



# LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO

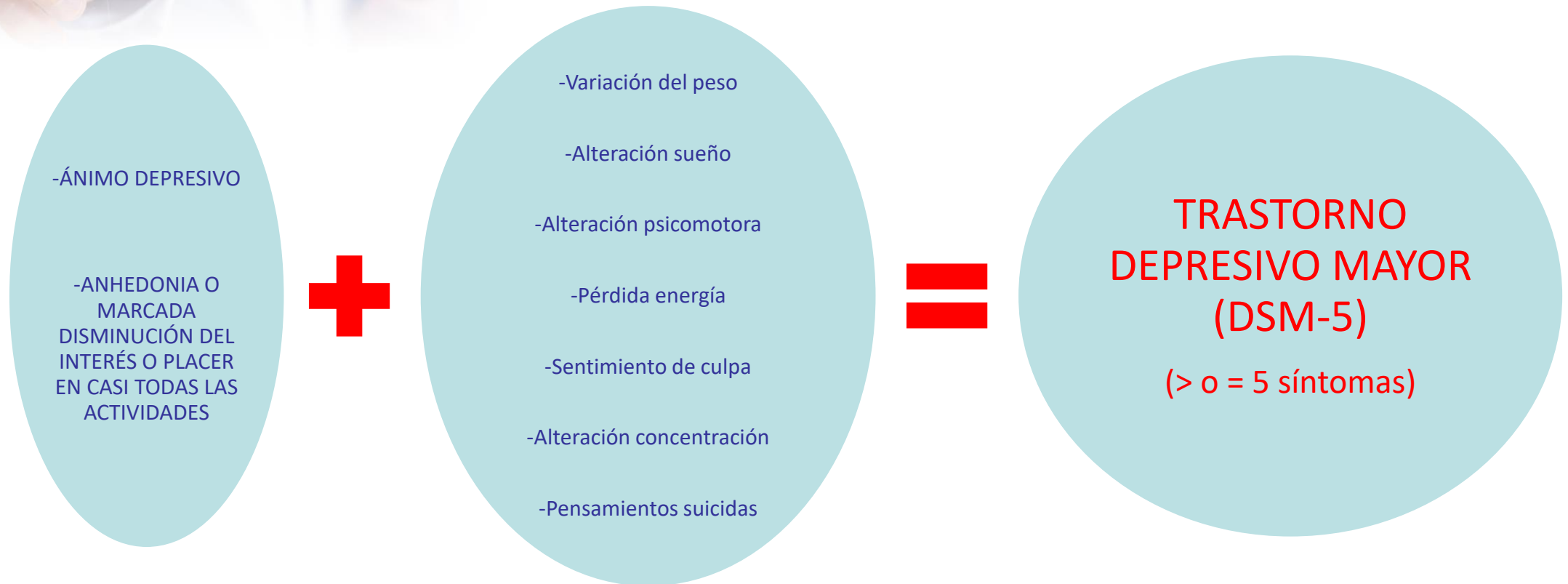
**DRA. MÓNICA PALOMINO PÁEZ**

**Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Grupo de trabajo de Salud mental de SEMERGEN**

**C.S Los Montecillos (Dos Hermanas. Sevilla)**

# OJO AVIZOR CON LA DEPRESIÓN



## ¿DIFERENCIAS CON RESPECTO AL PASADO?

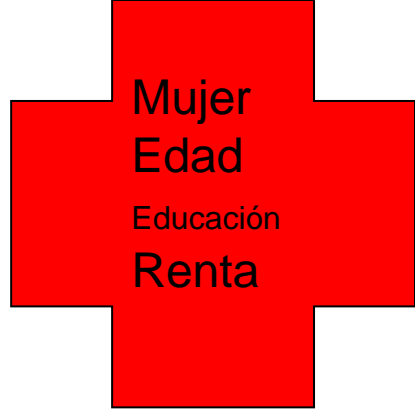
**Table 5** Trends in prevalence rates of 12-month DSM-IV disorders in people aged 18-64 years (N=11,615), based on NEMESIS-2 (2007-2009) and NEMESIS-3 (2019-2022), in weighted percentages, odds ratios (ORs) or adjusted odds ratios (aORs), and 95% confidence intervals (CIs)

	NEMESIS-2		NEMESIS-3		Unadjusted model	Adjusted model
	%	95% CI	%	95% CI	OR (95% CI)	aOR (95% CI)
Mood disorders	6.0	5.3-6.8	10.8	9.7-11.9	<b>1.89 (1.59-2.24)</b>	<b>2.04 (1.71-2.42)</b>
Anxiety disorders	10.1	9.2-11.0	15.6	14.3-16.9	<b>1.64 (1.44-1.87)</b>	<b>1.76 (1.56-1.99)</b>
Substance use disorders	5.5	4.5-6.5	7.1	6.1-8.2	<b>1.32 (1.04-1.68)</b>	1.27 (0.99-1.63)
Any mental disorder	17.4	16.0-18.7	26.1	24.2-28.0	<b>1.68 (1.48-1.90)</b>	<b>1.78 (1.59-2.00)</b>

Data were weighted to be representative of the adult population in the particular study period. Unadjusted model: OR and p not controlled for socio-demographic differences between the studies. Adjusted model: aOR and p controlled for socio-demographic differences (sex, age, education, living situation, employment status, urbanicity) between the studies. Significant values of OR or aOR (<0.05) are highlighted in bold prints.



