



- 1.-Interacciones farmacológicas con IMAOs.
- 2.-Antidepresivos clásicos TRICÍCLICO
- 3.-Elegir un antidepresivo

UNED 2016-2017

Grado en Psicología

Resumido por Mario May

IMAOs_interacciones

- **IMAO + fármacos que potencien la estimulación adrenérgica** mediante un mecanismo distinto a la inhibición MAO. Ejemplo: Descongestivo. El resultado puede ser una reacción hipertensiva. Si el paciente está constipado, mejor administrar antihistaminas (más seguro). Cuidado con las que inhiben la recaptación de serotonina.
- **Interacciones IMAOs junto a anestésicos.** Mejor escoger agentes que no contengan vasoconstrictores, y así evitar cambios en la tensión arterial. Cirugía: lavar el IMAO 10 días antes. Si la cirugía es urgente: uso de benzodiazepina, mivacurium, rapacuronium, morfina o codeína.
- **Evitar los IMAOs con agentes serotoninérgicos** que inhiben recaptación 5HT. Puede ser muy peligroso. Síndrome serotoninérgico fatal o toxicidad por serotonina: migrañas, agitación, coma, daño cerebral e incluso muerte.
- **Incompatibilidad total.** NUNCA COMBINAR CON: SSRI, SNRI o antidepresivo tricíclico CLOMIPRAMINA.
- Con agonistas parciales de serotonina **Al** o **Litio**, puede administrarse con precaución.



IMAOs_interacciones

- **Interacción IMAOs con antidepresivos tricíclicos** (inhibidores de recaptación NE): Acción hipertensiva. ¡Demasiada NE en el sistema! Mejor no mezclarlos.
- **Interacciones IMAOs – Opioides:** No hay peligro farmacológico. Aunque hay que evitarlos por que ciertos opioides tienen inhibición a la recaptación de 5HT. Hay analgésicos con opioides seguros, como son; aspirina, anti-inflamatorios no esteroideos y codeína.



Vamos a cambiar desde y a IMAOS. Aprendamos a enlazar medicaciones

1. Si se está tomando algún inhibidor de **recaptación de serotonina**, hay que lavar el medicamento entre **5 - 7 días antes** de empezar con un IMAO. **¡No queremos tanta serotonina en el sistema!** Si lo que estamos tomando es **FLUOXETINA**, entonces habrá que esperar **5 semanas**.
2. De un IMAO a un recaptador de serotonina: Esperar **14 días** tras la interrupción del IMAO.

Debido al tiempo de espera, en caso de necesidad, por las características del paciente, hay medicación disponible, como benzodiazepinas o hipnótico sedantes, trazadona (dosis baja) y antipsicóticos atípicos.

Teniendo un buen control sobre con las interacciones farmacológicas y la alimentación, los IMAOs no tienen por que ser descartados en tratamientos de depresión y ansiedad resistentes.

Antidepresivos clásicos: TRICÍCLICOS (TCAs).

Los TACs se probaron en la esquizofrenia, pero fueron un fracaso como antipsicóticos. Sin embargo, las pruebas desvelaron su propiedad antidepresiva.

Bloquean la bomba de recaptación de norepinefrina (NET) y serotonina (SET). Algunos también tiene acciones antagonistas sobre los receptores 5HT_{2A} y 5HT_{1C}.

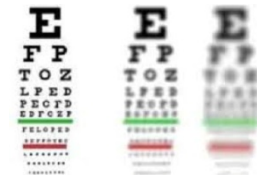
Su eficacia se ve nublada por 4 acciones farmacológicas NO DESEADAS:

(esto es muy importante)

- Bloqueo de receptores muscarínicos M; sequedad bucal, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento.
- Bloqueo de histamina H₁; sedación y ganancia de peso.
- Bloqueo de receptores alfa I; hipotensión ortostática y mareo.
- Bloque de canales de sodio sensibles a voltaje; si hay sobre dosis puede haber como, convulsiones, arritmias e incluso muerte.

La CLOMIPRAMINA (TACs) tienen efectos también sobre el TOC. Otros TACs tienen efectos antipánico, contra el dolor neuropático y lumbalgia a dosis bajas.

Como ya pueden intuir, debido a su peligro letal ha sido relegado a agentes de segunda línea.



¿Cómo elegir un antidepresivo?

Principios fundamentales: Hay que cambiar a otro antidepresivo cuando no hay respuesta o cuando no se toleran los efectos secundarios.

Hay que potenciar un antidepresivo: cuando hay una respuesta parcial.

Selección basada en síntomas

Objetivo: Remisión mantenida. Tratamiento de todos los síntomas residuales.

1. Los síntomas llevan a un diagnóstico, el cual se deconstruye en sintomatología específica.
2. Se emparejan síntomas con los circuitos cerebrales que hipotéticamente median en ellos la farmacología que pretendemos usar.
3. Las opciones de tratamiento disponibles son elegidas para eliminar los síntomas uno a uno. Si persisten, se añade o cambian tratamientos.

