

Vídeo 10. Quan tractar la depressió: Elecció de l'antidepressiu

Dr. Narcís Cardoner, Psiquiatre responsable del Procés de Depressió i Ansietat i OSAMCAT, Hospital Parc Taulí

La depressió major és una síndrome en la qual predominen els símptomes afectius (tristesa patològica, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència davant les exigències de la vida...) encara que, en major o menor grau, també estan presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu o fins i tot somàtic.

És fonamental distingir aquests canvis patològics de canvis ordinaris, en base a la persistència de la clínica, la seva gravetat, la presència d'altres símptomes i el grau de deteriorament funcional i social que l'acompanya.

També cal realitzar un diagnòstic acurat i diferenciar entre depressió i altres entitats clíniques. El diagnòstic de la depressió major es basa en l'entrevista i l'observació clínica dels símptomes, de l'impacte funcional, de la durada, del context en què apareixen i de la interpretació i vivència del propi pacient. Es disposa de criteris normalitzats per ajudar al diagnòstic. Entre els més utilitzats es troben les classificacions

CIM-10 i DSM-IV-TR

Per tal de determinar la gravetat de la depressió és necessari avaluar el nombre, tipus i gravetat dels símptomes, així com la seva repercussió sobre la capacitat funcional. D'aquesta forma podem definir les principals característiques de la depressió major en funció de la gravetat i diferenciarem tres nivells de gravetat, lleu, moderat i greu. Aquest nivells de gravetat seran els que determinin el tipus d'abordatge terapèutic que es durà a terme.

A la DM lleu detectarem cap o pocs símptomes addicionals als necessaris per realitzar el diagnòstic. Així mateix la alteració de la capacitat funcional (ocupacional i/o social) serà lleu, mantenint-se conservada la capacitat per dur a terme les activitats diàries. En la DM moderada la simptomatologia i alteració de la capacitat funcional es situen entre la DM lleu i greu. Detectem dificultats per dur a terme les activitats diàries. Per últim, en la DM greu, trobem diversos símptomes addicionals als necessaris per efectuar el diagnòstic. La repercussió en la capacitat funcional (ocupacional i/o social) és molt intensa. També, la incapacitat per dur a terme les activitats quotidianes està molt afectada. Sovint apareixen forts sentiments de culpa o infravaloració junt amb pensaments relacionats amb el suïcidi.

Objectius del tractament

Els principals objectius del tractament del pacient amb depressió major són aconseguir la remissió completa i la prevenció de recurrències. Addicionalment, el tractament també s'adreça a reduir el risc de suïcidi. Es considera remissió completa com aquell període de temps en que el pacient es troba asimptomàtic. En una proporció significativa de pacients amb depressió no és possible assolir la remissió completa i

només s'aconsegueixen millores parcials i persistència de símptomes residuals que es cronifiquen. En aquests casos, cal redefinir els objectius terapèutics, prioritzant el manteniment de la millora i la consecució d'un nivell funcional òptim, d'acord amb les característiques clíniques del cas en el camp personal, social i familiar

Maneig de la depressió major lleu

En la depressió major lleu, sense factors de risc addicionals, s'han de considerar altres estratègies terapèutiques abans que els fàrmacs antidepressius. La possibilitat d'iniciar tractament farmacològic es pot considerar únicament en pacients molt concrets i després d'una valoració clínica acurada dels factors de risc.

El principals factors de risc que s'associen amb mal pronòstic són els antecedents d'episodis depressius moderats o greus; altres comorbiditats associades que impliquin un mal pronòstic de la depressió major o la presència d'un diagnòstic de depressió major lleu persistent després de provar altres intervencions.

Les intervencions que es recomanen pel tractament de la DM lleu són programes d'exercici físic, autoajuda guiada i teràpia psicològica de baixa intensitat (entre d'altres).

El metge d'Atenció Primària té un paper fonamental en el diagnòstic i seguiment dels pacients amb depressió. L'establiment d'una bona relació metge-pacient és un element clau que ha de formar part de les mesures no farmacològiques adreçades al maneig d'aquests pacients.

Maneig de la depressió major moderada-greu

En pacients amb depressió major moderada o greu les estratègies disponibles són el tractament psicològic d'alta intensitat (principalment la teràpia cognitiva-conductual [TCC]) i el tractament farmacològic amb fàrmacs antidepressius . Aquestes estratègies poden ser utilitzades de manera individual o, preferentment, combinades. L'elecció de la intervenció s'ha de realitzar a nivell individual, considerant factors com la durada de l'episodi i la trajectòria dels símptomes, els episodis previs de depressió i la resposta als tractaments, la probabilitat d'adherència al tractament i el risc d'efectes adversos.

Els fàrmacs de primera elecció en el tractament de la depressió major moderada o greu són els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS). La raó de que sigui aquesta família de fàrmacs i no altra, es justifica en que la major part d'estudis demostren el perfil equipotencial dels diferents antidepressius. La majoria d'estudis que comparen dos fàrmacs antidepressius no mostren diferències respecte a l'eficàcia. Per aquest motiu la majoria de guies suggereix utilitzar com a primera opció els que tinguin menys efectes secundaris i es tolerin millor. En aquest context, la major part de guies defensen l'ús d'ISRS com a primera opció terapèutica, també moltes guies consideren als ISRS com a segona opció si el primer ISRS fracassa.

Les següents consideracions són rellevants i és important tenir-les en compte en el maneig farmacològic del pacient amb depressió major moderada-greu.

S'ha de realitzar una valoració clínica del pacient a les 2 setmanes des de l'inici del tractament (depressió major moderada), o bé abans de 8 dies en cas de depressió major greu. El seguiment de pacients ha de ser estret, especialment durant les primeres 4 setmanes de tractament.

Si no s'observa millora a les 4-6 setmanes, cal, primer revisar el diagnòstic del trastorn depressiu, verificar el compliment del tractament i revisar la pauta posològica.

En cas que un ISRS no sigui ben tolerat a causa de l'aparició d'efectes adversos es recomana, en aquest ordre: 1) Ajustar la pauta d'ISRS. 2) Canviar a un altre ISRS. 3) Canviar a un antidepressiu d'un altre grup farmacològic.

En general, si no s'observa cap millora simptomàtica no es recomana mantenir el tractament més enllà de 4-6 setmanes. La dosi en la fase de continuació o manteniment ha de ser aquella amb la què s'ha aconseguit la remissió.

El tractament farmacològic s'ha de mantenir, com a mínim durant 6 mesos després de la remissió. No obstant, en pacients amb algun episodi previ o presència de símptomes residuals, s'ha de mantenir el tractament com a mínim 12 mesos després de la remissió. En pacients amb més de dos episodis previs, s'ha de mantenir el tractament com a mínim durant 24 mesos després de la remissió.

En cas d'aturada de tractament, i per tal d'evitar la síndrome de retirada, s'ha de reduir la dosi paulatinament durant un període de varies setmanes. La durada d'aquest període dependrà del temps de semivida del fàrmac.

El tractament farmacològic de la depressió major ha de ser individualitzat, amb especial atenció en aquells grups poblacionals que presentin característiques diferencials (edat avançada, alteració de la funció hepàtica o renal,...) o comorbiditats.

En pacients amb depressió i en situacions especials de risc vital, el tractament ha de ser implementat en una unitat de psiquiatria d'adults.