

Vídeo 12. ¿Qué hacer en caso de respuesta insatisfactoria al tratamiento?

Víctor Pérez, Psiquiatra. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar.

Como hemos comentado anteriormente, algunos enfermos no responden correctamente al tratamiento antidepresivo. Se estima que con un tratamiento antidepresivo apropiado, un 40% responde al primer tratamiento, acumulando una respuesta del 60-70% en una segunda o tercera línea de tratamiento. Un 15-20 % de pacientes no mejoran la sintomatología depresiva pese a realizar varias líneas de tratamiento hablamos entonces de depresión refractaria que es un problema de primera magnitud y una prioridad en investigación y docencia en estos momentos.

Habitualmente se considera que un enfermo es resistente al tratamiento cuando se ha hecho el tratamiento apropiado, durante un tiempo correcto y a dosis máximas y:

Estadio 1: No hay respuesta a un tratamiento antidepresivo.

Estadio 2: No hay respuesta a medicación de un grupo farmacológico diferente al usado en el estadio 1.

Estadio 3: Ineficacia de tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADT).

Estadio 4: Ineficacia de tratamiento con inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).

Estadio 5: Ineficacia de tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).

Al valorar un paciente sin respuesta a tratamiento hay que seguir unos pasos claros:

- Asegurarnos de que el diagnóstico es correcto.
- Valorar la comorbilidad (Tr. ansiedad, Tr. personalidad, Tr. por abuso de sustancias o enfermedades médicas) que pueden alterar los objetivos del tratamiento.
- Descartar pseudoresistencias (mala adherencia al tratamiento, tolerabilidad inadecuada, interacciones farmacocinéticas ...)

De acuerdo con las guías actualizadas para el tratamiento de la depresión el primer paso es asegurar un buen diagnóstico de la depresión grave i/o resistente a tratamiento. El tratamiento farmacológico de primera elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Según la respuesta (6-8 semanas a dosis correctas) se tiene que hacer la evaluación:

- Respuesta buena: mantenimiento de tratamiento durante el tiempo previsto para prevención de recaídas.
- Respuesta parcial: Combinar fármaco inicial con otro fármaco.
- Ausencia de respuesta: Cambio de fármaco, preferiblemente a otra familia farmacológica.
- Siempre sea posible, implementar estrategias psicoterapéuticas.

Las intervenciones psicológicas son un tratamiento de primera elección para la depresión, que ha demostrado eficacia de forma separada y combinada y también en enfermos con depresión resistente. En algunas ocasiones no es posible ofrecer una psicoterapia eficaz para la depresión y, asegurándose que se trata de la psicoterapia indicada para el paciente, se puede recurrir a

intervenciones online o estrategias psicoterapéuticas de baja intensidad realizadas por profesionales no especializados.

La primera propuesta para pacientes que no responden al primer tratamiento antidepresivo es la sustitución por otro antidepresivo, aunque no hay muchos estudios que lo avalen esta estrategia a pesar de ser la más lógica, de menor coste y la más saludable para el enfermo a nivel de efectos secundarios. Se aconseja substituir un ISRS por un fármaco que tenga un mecanismo de acción diferente (fármaco dual o fármaco de perfil noradrenérgico) pero algunos autores también indican el cambio por otro ISRS.

La siguiente estrategia es la combinación del ISRS con otro antidepresivo, normalmente uno con un mecanismo de acción diferente y, a poder ser, sinérgico.

Presenta las siguientes ventajas:

- Se mantiene la mejoría inicial
- Evita efecto desmoralizante de abandono del primer tratamiento
- Evita síntomas de discontinuación
- Mejora respuesta parcial
- Efecto sobre síntomas residuales
- Evita subir dosis
- Respuesta más rápida que con la sustitución.

Los siguientes inconvenientes:

- Más complejo
- Más interacciones
- Más efectos secundarios
- Mayor coste
- Dificulta el cumplimiento de los fármacos

Lo más recomendable es que el médico de primaria haga aquellas perciba aquellas combinaciones en las que tiene experiencia y que las combinaciones más complicadas (sales de litio o antipsicóticos atípicos) se realicen desde la atención especializada.

En aquellos enfermos con sintomatología grave y sin respuesta a fármacos en ocasiones hay que utilizar la terapia electroconvulsiva, la cual es tremendamente eficaz y hace en las unidades de agudos hospitalarias, bajo anestesia general con todas las garantías de seguridad. En ocasiones, cuando hay un riesgo vital importante, una resistencia al tratamiento importante o una incapacidad funcional, melancolía y pérdidas de peso, el tratamiento electroconvulsivo se realiza antes o incluso como tratamiento de primera elección.

En resumen más de un 40% de los pacientes no responde a un tratamiento antidepresivo. En estos casos es importante optimizar el diagnóstico y asegurarse de que está recibiendo el tratamiento correcto, a dosis correctas y con tiempo suficiente. Es esencial obtener información y cooperación del paciente y su familia para evaluar diagnóstico y expectativas de mejoría. El efecto terapéutico siempre tiene que ser la remisión (libre de síntomas) a pesar de ser difícil de conseguir. El problema es saber, de las múltiples estrategias disponibles, elegir la mejor para el paciente.