# EPIDEMIOLOGÍA



Encuesta Europea de Salud en España (ESEE, 2020)  
Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

Incremento trastorno ansioso-depresivo y síntomas estrés  
postraumático **tras** la pandemia por COVID-19

-Según la OMS 280 millones de personas en el mundo sufren depresión (5% de los adultos).

-España prevalencia 5,4% de la población.

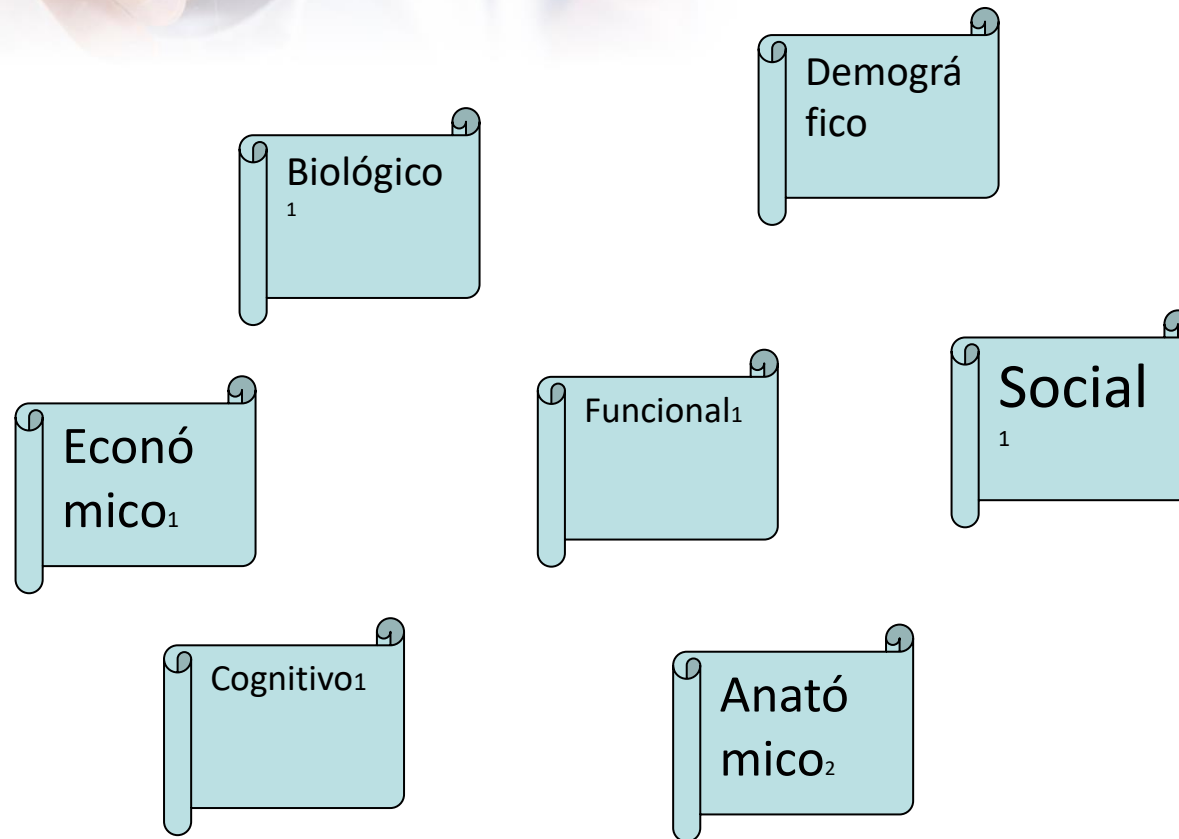
-Prevalencia –año del 6% y prevalencia-vida del 15-18%.

-Trastorno mental más costoso en Europa, representa el 33% coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía ( 118 billones de euros).

Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (consultado el 4 de marzo de 2023)

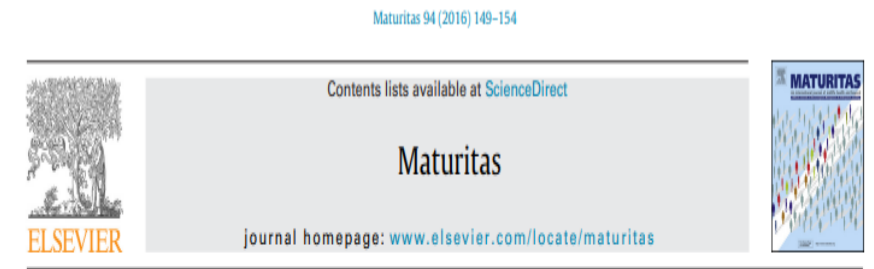
Encuesta Europea de Salud en España. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&idp=125473557317577](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&idp=125473557317577) Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19: [https://www.cis.es/cis/opencms/ES/9\\_Prensa/Noticias/2021/prensa0492.html](https://www.cis.es/cis/opencms/ES/9_Prensa/Noticias/2021/prensa0492.html)

# ¿FACTORES DE RIESGO?



1. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas*. 2016 Dec;94:149-154. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.004. Epub 2016 Sep 16. PMID: 27823736.

