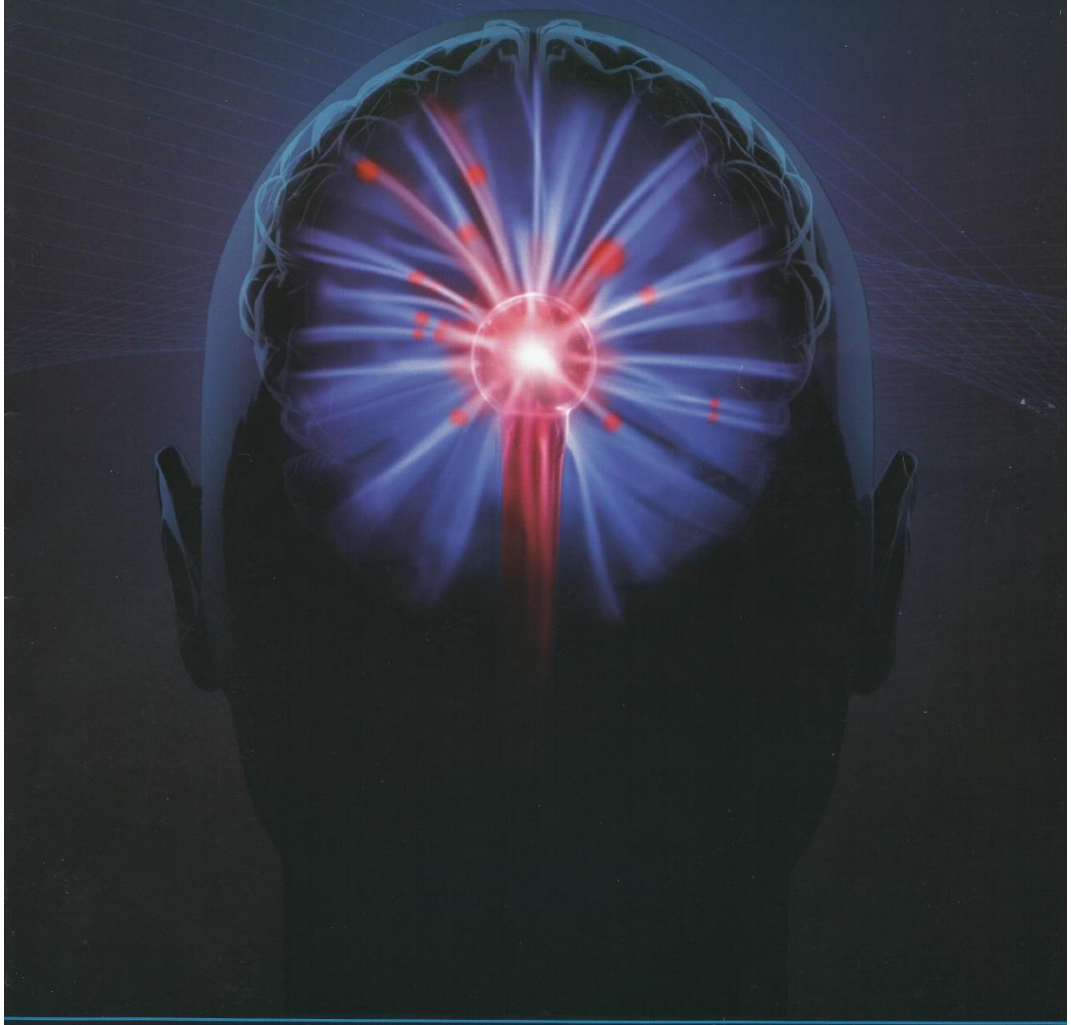
2º FORO ARGENTINO

Dolor & Neurociencias



HIGHLIGHTS

Pfizer
NEUROCIENCIAS

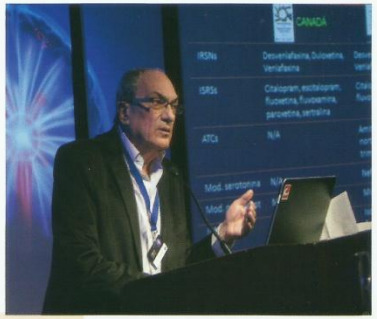
Guía Argentina de Tratamiento Psicofarmacológico para la Depresión (GATPD)

Prof. Dr. Julio Moizeszowicz

El doctor Julio Moizeszowicz presentó el borrador de la *Guía Argentina de Tratamiento Psicofarmacológico para la Depresión (GATPD)* que, con un grupo de colaboradores, está desarrollando en el Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencia (CAPyN).

