

USO DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Sanfélix Genovés¹, Consuelo Farga Martí², Rosa Ruiz Querol²

*¹Médico de familia; ²Residente de 3er año de Medicina de Familia.
Centro de Salud de Nazaret. Valencia*

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de la afectividad que se traduce en una claudicación psicológica y biológica del individuo y se expresa a través de síntomas psíquicos (tristeza, desmoralización, desinterés, pérdida de la autoestima) y somáticos (astenia, anorexia, pérdida de peso, trastorno del sueño, algias)¹.

La depresión, a nivel dinámico, puede considerarse como una reacción universal de las personas ante la pérdida y la frustración, en definitiva, como el último recurso para expresar el dolor humano; de aquí la importancia de entender el contexto del paciente².

Casi la mitad de las visitas realizadas en una consulta que dan lugar a un diagnóstico de trastorno mental las hacen los médicos no psiquiatras, en su mayoría de atención primaria³. Entre los enfermos generales atendidos en consultas médicas no psiquiátricas, la frecuencia de trastornos depresivos es del 10-20%; solo un 10% de los pacientes depresivos llegan al psiquiatra, de forma que el 90% restante o no consultan o son atendidos por otros profesionales¹. La

prevalencia de los trastornos depresivos en la población general se sitúa entre el 3 y el 6%, sufriendo entre el 10 y el 20 % de la población trastornos depresivos a lo largo de la vida^{1,3}.

La causa de la depresión no está bien establecida, el modelo biopsicosocial propuesto por Engel⁴ sigue vigente en la actualidad. Los factores genéticos pueden desempeñar un cierto papel en cuanto aumento de la vulnerabilidad (los familiares de primer grado de un paciente con un trastorno afectivo presentan una probabilidad del 25-30% de sufrir una depresión mayor o un trastorno bipolar y los estudios en gemelos han indicado una concordancia para la depresión mayor en un 50% de los monocigotos y en un 25% de los dicigotos)³ y la importancia de los factores psicosociales parece clara. En el análisis epidemiológico de los trastornos depresivos, son claros factores de riesgo en la depresión no bipolar, el sexo y la edad (mujeres de 35-45 años), la historia familiar de alcoholismo y depresión, el marco ambiental desfavorable y la escasa o deficiente relación interpersonal¹.

Con la utilización de los antidepresivos tricíclicos con éxito en el tratamiento de la depresión cobró fuerza el aspecto etiológico biológico de la depresión, relacionándola con la reducción de la transmisión del impulso nervioso en zonas específicas del SNC por un déficit de neurotransmisores en la sinapsis. Con esa finalidad se han desarrollado fármacos específicos para un tipo de neurotransmisor, que no han clarificado el problema debido a que se han obtenido resultados similares con otros fármacos antidepresivos no específicos o que actúan preferentemente sobre otro tipo de neurotransmisor⁵.

La prevalencia de los trastornos depresivos y la frecuencia con la que suponen los síntomas depresivos motivo de consulta obliga al médico de familia al adecuado manejo del arsenal terapéutico farmacológico actualmente disponible, motivo de esta revisión.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos se han clasificado a lo largo del tiempo en fun-



ción de su actividad más o menos selectiva sobre los neurotransmisores cerebrales, según su configuración estructural y también en función de su momento de aparición en el mercado⁶. De las diferentes clasificaciones consultadas⁵⁻⁸, nos ha parecido la más útil y práctica para la consulta diaria, la siguiente:

1. ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT): Actúan inhibiendo de forma no selectiva la recaptación de noradrenalina y serotonina y bloquean otros receptores en diversos grados (histaminérgicos, muscarínicos)^{6,9}. Su complejo mecanismo de acción les hace útiles para múltiples indicaciones, pero al mismo tiempo, también es el responsable de que presenten mayores efectos secundarios, lo que en muchas ocasiones da lugar a una escasa tolerabilidad por parte del paciente⁶.

2. ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS o de 2ª generación: Estructuralmente están relacionados con los ADT, siendo derivados de éstos, por lo que tienen un mecanismo de acción similar pero presentan una menor frecuencia e intensidad de efectos secundarios (sobre todo presentan menos efectos anticolinérgicos)⁷.