2, Malhi, G.S., & Mann, J.J. (2018). Depression. *Lancet* (London, England), 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)



Review article

## Depression in midlife women

Dr Jenifer Sassarini (MChB, PhD) (Clinical Lecturer)\*

Obstetrics and Gynaecology, School of Medicine, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, G31 2ER, UK



ARTICLE INFO

ABSTRACT

PubMed®

Advanced

Save Em

Review > *Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.

Epub 2018 Nov 2.

## Depression

Gin S Malhi<sup>1</sup>, J John Mann<sup>2</sup>

Affiliations + expand

PMID: 30396512 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2

Abstract

# LA IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN



Castellano ▾ | Buscar 🔍

Presidente ▾ Gobierno ▾ Consejo de Ministros ▾ Prensa ▾ España ▾

[Inicio](#) > [Presidente](#) > [Actividad](#)

🔊 [Escuchar](#) ▾

Acto 'Salud Mental y COVID-19', en La Moncloa





## El Gobierno presenta el Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19 para atender al impacto provocado por la pandemia

[Actividad del presidente](#) - 9.10.2021



## REVIEW ARTICLE

# Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review

Luis Gutiérrez-Rojas,<sup>1</sup>  Alejandro Porrás-Segovia,<sup>2</sup>  Henry Dunne,<sup>3</sup>  
Nelson Andrade-González,<sup>4</sup>  Jorge A. Cervilla<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, Spain. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain. <sup>3</sup>Brighton and Sussex University Hospital, Brighton, UK. <sup>4</sup>Grupo de Investigación en Procesos Relacionales y Psicoterapia, Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, Spain.

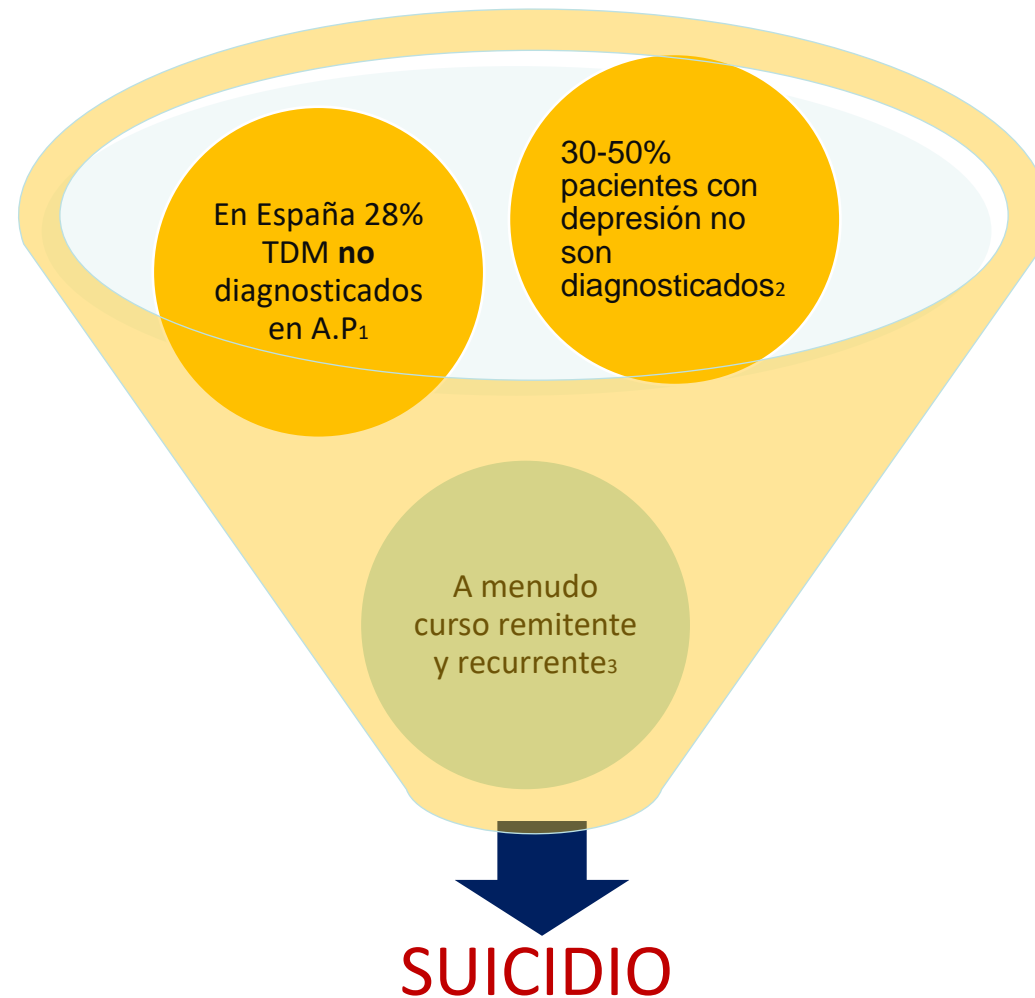
**Objectives:** Major depressive disorder (MDD) is one of the most disabling mental illnesses and it has a significant impact on society. This review aims to provide updated scientific evidence about the epidemiology of MDD.

**Methods:** A systematic literature review of the PubMed and MEDLINE databases was performed to identify articles on the prevalence of MDD and its correlates. The search was restricted to manuscripts published between January 2001 and December 2018.