Se trata de establecer, como ocurre a nivel mundial, las normas de procedimiento que ayuden al médico a ejercer su profesión y a poder avalar, con evidencia médica, la utilidad de los tratamientos que realiza. Esta Guías han abierto un gran debate mundial respecto a si ellas abarcan al "mundo real" de pacientes que tratan los profesionales de las salud mental en su práctica clínica. Las evidencias que presentan las Guías en sus considerandos son estudios clínicos y de meta-análisis realizados en poblaciones específicas de enfermos. También se señaló una serie de conflicto de intereses entre los sistemas de salud, los investigadores y las definiciones de recuperación del estado depresivo, que deberían tener en cuenta la rehabilitación funcional socio-familiar de los pacientes.

En la actualidad, el paciente conoce de su trastorno, de los efectos terapéuticos y adversos de los medicamentos que le son recetados, a través de la información que proporciona Internet y las redes sociales. El profesional, en general, no explicita adecuadamente los riesgos de la depresión mayor, con sus elevados índices de recurrencia, de resistencia y de riesgos cardio-metabólicos, para esclarecer a los pacientes, que estos riesgos son mucho más graves para su futura calidad de vida. La probabilidad de los inconvenientes (como pueden ser por ejemplo la hiperorexia o los trastornos sexuales) que pueden ocasionar las medicaciones antidepresivas y en caso de resistencia o falta de remisión sintomática sus **potenciadores** (que son aquellos fármacos o precursores, que sin ser antidepresivos *per se*, potencian su acción) pueden revertir la ineficacia ó la eficacia parcial de un tratamiento con antidepresivos en curso (ej. carbonato de litio, antipsicóticos atípicos, estabilizadores del ánimo).



Es recomendable, antes de comenzar el tratamiento antidepresivo explicar la relación costo-beneficio, consensuando con los pacientes las diferentes opciones farmacológicas para superar los conflictos de intereses de la relación médico-paciente (ej. prescripción de medicamentos originales o copias, vademécums diseñados por los sistemas de salud estatales o privados, etc.). Salvo en la atención privada, en donde se celebra un mutuo contrato tácito de aceptación por ambas partes, en el resto de los casos son obras sociales y/o prepagas quienes realizan un pseudo contrato médico-paciente.

Existe ***Respuesta*** al tratamiento antidepresivo cuando hay una disminución mayor o igual al 50% de los síntomas.

La ***Respuesta Parcial***, implica una reducción sintomática de entre un 25 y un 50% (medido en una escala para depresión). La ***Remisión*** es un estado asintomático. Todo ello es avalado en los estudios clínicos por la reducción de los puntajes iniciales de las escalas de Depresión de Hamilton (EDH), de Montgomery Asberg (MADRS) y de Impresión Clínica Global (CGI), con una buena respuesta somática parcial.

La ***Remisión Completa*** se define como un período de dos meses desprovisto de signos y síntomas depresivos, o una puntuación sin patología en las escalas de depresión. Este estado, mantenido durante 6 meses se lo considera como de ***Recuperación Completa***, lo que significaría el final del episodio depresivo de un trastorno, pero no el final del trastorno en sí mismo. La ***Recaída*** es la reaparición sintomática antes de alcanzar la recuperación completa, mientras que, cuando los síntomas ocurren luego de alcanzada la recuperación, se considera que el evento forma parte de un nuevo episodio o ***Recurrencia***.

En la ***Remisión*** debe siempre incluirse la recuperación funcional del paciente, es decir, el sentimiento de sentirse bien la mayor parte del tiempo, la satisfacción con la vida y el tener la sensación general de haber recuperado el bienestar y el control emocional de la misma.

En la mayoría de los pacientes, el tratamiento es óptimo con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duales o IRSNA), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (ISRDA) y agonistas melatoninérgicos. El uso de los tricíclicos y los inhibidores de la MAO sólo están indicados en pacientes que no han respondido a los demás tratamientos, dado el riesgo demostrado de sus efectos colaterales.

Se considera que existe ***Depresión Resistente*** cuando aparece refractariedad al tratamiento luego de un período de 6-8 semanas, el paciente no mejora tras el tratamiento con un antidepresivo (en dosis terapéuticas y durante el tiempo adecuado), y existe buena adherencia o *compliance* y un correcto diagnóstico de las comorbilidades médicas y psiquiátricas.

Las diferentes estrategias farmacológicas a adoptar, frente a un episodio depresivo resistente al tratamiento se pueden agrupar en las siguientes categorías: **1) Incremento de dosis del antidepresivo, 2) Cambio del antidepresivo, 3) Combinación con otro antidepresivo, 4) Potenciación** con: carbonato de litio, antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona), estabilizadores del ánimo (lamotrigina, pregabalina), hormona tiroidea, modafinilo, agentes 5-HT1, agentes dopaminérgicos, folatos, ácidos grasos, **5) Terapias somáticas:** electroconvulsivoterapia (TEC), estimulación magnética transcraneal repetitiva (ETCr), estimulación transmagnética profunda (ETP), estimulación vagal con marcapaso, infusión endovenosa de ketamina.