Estos dos primeros grupos de antidepresivos deben su nombre a su forma estructural y se conocen como ANTIDEPRESIVOS CLÁSICOS. El resto de antidepresivos, incluyendo los de reciente aparición, se clasifican en función de su mecanismo de acción.

3. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SERO-

TONINA (ISRS). Comparten un mecanismo de acción altamente selectivo sobre la recaptación de serotonina, con un mínimo efecto sobre otros receptores. Dada la menor incidencia de efectos anticolinérgicos, antihistamínicos y alfa-bloqueantes, así como la mayor facilidad para su dosificación, hacen que sean los fármacos antidepresivos más usados en Atención Primaria^{8,9}.

4. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (IMAO). Inhiben de forma más o menos irreversible, según el medicamento, la monoaminooxidasa A o B. Debido a su perfil de efectos indeseables y potencial de interacciones alimentarias y farmacológicas, se consideran fármacos antidepresivos de 2ª línea, reservándose su uso para contraindicaciones o ineficacia de los otros grupos⁹.

5. OTROS: Son antidepresivos de reciente aparición, que por su mecanismo de acción no pueden incluirse en ninguno de los anteriores grupos^{5,9}.

- **MIRTAZAPINA:** Potente antagonista de los receptores alfa₂-adrenérgicos y serotoninérgicos, casi sin modificar la recaptación de noradrenalina. Su efecto antihistamínico H₂ da lugar a una importante sedación.

- **NEFAZODONA:** Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Pocos efectos indeseables, inferiores a los de la trazodona, poca incidencia de disfunción sexual. Se recomienda su utilización para pacientes con alteraciones del

sueño (aumenta el sueño REM).

- **REBOXETINA:** Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Potencial de interacciones mínimo. Mejora el funcionamiento social de forma selectiva, no ocasiona enlentecimiento psicomotor, no sedación, los efectos indeseables son muy leves.

- **VENLAFAXINA:** Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina, siendo su afinidad por los receptores colinérgicos prácticamente nula.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Los efectos adversos de los fármacos antidepresivos son consecuencia del bloqueo de los diferentes receptores (muscarínicos, histaminérgicos, adrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos); por lo que a menor afinidad en el bloqueo de estos receptores, menores reacciones adversas producirá el fármaco^{6,7}.

- La inhibición de la recaptación de noradrenalina, puede producir estimulación del SNC, temblor, taquicardia y disfunción sexual.

- La inhibición de la recaptación de serotonina puede dar lugar a estimulación del SNC, nerviosismo, insomnio, cefalea, intolerancia digestiva, agresividad y disfunción sexual.

- La inhibición de la recaptación de dopamina puede producir agravamiento de una psicosis y el bloqueo de los receptores dopaminérgicos.



gicos, puede dar efectos extrapiramidales y galactorrea.

- El bloqueo de los receptores muscarínicos es el responsable de los efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria,...).
- El bloqueo histaminérgico produce sedación y aumento de peso.
- El bloqueo selectivo alfa₂-adrenérgico puede producir priapismo.

En la tabla 1 se muestran los efectos adversos más importantes de los principales fármacos antidepresivos, junto con su dosificación habitual y algunos nombres comerciales como referencia.

Algunas recomendaciones prácticas en el uso de antidepresivos, en función de sus efectos secundarios podrían ser^{5-7,9}:

➤ **ADT:** No se recomienda su uso en pacientes que hayan tenido recientemente un infarto de miocardio, siendo contraindicaciones relativas: arritmias, hiperplasia benigna de próstata, glaucoma de ángulo estrecho, insuficiencia renal y hepática, epilepsia o antecedentes de convulsiones y embarazo.

➤ **ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS:** se desaconseja el uso de **amoxapina** en pacientes parkinsonianos, destaca la disminución del umbral convulsivo por **amoxapina** y **maprotilina**.

➤ **ISRS:** La **fluoxetina** produce insomnio, ansiedad y disminución del peso corporal. La **fluvoxamina** es el más sedante del grupo.

➤ **OTROS:** La **venlafaxina** de forma característica produce intole-

rancia digestiva (25% de los pacientes) por lo que se recomienda administrarla con las comidas. La **reboxetina** no se recomienda en ancianos por la posibilidad de hipotensión ortostática y alteraciones del ritmo cardiaco.

