R, Sánchez F, Villalva E, Zamorano E. Depresión. En: Semergen DoC. Documentos Clínicos SEMERGEN. Depresión y ansiedad Madrid: Edicomplet; 2006. p. 9-40.

4. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Alberdi J, Taboada O, Castro Vázquez C. Fisterra. Guía de la depresión. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp> [consultada el 3 de julio 2006]
5. Consenso Español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Grupo ARS de Comunicación S.L.; 2005. p. 103-17.
6. Consenso Español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Grupo ARS de Comunicación S.L.; 2005. p. 119-25.
7. Guía Farmacoterapéutica Fisterra. Ficha de Duloxetina. Disponible en: <http://www.fisterra.com/medicamentos/ficha.asp> [consultada el 3 de julio 2006].
8. Eutimia.com Salud Mental. Duloxetina. En: <http://www.eutimia.com/psicofármacos/antidepresivos/duloxetina.htm> [consultada el 3 de julio 2006].
9. Carrasco JL. Tratamiento de la ansiedad y depresión. En: Evidencia científica en ansiedad y depresión. Madrid: IMC, S.A.; 2005. p. 77-109.