Las Guías también representan los criterios de tratamiento de los sistemas de salud estatales, privados o mixtos que existen en cada país y está en discusión si también expresan el "mundo real" de la práctica clínica de los especialistas y de las comorbilidades de los enfermos.

Por ejemplo, la Guía canadiense menciona que no se han demostrado diferencias significativas en la eficacia entre antidepresivos clásicos (tricíclicos e IMAO) e ISRS. Sin embargo atribuye mayor número de efectos adversos a los tricíclicos. La de Estados Unidos indica el uso de antidepresivos ante la aparición de depresión leve o moderada. En el estudio clínico STAR-D (Sequenced Treatments to Relieve Depression), realizado en más de 4.000 pacientes depresivos, solo se demostró que el citalopram, como tratamiento inicial, era efectivo en menos de un 30%. En aquellos pacientes, a quienes se les preguntaba como preferían continuar el tratamiento antidepresivo el 41% eligió el uso de fármacos potenciadores de antidepresivos y sólo un 26% a la terapia cognitiva asociada al antidepresivo.

En Inglaterra, donde existe un sistema de salud brindado por el Estado, la Guía NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) recomienda para las personas con síntomas persistentes de depresión sub-sindrómica y de depresión leve a moderada la terapia cognitiva-conductual, las actividades grupales físicas y la terapia conductual conductista a través de un sistema computarizado *on-line*. En España, la Guía establece que los antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada y grave y también utilizan los antidepresivos para la depresión leve asociada a episodios previos y/o comorbilidades. En Europa, las guías establecen que los nuevos antidepresivos son los tratamientos de primera elección en el episodio depresivo mayor.

En la Argentina, el 90% de las prescripciones corresponde a los antidepresivos ISRS y los duales.

Hay escasa evidencia en los estudios con meta-análisis de 17.000 pacientes que los duales aventajen en eficacia a los ISRS.

Otro punto a considerar es si el psiquiatra puede ser educador, para explicar los riesgos cardio-metabólicos a sus pacientes depresivos. Los ISRS y, en especial la sertralina, permiten el control de los factores plaquetarios, que por la fisiopatología serotoninérgica, se encuentran aumentados.

Con respecto a los potenciadores, si bien el carbonato de litio tiene evidencia A (dos o más estudios clínicos controlados randomizados, doble ciego, con una n considerable ≥ 100, o meta-análisis con un intervalo de confianza estrecho), los antipsicóticos atípicos cuentan con una mayor casuística, en particular la quetiapina, el aripiprazol y la olanzapina. La risperidona y la ziprasidona presentan un menor nivel de evidencia.

La Guía Argentina recomienda el uso de un antidepresivo asociado a estabilizadores del ánimo en el caso de depresión asociada a dolor.

Como ***conclusión***, en la potenciación de antidepresivos en depresión resistente se recomienda tener en cuenta el costo-beneficio en el consentimiento médico-paciente. Para el paciente con depresión resistente, los riesgos son depresión recurrente, la mortalidad cardio-metabólica y los eventos estresantes. El médico, al emplear potenciadores, debe saber de la posibilidad de los efectos adversos que deberá contrarrestar: por ejemplo, con litio, hipotiroidismo y nefropatía, con antipsicóticos atípicos, extrapiramidalismo, acatisia y sindrome metabólico, con estabilizantes del ánimo, rash y somnolencia, con hormonas tiroideas, hipertiroidismo subclínico, y con modafinilo, hiperexcitación, entre otros.

En nuestro medio, donde predomina el "*marco psi*", la relación médico-paciente puede aumentar la adherencia (*compliance*) al tratamiento, en contraste con la extensión de una receta automática y la presunción equivocada de que los antidepresivos y potenciadores son "todos similares".

El recurrir a Guías de Tratamiento permitirá a los profesionales médicos pautar y decidir, para cada caso, el tratamiento más adecuado, ya que las evidencias médicas no pueden ser trasladadas de manera automática a la psiquiatría clínica cotidiana, sin una traducción y transferencia adecuadas por parte del equipo profesional.

http://www.canmat.org/guides.php
http://www.psych.org/practice/clinical-practice-guidelines
http://guidance.nice.org.uk/CG/Published
http://www.wfsbp.org/activities/wfsbp-treatment-guidelines.html
http://www.capyn.org/publicaciones.php
http://www.juliomoizeszowicz.com.ar/