**Results:** Sixty-three articles were included in the review. The lifetime prevalence of MDD ranged from 2 to 21%, with the highest rates found in some European countries and the lowest in some Asian countries. The main sociodemographic correlates were separated/divorced marital status and female gender. Child abuse, intimate partner violence, and comorbidity with other physical and mental disorders also were consistently associated with MDD across the reviewed studies.

**Conclusions:** MDD is a highly prevalent condition worldwide. There are remarkable interregional differences in the disorder's prevalence, as well as in certain sociodemographic correlates. MDD is also highly comorbid with physical and mental health problems.

**Keywords:** Major depressive disorder; prevalence; comorbidity; epidemiology; chronic physical conditions



(TDM se asocia a suicidio en >50% casos) OMS: 700,000/año.

España 8,4/100,000hab en 2021<sup>4</sup>

1. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):331-43;2. Cleare A, et al. *J Psychopharmacol.* 215;29(5):459-525; 3. NICE CG90. Depression in adults: recognition and management. 2009. Update April 2016 Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> Accessed April 2016; WHO. ICD-10 Classification .1993. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>. Accessed April 2016 . American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th edition: American Psychiatric Association. 1994:866; American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: American Psychiatric Association. 2013;4. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio/espana#:~:text=Cada%20d%C3%ADa%20se%20suicidan%201,personas%20de%20media%20cada%20d%C3%ADa>.

# OJO AL DATO

Datosmacro.com Datos Países Análisis Diccionario Buscador € \$ Search f t in

## Expansion / Datosmacro.com

ORBYT. Ediciones

BOLSAS BONOS DEUDA DIVISAS DÉFICIT EPA HIPOTECAS IPC MATERIAS PRIMAS PIB PARO PRIMA DE RIESGO RATINGS SALARIO SMI TIPOS

Socio-demografía / Mortalidad / Suicidios

### España - Suicidios

¿Quieres que lo enviémos a tu correo?

Eslovenia - Suicidios Estados Federados de Micronesia - Suicid...

#### SUICIDIOS ESPAÑA 2021

### Cada día se suicidan 11 personas en España

Los últimos datos publicados indican que a lo largo de 2021 se registraron 4.003 suicidios en España. En este último año se quitaron la vida 62 personas más que en 2020. Esto significa que en España se suicidan 11 personas de media cada día.

La tasa de suicidios en España es de 8,4 por cada 100.000 habitantes, menor que la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,11 por cada 100.000 habitantes.

De los 4.003 suicidios que se produjeron en 2021, 2.982 fueron suicidios de hombres y 1.021 de mujeres. Así pues, se suicidan 12,8 hombres de cada 100.000 y 4,2 mujeres de cada 100.000 La diferencia entre la tasa de suicidios masculina y la femenina es bastante grande, lo que es habitual en la mayor parte de países.

Sin duda el suicidio es una causa de muerte muy importante en el mundo. Podemos darnos cuenta de la entidad del problema al comparar el número de suicidios con el de asesinatos. En 2021 hubo 290 asesinatos en España, así pues en España el número de suicidios es muy superior al de asesinatos, hasta el punto de que por cada persona asesinada se suicidaron 13,8 personas.

En el gráfico de la parte inferior podemos ver la evolución del número de suicidios en los últimos años. En el año 2011 se producían 3.180 suicidios en España y la tasa de suicidios era del 6,89 por cada 100.000 habitantes. Si comparamos este número con el actual número de suicidios, vemos que, según los últimos

#### #COVID-19: 31/05/2023

Confirmados: 13.890.555 (+22.328)  
Muertos: 121.813 (+1)  
Completamente vacunadas: 40.739.123 (84,77%)