INTERACCIONES^{10,11}

Los antidepresivos participan en diversas interacciones farmacológicas de importancia clínica (tablas 2,3 y 4). El conocimiento de las mismas es fundamental para el médico de familia por su relevancia y porque, en general, el paciente depresivo es un paciente polimedcado de forma crónica que solo es controlado de forma regular en atención primaria.

RECOMENDACIONES GENERALES EN EL USO DE LOS ANTIDEPRESIVOS^{2,9,12-14}

➤ Una circunstancia común a todos los fármacos antidepresivos actualmente conocidos es la latencia terapéutica (de 1 a 3 semanas).

➤ Utilizar un pequeño grupo de fármacos que conozcamos bien.

➤ Iniciar con dosis bajas e ir aumentado paulatinamente hasta la dosis terapéutica.

➤ Debería realizarse una primera revisión médica a las 3 – 4 semanas de iniciado el tratamiento para valorar el inicio del efecto antidepresivo y la existencia de efectos

secundarios. Si no hemos encontrado mejoría, aumentar la dosis hasta dosis máxima del antidepresivo elegido.

➤ Si a las 6 – 8 semanas de la dosis máxima no se ha conseguido efecto terapéutico, valorar cumplimiento y si es adecuado valorar antidepresivo inicial más antidepresivo de otro grupo.

➤ Si al mes de utilizar dos antidepresivos combinados no mejora derivar a psiquiatría.

➤ Para un primer episodio depresivo el fármaco debe mantenerse durante un mínimo de 6 meses, una vez conseguida la remisión clínica.

➤ Si la recidiva aparece antes de tres años se debe mantener el tratamiento por un periodo superior a un año (3-5 años) y utilizar el mismo antidepresivo que previamente haya sido eficaz.

➤ En algunos pacientes puede ser necesario asociar otros fármacos, como un hipnótico o un ansiolítico durante un corto periodo de tiempo.

➤ La supresión del tratamiento antidepresivo debe hacerse progresivamente, disminuyendo las dosis para evitar efectos de discontinuación, por ejemplo: irritabilidad, cefalea, alteración del sueño, náuseas, vómitos...

➤ Los ISRS no ofrecen una mejor respuesta clínica que los antidepresivos tricíclicos ni precisan menor tiempo de latencia para desarrollar su actividad, sino que presentan un perfil toxicológico diferente y más aceptable, fundamentalmente de tipo digestivo. Por este motivo se



consigue un mayor cumplimiento del tratamiento, con lo que la tasa de recidivas es menor.

➤ Muchas reacciones extrapiramidales se han asociado al empleo de ISRS (acatisia, reacciones distónicas, parkinsonismo, discinesia) la mayoría de las cuales se refieren a fluoxetina (que es el más usado)¹⁵.

PECULIARIDADES EN EL USO DE ANTIDEPRESIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES^{2, 16,17}

ANCIANOS

➤ La depresión en los ancianos cursa a menudo con más factores somáticos y de ansiedad y menos de tristeza subjetiva, lo que lleva a que sea mal reconocida y mal tratada por los profesionales de la salud. Existe tendencia, tanto por parte de los pacientes como de los clínicos, en considerar la depresión como una respuesta normal ante el envejecimiento y la pérdida.

➤ Los fármacos más útiles en el anciano son los ISRS (citalopram y sertralina son los que menos interaccionan con otros fármacos y paroxetina es eficaz cuando existe ansiedad asociada), la mianserina (ansiolítico), amineptina y venlafaxina (estos dos últimos desinhibidores de la psicomotricidad). Los antidepresivos tricíclicos se utilizan poco por sus efectos secundarios (sobre todo por los cardíacos, aunque estos efectos no se han descrito con trazodona).

➤ Es necesario reducir la dosis en los ancianos: a la mitad en los mayores de 70 años y una tercera parte en los menores de 70 años, ya que son más sensibles a los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos, su función cognitiva es más susceptible de ser alterada y la hipotensión ortostática y efecto sedante de algunos antidepresivos pueden provocar mayor número de caídas.