No hay evidencia de que esta sea la mejor estrategia. ¡Tachannnnn!

Se apela al razonamiento neurobiológico.

Cada síntoma que esté causado por neurotransmisores diferentes será tratado con una estrategia diferente.

Adaptación individual.

Aplicación del tratamiento para síntomas asociados a depresión, pero que no son parte de los criterios formales de depresión.

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Síntomas físicos dolorosos: Asociados a médula espinal (SC), tálamo y las porciones ventrales del córtex prefrontal (PFC).	Recaptadores de serotonina y norepinefrina SNRIs.
Ansiedad asociada con el PFC ventral.	Con DM, mismos mecanismos que en los trastornos de ansiedad, aunque no cumplan los criterios de este.
Vasomotores, mediados por el hipotálamo.	Recaptadores de serotonina y norepinefrina SNRIs.
Disfunción sexual por la médula espinal SC y el núcleo Accumbens NA.	Aumentando DA o reduciendo 5HT.
Hipersomnias, sedación diurna relacionados con las vías de la activación del estado de alerta o vigilia, no solo del hipotálamo, sino también del tálamo, el prosencéfalo basal y el córtex prefrontal.	Con alteración de la función cognitiva, estimuladores de la DA, NE y/o histaminas.

Antidepresivos para mujeres en función de su Ciclo de Vida

Los cambios en los niveles de estrógenos están relacionados con la presentación de depresión mayor DM.

En la **pubertad** se disparan los estrógenos y aumenta la DM.

En la **menopausia** los niveles descienden, al igual que la DM.

En la **prémenopausia** también hay una alta incidencia de DM, debido, probablemente, a los picos en los niveles de estrógenos antes de la remisión definitiva del periodo fértil.

En el **periodo fértil**, la incidencia es de dos a tres veces más altas que en hombres.

Controversia en el tratamiento para mujeres que pudieran estar o estén embarazadas:

Los riesgos para el feto son elevados; malformaciones, síndrome de abstinencia. En el nacimiento se puede presentar bajo peso y neurodesarrollo anómalo. Pero si no se trata a una mujer con DM en estas circunstancias, puede derivar en autolesiones e incluso malos cuidados al bebé y daños físicos (en los casos más graves, provocando la muerte).

¿Qué hacer entonces?

Solo queda hacer una valoración **riesgo/beneficio** y actuar en consecuencia.

Casos leves de depresión: mejor psicoterapia.

Personas con depresión unipolar o bipolar con tendencia impulsiva. Recomendación toma de anticonceptivos.

Administración de L-metilfolato y folato como vitaminas prenatales; consideradas seguras.



Depresión y tratamiento durante el parto y la lactancia

Postparto: elevado riesgo de inicio de DM. En la lactancia existe el riesgo de exponer al bebé a los antidepresivos.



De nuevo solo queda calcular riesgo/beneficio.



Entre los riesgos está la posibilidad de romper el vínculo madre/hijo



La terapia de **sustitución estrogénica** ha demostrado ser útil en algunos casos de depresión y psicosis postparto.



Posibles beneficios del antidepresivo:

Depresión postparto previa, riesgo de 67% de DM si no toma antidepresivo en siguiente embarazo. Solo 10% si los toma.

90% de todas las Psicosis y Depresión postparto ocurren dentro de las 4 primeras semanas. **Ante elevado riesgo hay que decidir si dar o no el pecho, y no si tratar a la madre. Eso se da por hecho.**

Combinaciones de antidepresivos como estándar para el tratamiento de DM unipolar

Se sigue el modelo del tratamiento del trastorno bipolar, que habitualmente requiere más de un agente. ¿El tratamiento múltiple se aplicará en el momento inicial o en plena secuencia? Esa es la cuestión. Tampoco existen evidencias clínicas de la superioridad de los “combos”.

Combinaciones de triple acción (SSRI/SNRI/NDRI):

La combinación más utilizada para modificar los niveles de 5HT, DA y NE, es SSRI+NDRI.

SSRI+NDRI= ESTIMULACIÓN SENCILLA de 5HT, DA y NE.

SNRI+NDRI= ESTIMULACIÓN SENCILLA de 5HT, DOBLE de NE y SENCILLA de DA. **¡No es difícil pillarlo, eh!**

Combustible de cohetes California - SNRI+Mirtazapina:

5HT estimulación cuádruple.

NE estimulación cuádruple.

DA estimulación doble.

Combinaciones activantes - SNRI más estimulante o Modafinilo:

Aborda quejas sobre fatiga, falta de energía, motivación...

SNRI + **Modafinilo** (refuerzo de DA) = ESTIMULACIÓN SENCILLA.

SNRI + **LISDEXANFETAMINA** = ESTIMULACIÓN SENCILLA DE 5HT, NE y DA, **e incluso doble de NE.**



Y se terminó...