#### COM. AUTÓNOMAS

COMPARAR PAÍSES

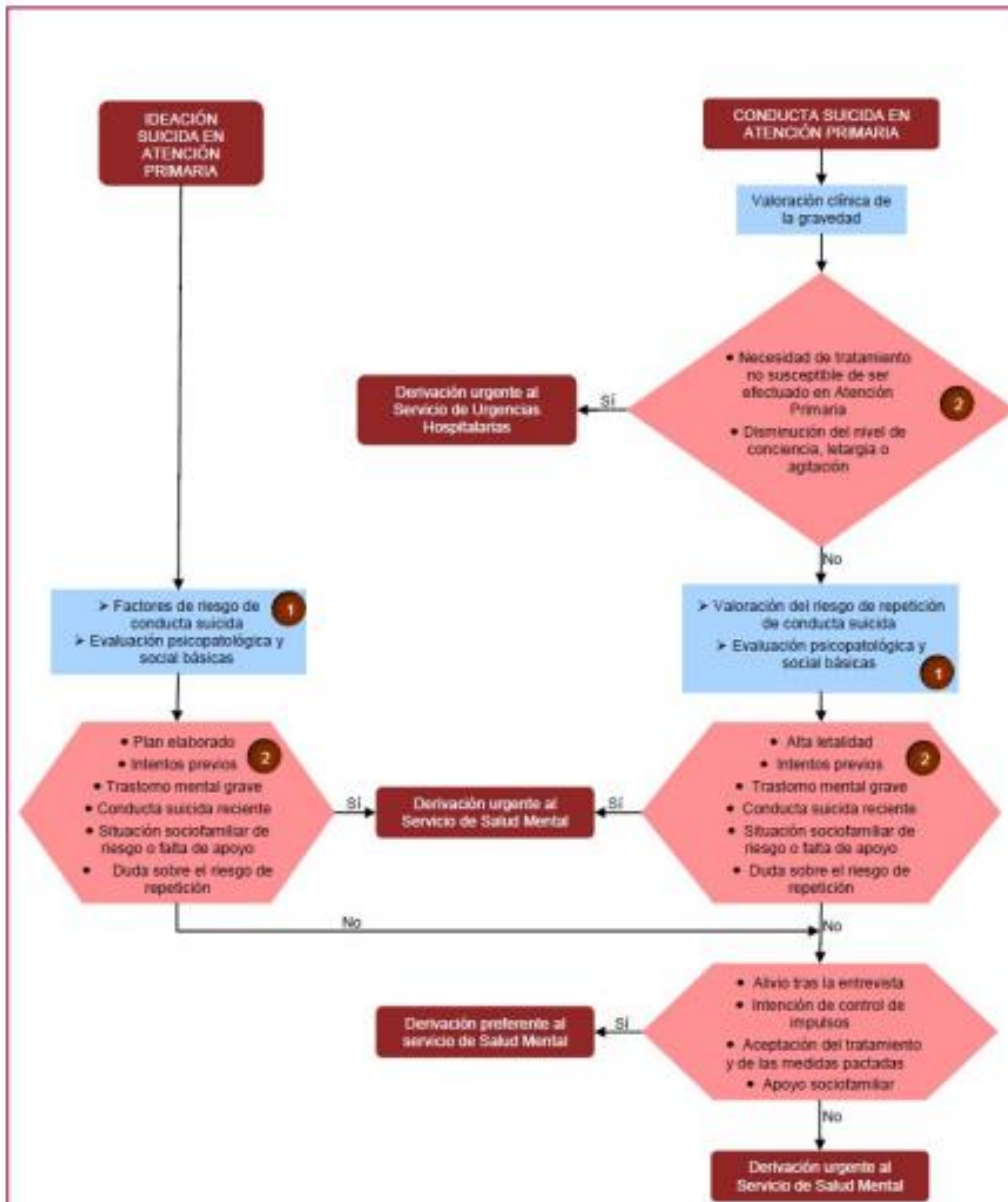
Austria Viet Nam Comparar

#### ÚLTIMOS DATOS PUBLICADOS

El IPC desciende hasta el 10,6% en junio en Mongolia  
Baja la tasa de paro en Bosnia y Herzegovina

# PARTE DE LOS RECURSOS...

Algoritmo 1. Manejo de la conducta suicida en atención primaria



## Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

La GPC ha sido revisada en septiembre 2020. La revisión ha concluido que las recomendaciones y otros contenidos clínicos relevantes continúan siendo vigentes. El procedimiento para la revisión de la GPC puede consultarse en: <https://bit.ly/2ZEvBjx>

### Más información

- ACUDA A SU CENTRO DE SALUD
- Teléfono de urgencias: **061** o **112**.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). [www.feafes.com](http://www.feafes.com).
- Teléfono de la Esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). [www.telefonodelaesperanza.org](http://www.telefonodelaesperanza.org).
- [www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com)
- [www.redaipis.org](http://www.redaipis.org)

# ATENCIÓN A LAS SEÑALES...

Original Research *See commentary by Wiersma p941*

Cureus

Open Access Review Article

DOI: 10.7759/cureus.32359

## Impact of Childhood Life Events and Childhood Trauma on the Onset and Recurrence of Depressive and Anxiety Disorders

Jacqueline G. F. M. Hovens, MD; Erik J. Giltay, MD, PhD; Philip Spinhoven, PhD; Albert M. van Hemert, MD, PhD; and Brenda W. J. H. Penninx, PhD

Received 03/23/2022  
Review began 11/09/2022  
Review ended 12/01/2022

## Association Between Dietary Habits and Depression: A Systematic Review

Ramaneshwar Selvaraj<sup>1</sup>, Tharun Yadhav Selvamani<sup>2</sup>, Anam Zahra<sup>3</sup>, Jyothirmal Malla<sup>4</sup>, Ravneet K. Dhanoa<sup>5</sup>, Sathish Venugopal<sup>6</sup>, Shoukrie I. Shoukrie<sup>7</sup>, Ranim K. Hamouda<sup>5</sup>, Pousette Hamid<sup>6</sup>

-El maltrato infantil.

-Ciertas dietas.

-Situación vital estresante en el trabajo.

OPEN

Citation: *Tansl Psychiatry* 2016;6:4799. doi:10.1038/tp.2016.61  
[www.nature.com/tp](http://www.nature.com/tp)

ORIGINAL ARTICLE

Childhood trauma predicts antidepressant response in adult with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression

## ASSOCIATION BETWEEN OBESITY AND DEPRESSION: INFLUENCE OF GENDER, AGE, DEGREE OF ADIPOSITY AND PHYSICAL ACTIVITY

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between obesity and depression, as well as the influence of gender, age, degree of adiposity and physical activity in patients of the Endocrinology Service of the Autonomous University Hospital of Los Andes, Mérida, Venezuela.

**Material and Methods:** Observational, analytical and cross-sectional study. We included 112 subjects of both sexes between 18 and 65 years old, 58 obese and 54 non-obese. Socio-demographic and clinical variables were evaluated. The patient's health questionnaire for depression (PHQ-9) was applied, and the degree of physical activity was determined through a self-reported survey and the use of a digital pedometer.