EMBARAZO

➤ Los potenciales efectos secundarios de los fármacos antidepresivos sobre el feto han conducido a una ausencia de estudios controlados sobre el efecto de esta medicación durante el embarazo.

➤ Como regla básica evitaremos el uso de estos fármacos durante el embarazo, en especial en el primer trimestre.

➤ Cuando sea necesario y previa valoración por el psiquiatra (en caso de incapacidad de seguir cuidados prenatales correctos, riesgo de suicidio o de producir daño al feto, conductas desorganizadas que requieran hospitalización) pueden emplearse antidepresivos tricíclicos (nortriptilina) o ISRS. No existen datos acerca de los nuevos antidepresivos.

➤ Todos los fármacos antidepresivos aparecen en la leche materna.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

➤ Únicamente los antidepresivos tricíclicos han sido estudiados específicamente para el tratamiento de la depresión asociada al

Parkinson. Su efecto anticolinérgico puede resultar ventajoso en estos pacientes (algunos como la amoxapina están contraindicados ya que poseen metabolitos con efectos dopaminérgicos).

➤ Los ISRS son también eficaces.

EPILEPSIA

➤ Los ISRS son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la depresión en pacientes epilépticos, ya que presentan menor efecto proconvulsivante que los antidepresivos tricíclicos.

OTRAS INDICACIONES DE LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS^{5,6,9,18}

Aunque la indicación más habitual y clásica de los fármacos antidepresivos sigue siendo el tratamiento del trastorno depresivo, en los últimos años se ha ampliado su uso a otras patologías, incluso fuera del campo de la Psiquiatría. La dosificación de los antidepresivos en estas entidades es diferente a la utilizada habitualmente en la depresión.

➤ **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC):** Se ha demostrado la eficacia del tratamiento farmacológico con clomipramina e ISRS, siendo de elección la clomipramina, aunque por lo general los índices de eficacia son inferiores a los obtenidos en la depresión.

➤ **TRASTORNO DE PÁNICO:** No existe un consenso sobre qué antidepresivo elegir en los casos en que



existe depresión asociada. En líneas generales diferentes autores recomiendan los ISRS por su mayor tolerancia.

➤ **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:** En el momento actual se está investigando la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la bulimia, ya que la fluoxetina y el resto de ISRS producen anorexia y pérdida de peso en las primeras semanas de tratamiento.

➤ **SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL:** Se cree está relacionado con una disfunción en el metabolismo de la serotonina; ello ha dado lugar a la realización de diversos ensayos clínicos con psicofármacos. La información en el momento actual es todavía escasa por lo que no se pueden recomendar pautas estandarizadas de tratamiento.

➤ **DOLOR CRÓNICO:** El uso de antidepresivos en el tratamiento

del dolor está justificado cuando fallan los analgésicos convencionales o aparecen efectos indeseables. Así mismo, también se pueden usar como tratamiento coadyuvante ya que potencian el efecto analgésico de los opioides, además de tratar los síntomas concomitantes que agravan el dolor (insomnio, nerviosismo,...). Los ADT son de elección en el tratamiento del dolor crónico de origen neuropático (neuralgia postherpética, neuropatía diabética). La amitriptilina ha sido el fármaco más ampliamente estudiado para esta indicación y por lo tanto, el más recomendado. No hay evidencia a favor de los ISRS y los nuevos antidepresivos.

➤ **CEFALEAS Y MIGRAÑAS:** Los ADT pueden ser útiles en la profilaxis de la migraña, sobre todo si se asocia depresión, insomnio y/o cefalea tensional. Amitriptilina y

nortriptilina son los más usados para esta indicación.

➤ **ENURESIS NOCTURNA:** Puede usarse la imipramina en casos muy concretos y siempre en mayores de 6 años.

➤ **INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS:** Imipramina y doxepina en dosis única nocturna pueden aportar efectos beneficiosos en ancianos con vejiga inestable o urgencia miccional, pudiéndose combinar con fármacos anticolinérgicos.

➤ **FOBIA SOCIAL:** Es un trastorno de la personalidad que se caracteriza por un temor irracional a ser enjuiciado o a sufrir vergüenza en situaciones de relación social (comer o hablar en público). Además de la psicoterapia y el uso de ansiolíticos, se han estudiado los ISRS; concretamente la paroxetina ha demostrado una clara eficacia en esta indicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Vallejo Ruiloba J.** Trastornos afectivos. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, editores. *Medicina Interna (Tomo II)*. Barcelona: Masson S.A.;1997.p. 2231-6.
2. **Zaera Buitrago JL.** Curso Autoformativo en Atención Primaria de Salud "Depresión". Barcelona: Fundació d'Atenció Primària; 1997.
3. **Goetz RR, Fields SA, Toffler WL.** Depresión. En: Taylor RB, editores. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.p.300-7.
4. **Engel G.** The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-44.
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid:Einsa;1998.
6. **Barceló Colomer ME, Fuentes Camps I.** Papel de los antidepresivos en la terapéutica (1 y 2). Abril 1998. Disponible en: URL: <http://www.cap-semfyc.com/home>.
7. **Casanova Aldave J.** Fármacos antidepresivos. Noviembre 1996;4(4). Disponible en: URL: <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter4.html>.
8. **Baldessarini RJ.** Fármacos y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. En: Goodman & Gilman, editores. *Las bases farmacológicas de la terapéutica (vol. 1)*. 6ª ed. Méjico: McGraw-Hill Interamericana Editores SA;1996.p. 459-89.
9. **Gibert J, Moreno MR, Ignacio J.** Antidepresivos. En: Roca Bannasar M, Cervera Enguix S, Leal Cercós C, Baca Baldomer E, Vallejo Ruiloba J, editores. *Trastornos del humor*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.p.793-820.



10. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Actualidad farmacoterapéutica: Depresión. *Madrid 1998; 22(210): 71-2.*
11. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos. *Barcelona: JR Prous; 1996.*
12. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Nuevos medicamentos comercializados en España: Citalopram. *Madrid 1996; 20(190): 55-63.*
13. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Nuevos principios activos en España (1987-96). *Madrid 1997; 21(200): 24-25.*
14. **Sanz, A.** Depresión: antidepresivos tricíclicos o los nuevos ISRS. En: *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Madrid 1999; 23(224): 406-408*
15. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Efectos adversos de los medicamentos: antidepresivos y reacciones extrapiramidales. *Madrid 1998; 22(221): 112-4.*
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Actualidad farmacoterapéutica: Tratamiento de la depresión en situaciones especiales. *Madrid 1998; 22(211): 138-9.*
17. **Asensio i Serqueda F.** Tratamiento farmacológico en situaciones especiales. *Jano 1999 Feb 19-25;56(1288):78-84*
18. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Panorama Actual del Medicamento. Timidez, fobia social y Seroxat, (paroxetina). *Madrid 1998; 22(217): 607-13.*

Tabla 1: PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS (mg/día)	S	EA	H	SS	TC	P	C	E o I	
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	AMINEPTINA	Survector®	I: 100 O: 100-200 M: 200	0	+	++	0	++	+/-	++	+
	AMITRIPTILINA	Tryptizol®	I: 25-50 O: 100-200 M: 300	+++	+++	+++	+/-	+++	+++	++	0
	AMOXAPINA	Demolox®	I: 50 O: 200-300 M: 400	+	+	++	+/-	++	+	++	0
	CLOMIPRAMINA	Anaframil®	I: 25-50 O: 100-200 M: 250	++	+++	++	+	+++	++	+++	0
	DOXEPINA	Sinequan®	I: 25-50 O: 100-200 M: 300	+++	++	+++	+/-	++	++	++	0
	IMIPRAMINA	Tofranil®	I: 25-50 O: 100-200 M: 300	++	++	++	+/-	+++	++	++	0
	NORTRIPTILINA	Martimil®	I: 25-50 O: 50-150 M: 250	+	+	+	0	++	+	+	0
	TRIMIPRAMINA	Surmontil®	I: 25-50 O: 75-200 M: 300	+++	+++	++	0	+++	++	++	0
	MAPROTILINA	Lantanón®	I: 25-50 O: 100-150 M: 225	++	++	++	0	++	++	+++	0



Tabla 1: PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS (Cont.)