Artículo recibido en: Febrero 2019. Aceptado para publicación en: Abril 2019  
Dirigir correspondencia a: Tibisay Miranda. Email: [tibisaymiranda4@gmail.com](mailto:tibisaymiranda4@gmail.com)

Original article



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

*Scand J Work Environ Health*. 2021;47(8):582-590. doi:10.5271/sjweh.3976

Exposure to workplace violence and threats and risk of depression: a prospective study

by Laura A Rudljoebing, MD,<sup>1</sup> Åse Marie Hansen, PhD,<sup>2,3</sup> Reiner Rugulies, PhD,<sup>2,3,4</sup> Henrik Kolstad, PhD,<sup>5</sup> Jens Peter Bonde, PhD<sup>1</sup>

# FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

## 1. intentos previos

2.-Ciertos colectivos

3.-Abuso de sustancias tóxicas

4.-Desesperanza

5.-Enfermedad mental grave.

6.-Af de trastorno mental y/o suicidio

7.-Enfermedades crónicas.

8.-Sin apoyo social

9.-Jóvenes y ancianos



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-ND](#)

# ESCALAS EVALUACIÓN RIESGO SUICIDIO

Escala MINI(entrevista neuropsiquiátrica internacional), Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, escala SAD PERSONS

Tabla 1 – Escala “MINI suicidio”	
Durante este último mes:	Puntos
¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SÍ	1
¿Ha querido hacerse daño? NO SÍ	2
¿Ha pensado en el suicidio? NO SÍ	6
¿Ha planeado cómo suicidarse? NO SÍ	10
¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ	10
A lo largo de su vida:	
¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ	4
Si algún SÍ: sumar puntos para ver RIESGO DE SUICIDIO	
Leve: 1-5 puntos	
Moderado: 6-9	
Alto: ≥ 10	

Riesgo leve 1-5: seguimiento por AP y/o Unidad de Salud Mental.

Riesgo moderado 6-9: cita preferente en Unidad de Salud Mental (<10 días).

Riesgo alto >10: derivación urgente a centro hospitalario.



## DERIVACIÓN URGENTE SERVICIOS SALUD MENTAL

**INTENTO DE SUICIDIO O IDEACIÓN  
SUICIDA GRAVE  
AGITACIÓN SEVERA CON SÍNTOMAS  
GRAVES O PSICÓTICOS  
PACIENTE ES UN RIESGO PARA ÉL O  
OTRAS PERSONAS  
ABANDONO PERSONAL GRAVE( EJ.  
NEGARSE A COMER)**



# ¿LE PONEMOS TRATAMIENTO?

## CUESTIONARIO PHQ-9

Puntuación	Acción
≤4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?  
(use un ✓ para indicar su respuesta)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para dormirse o seguir durmiendo, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que ha decepcionado a si mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en las cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan nervioso e inquieto y moverse mucho más que lo normal	0	1	2	3
9. Pensar que estaría mejor muerto o pensar en lastimarse	0	1	2	3
Sumar las columnas		+	+	
Total				



## ¿TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO O PSICOTERÁPICO?

### PSICOTERAPIA:

- 1,- Síntomas leves
- 2,- Embarazo y lactancia
- 3,- Paciente pluripatológico con polifarmacia
- 4,- Reacciones adversas previas.

### AMBOS:

ENFERMEDAD  
MODERADA -GRAVE

# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

## PSICOTERAPIA

- Efectivo.
- Mejor combinado.
- Diferentes formatos.
- Preferencia paciente
- Preventivo.

## MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL

- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación del nervio vago
- Estimulación magnética transcraneal.
- Estimulación cerebral profunda.

- Terapia conductual.
- Psicoterapia interpersonal.
- Terapia de grupo.
- Terapia cognitivo conductual
- Terapia cognitiva basada en la atención plena.

Current Psychiatry Reports (2019) 21: 129  
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

PSYCHIATRY IN PRIMARY CARE (BN GAYNES, SECTION EDITOR)

## Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments

Pim Cuijpers<sup>1</sup> • Soledad Quero<sup>2</sup> • Christopher Dowrick<sup>3</sup> • Bruce Arroll<sup>4</sup>





# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ¿CUÁNTO TIEMPO?

DURACIÓN ,depende de gravedad, recurrencia y factores de riesgo<sup>1-5</sup>

-Primer episodio no grave: 6 meses-1 año.

-Primer episodio grave: 2-3 años.

-Dos episodios: mantener entre 3-5 años.

-Tres o más episodios o primer episodio en paciente anciano: mantener 5 años o considerar tratamiento indefinido.

1. Lam, R. W. et al. (2016). CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry.*;Sep;61(9):510-23. doi: 10.1177/0706743716659416. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27486151; PMCID: PMC4994789
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06
3. Soler, P. A., Gascón, J. (2012). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (RTM-IV)*. 4ª ed Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L.
4. Saltiel, P. F., Silvershein, D. I. (2015). Major depressive disorder: mechanism-based prescribing for personalized medicine. *Neuropsychiatr Dis Treat.*;11:875-888. Major depressive disorder: mechanism-based prescribing for personalized medicine - PubMed (nih.gov)
5. APA. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder*. 3rd Edition. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/mdd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf)



## OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

- Diagnóstico precoz
- Tratamiento precoz



¡¡REMISIÓN COMPLETA!!