	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS (mg/día)	S	EA	H	SS	TC	P	C	E o I
ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS	MIANSERINA	Lantanón®	I: 30-40 O: 60 M: 200	+++	+/-	++	0	++	++	+	0
	TRAZODONA	Deprax®	I: 50-100 O: 150-200 M: 600	+++	0	++	+	+/-	+	+/-	0
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA	CITALOPRAM	Prisdal® Seropram®	I: 20 O: 20-60 M: 60	+/-	0	0	++	0	+/-	+/-	+/-
	FLUOXETINA	Adofen® Prozac® Reneurón®	I: 10-20 O: 20-40 M: 80	0	0	0	++	0	+/-	+/-	0
	FLUVOXAMINA	Dumirox®	I: 50 O: 100-200 M: 300	++	0	0	++	0	+/-	+/-	0
	PAROXETINA	Casbol® Frosinor® Motiván® Seroxat®	I: 20 O: 20-40 M: 50	+	0	0	++	0	+/-	+/-	0
	SERTRALINA	Aremis® Besitrán®	I: 50 O: 100-150 M: 200	+/-	0	0	++	0	+/-	+/-	0
IMAO	FENELZINA	Nardil®	I: 15 O: 30-60 M: 90	+	0	+++	+/-	0	++	++	+/-
	TRANILCIPROMINA	Parnate®	I: 10-20 O: 20-30 M: 60	+	0	++	+/-	0	+/-	++	++
	MOCLOBEMIDA	Manerix®	I: 300 O: 300-600 M: 600-900	0	0	+/-	+	0	+/-	++	+
	MIRTAZAPINA	Rexer®	I: 15 O: 15-45 M: 45	+++	+	++	0	++	++	+	0
OTROS	NEFAZODONA	Dutonin® Menfazona® Ruliván®	I: 100-200 O: 200-400 M: 600	+++	0	+	++	+/-	+/-	+/-	0
	REBOXETINA	Norebox®	I: 4-8 O: 8-10 M: 12	+/-	+	++	0	+	+/-	+	+
	VENLAFAXINA	Dobupal® Vandral®	I: 75 O: 75-225 M: 375	+/-	+	++	0	+	+/-	+	+

S: Sedación; **EA:** Efectos anticolinérgicos; **H:** Hipotensión; **SS:** Sintomatología serotoninérgica; **TC:** Toxicidad cardíaca; **P:** Aumento de peso; **C:** Convulsiones; **E ó I:** Estimulación o insomnio; **I:** Dosis inicial; **O:** Dosis ordinaria; **M:** Dosis máxima.



Tabla 2: INTERACCIONES DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y HETEROCÍCLICOS*

FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Alcohol	Disminución de la función cognoscitiva Aumento de la toxicidad de la amitriptilina y de la trazodona Disminución del efecto de la imipramina
Aminas simpaticomiméticas	Hipertensión y crisis hipertensivas con la adrenalina, noradrenalina y fenilefrina
Anticonceptivos orales	Posible toxicidad del antidepresivo
Barbitúricos	Disminución del efecto antihipertensivo
Benzodiazepinas	Aumento de la pérdida de la capacidad de conducir de la amitriptilina y el diazepam por efecto aditivo
Betabloqueantes	Posible toxicidad de la imipramina
Carbamazepina	Posible aumento de la toxicidad de ambos fármacos Disminución del efecto de la nortriptilina Posible disminución del efecto de la imipramina en niños
Diltiazem	Posible toxicidad de la imipramina
Estrógenos	Posible aumento de la toxicidad del antidepresivo
Fenitoina	Aumento de la toxicidad fenitoínica con la imipramina
Fenotiazinas	Aumento de la toxicidad con el antidepresivo
IECA	Toxicidad de la imipramina con el enalapril
IMAO	Síndrome serotoninérgico: delirio, coma, hiperpirexia, convulsiones y manía
Isosorbida, dinitrato	Disminución del efecto de la isosorbida
Sulfanilureas	Hipoglucemia con doxepina y nortriptilina
Marihuana fumada	Taquicardia sinusal notable
Nifedipino	Ausencia de respuesta a la nortriptilina
Nitroglicerina	Disminución del efecto de la nitroglicerina
Rifampicina	Disminución del efecto de la nortriptilina
Tetraciclinas	Hemosiderosis localizada con la amitriptilina y la minociclina.
Trimetoprim- sulfametoxazol	Recurrencia de la depresión
Verapamilo	Posible toxicidad imipramínica

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; **IMAO:** Inhibidor de la monoaminoxidasa

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos. Barcelona: JR Prous; 1996.



Tabla 3: INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Anticoagulantes orales	Hemorragias con la warfarina y la paroxetina Posible aumento del efecto con la fluoxetina
Antidepresivos tricíclicos	Aumento de la toxicidad del antidepresivo por disminución del metabolismo que puede durar semanas después de interrumpir el tratamiento
IMAO	Diversos síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos y psiquiátricos
Antihistamínicos H₁	Disminución del efecto antidepresivo de la fluoxetina con la ciproheptadina Posibles arritmias con la fluvoxamina y el astemizol o la terfenadina
Benzodiazepinas	Posible aumento de la pérdida de capacidad de conducir con el diazepam o el alprazolam y la fluoxetina Posible toxicidad del alprazolam y el bromazepam con la fluvoxamina
Betabloqueantes	Bloqueo cardiaco con la fluoxetina y el propranolol
Bupiriona	Convulsiones con la fluoxetina Pérdida del efecto ansiolítico de la bupiriona con la fluoxetina
Carbamazepina	Toxicidad de la carbamazepina con la fluoxetina Síndrome serotoninérgico tóxico: escalofríos, agitación, incoordinación, diaforesis, hiperreflexia. Una sola comunicación, el paciente recibía múltiples fármacos
Dextrometorfano	Alucinaciones visuales con la fluoxetina
Fenitoína	Toxicidad fenitoínica con la fluoxetina
Fenotiazinas	Distonía
Haloperidol	Aumento de los síntomas extrapiramidales con la fluoxetina Posible toxicidad con la fluvoxamina
Marihuana fumada	Manía con la fluoxetina
Metadona	Aumento de su efecto con la fluvoxamina
Nifedipino	Toxicidad nifedipínica con la fluoxetina
Pentazocina	Hipertensión, náuseas, desvanecimiento, ansiedad, parestesias y ataxia con la fluoxetina
Teofilina	Toxicidad teofilínica con la fluvoxamina
Trazodona	Posible toxicidad con la fluoxetina
Valproico, ácido	Posible toxicidad con la fluoxetina
Verapamilo	Toxicidad con la fluoxetina

IMAO: Inhibidor de la monoaminoxidasa

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos. Barcelona: JR Prous; 1996.



Tabla 4: INHIBIDORES DE LOS MONOAMINOOXIDASA

FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Aminas simpaticomiméticas	Hipertensión grave y posible crisis
ISRS	Diversos síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos y psiquiátricos
Antidepresivos tricíclicos	Síndrome serotoninérgico: delirio, coma, hiperpirexia, convulsiones, manía. Un caso de coagulación intravascular diseminada
Antihistaminicos H₁	Alucinaciones con la ciproheptadina y lafenelzina
Benzodiacepinas	Aumento de la toxicidad de la fenelzina con el nitrazepam Cefalea y rubor de la fenelzina y el clonazepam
Betabloqueantes	Bradicardia de la fenelzina y el metoprolol
Buspirona	Hipertensión
Carbamazepina	Posible disminución del efecto de la carbamazepina con la tranilcipromina
Dextrometorfano	Síndromes neurológicos
Eritromicina	Hipotensión grave y síncope con la fenelzina
Fenformina	Aumento del efecto hipoglucemiante
Ginseng	Euforia
Hipoglucemiantes sulfanilureicos	Aumento del efecto hipoglucemiante
Insulina	Posible aumento del efecto hipoglucemiante
Nárcoticos	Encefalopatía grave con la petidina y con la selegina Aumento de la sedación y somnolencia con el propoxifeno y la fenelzina.
Tiramina, alimentos y bebidas ricos en	Crisis hipertensivas
Venlafaxina	Posible toxicidad cardiovascular y neurológica

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos. Barcelona: JR Prous; 1996.