**30%** DE PACIENTES CON DEPRESIÓN NO ALCANZAN LA REMISIÓN, INCLUSO DESPUÉS DE VARIOS TRATAMIENTOS ADECUADOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>,Alcalá Partera, J.A (2006). Curso y pronóstico de la depresión. Semergen,32(supl2):S28

# ¿QUÉ ANTIDEPRESIVO ELIJO?



5HT: serotonina; DA: dopamina; DLXT: duloxetina; dVLFX: desvenlafaxina; NA: noradrenalina; VLFX: venlafaxina; VORTIOX: vortioxetina

Basado en: Stahl, S. M. (2008). *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 3ª ed. Cambridge: University Press

# ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

SÍNTOMA CARDINAL	ELECCIÓN	OTRAS OPCIONES
<u>INSOMNIO</u>	MIRTAZAPINA <sup>1</sup>	VORTIOXETINA <sup>2</sup>
<u>DISFUNCIÓN COGNITIVA</u>	VORTIOXETINA DULOXETINA BUPROPIÓN ISRS <sup>1</sup>	
<u>ANSIEDAD TRAST.ANSIOSO/DEPRESIVO</u>	PAROXETINA DULOXETINA SERTRALINA ESCITALOPRAM VENLAFAXINA <sup>1</sup>	VORTIOXETINA <sup>3</sup>
<u>CANSANCIO O FATIGA</u>	DULOXETINA BUPROPIÓN ISRS <sup>1</sup>	
<u>DOLOR</u>	DULOXETINA VENLAFAXINA DESVENLAFAXINA <sup>1</sup>	

1. Chin, T., Huyghebaert, T., Svrcek, C. et al. (2022). Individualized antidepressant therapy in patients with major depressive disorder: Novel evidence-informed decision support tool. *Can Fam Physician.*;Nov;68(11):807-814. doi: 10.46747/cfp.6811807

2. Ficha técnica de Brintellix. Lundbeck, S.A. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>

3. Baldwin, D. S., Florea, I., Jacobsen, P. L., Zhong, W., et al. (2016). A meta-análisis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms. *J Affect Disord.*;Dec;206:140-150. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.015

## ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO (II)

COMORBILIDAD	RECOMENDADOS	NO RECOMENDADOS
<b>Cardiopatía Isquémica</b>	ISRS: sertralina de elección. Posibilidad: <u>vortioxetina</u> , <u>agomelatina</u> , <u>mianserina</u> .	ATC, IRSN, citalopram y <u>escitalopram</u> . Uso con cuidado de <u>reboxetina</u> , <u>trazodona</u> (no usar en infarto reciente), <u>bupropión</u> , <u>mirtazapina</u> (aumento peso).
<b>Arritmias</b>	Sertralina, <u>agomelatina</u> , <u>vortioxetina</u> <sup>1</sup> .	ADT, citalopram, <u>escitalopram</u> , <u>bupropión</u> , <u>reboxetina</u> .
<b>Hipertensión arterial</b>	ISRS, <u>agomelatina</u> , <u>vortioxetina</u> <sup>2</sup> .	IRSN, <u>bupropión</u> , cuidado con ADT.
<b>Anticoagulación</b>	<u>Vortioxetina</u> <sup>3</sup> , <u>agomelatina</u> , <u>bupropión</u> .	ISRS. No se aconseja <u>venlafaxina</u> , <u>duloxetina</u> y <u>desvenlafaxina</u> por su efecto serotoninérgico.
<b>Diabetes mellitus</b>	ISRS (citalopram, sertralina, paroxetina): vigilar glucemia y dosis de antidiabéticos. <u>Agomelatina</u> , <u>bupropión</u> , <u>vortioxetina</u> <sup>4-8</sup> .	Cuidado con ADT por efectos anticolinérgicos (aumento de peso, hipoglucemia, difícil evaluación polidipsia). Fluoxetina interacción con ADO e insulina (hipoglucemia). Reajuste de dosis de antidiabéticos.
<b>Obesidad</b>	Fluoxetina, <u>bupropión</u> , <u>agomelatina</u> , <u>desvenlafaxina</u> , <u>vortioxetina</u> .	ADT y <u>mirtazapina</u> , <u>paroxetina</u> (mayor incremento de peso que otros ISRS).
<b>Alcoholismo</b>	Mejor ISRS. Posibilidad: IRSN, <u>bupropión</u> , <u>vortioxetina</u> , <u>mirtazapina</u> .	

1. Ficha técnica de Brintellix. Lundbeck, S.A. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>

2. Bordet, C. et al. (2020). *Psychopharmacology*.

3. Chen, G. et al. (2015). *The Journal of Clinical Pharmacology*

4. Katona, C. et al. (2012). *Int Clin Psychopharmacol*.

5. Boulenger, J. P. et al. (2014). *Int Clin Psychopharmacol*.

6. Álvarez, E. et al. (2012). *Int J Neuropsychopharmacol*.

7. Henigsberg, N. et al. (2012). *J Clin Psychiatry*

8. Baldwin, D. S. et al. (2016). *Journal of Psychopharmacology*

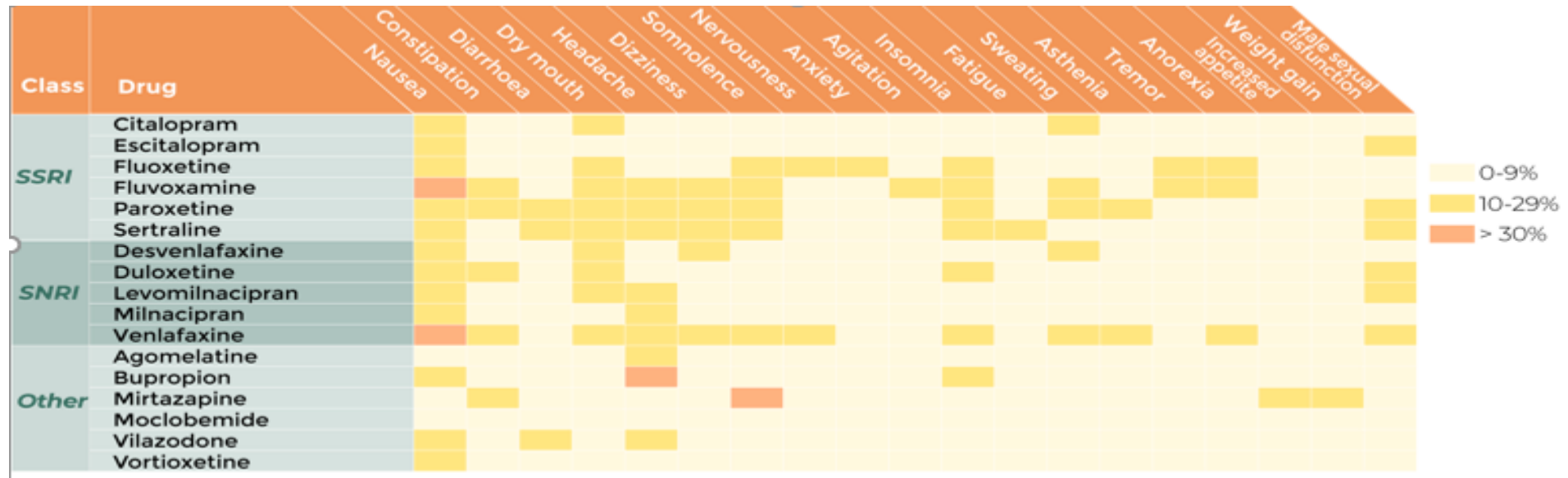
# TRATAMIENTO EN POBLACIONES ESPECIALES

SITUACIÓN DEL PACIENTE	RECOMENDADOS	NO RECOMENDADOS
<b>Anclanos</b>	Sertralina, <u>vortioxetina</u> , <u>duloxetina</u> .	Paroxetina y ADT.
<b>Niños y adolescentes</b>	Fluoxetina.	
<b>Embarazo</b>	Sertralina.	Paroxetina y fluoxetina, sobre todo en el tercer trimestre.
<b>Lactancia</b>	Sertralina.	
<b>Insuficiencia hepática</b>	<u>Vortioxetina</u> no precisa ajuste de dosis. ISRS a baja dosis. <u>Desvenlafaxina</u> no precisa ajuste de dosis.	<u>Duloxetina</u> , ADT, <u>agomelatina</u> , <u>mianserina</u> , trazodona, sertralina. Bajar dosis de venlafaxina, mirtazapina y <u>bupropión</u> .
<b>Insuficiencia renal</b>	<u>Vortioxetina</u> no precisa ajuste de dosis. ISRS: fluoxetina y sertralina, trazodona y <u>mianserina</u>	Ajuste de dosis otros ISRS (paroxetina y citalopram), IRSN, ADT, mirtazapina, <u>bupropión</u> ; si FG <30 ml/min, no dar <u>duloxetina</u> .

- Aguilella Vizcaíno, R. et al. (2015). *Guía de utilización de antidepresivos*. Área de Salud de Segovia. Segovia: Gerencias de Atención Primaria y Especializada de Segovia. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla León.
- Aguirrezabala, J. R., Aizpurua, I. et al. (2017). *Tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué*. (Pdf en Internet). Infac. 2017;25(1) (citado 22 de enero de 2023). Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2017/es\\_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1\\_antidepresivos.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf).
- Asiel Rodríguez, A., Fernández Liria, A., González Aguado, F. (2004). Trastornos depresivos. *Medicine*; 9(23): 1451-1460.
- Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. (2022). *Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. ANTIDEPRESIVOS: selección y deprescripción*. Sevilla: Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.
- Clabozo Freile, B., Aparicio Fernández, M. A., Blanco Garrote, J. A. et al. (consejo redacción). (2014). Trastornos del espectro depresivo: menos medicamentos y mas cuidados. (Pdf en Internet). Sacylite. *Boletín de Información Terapéutica*;1 (citado 22 de enero de 2023). Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/portalmedicamento/images?idMmedia=1075171>.
- Ficha técnica de Brintellix. Lundbeck, S.A. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/Navarra.2022;29\(4\):1-22](https://www.aemps.gob.es/Navarra.2022;29(4):1-22) (citado 25 de enero de 2023). Disponible en: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B6C5E65F-C8C6-497A-9F74-1A25FC5C2C2C/477512/Bit\\_v29n4.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B6C5E65F-C8C6-497A-9F74-1A25FC5C2C2C/477512/Bit_v29n4.pdf).
- Goni, O. (2022). Guía de uso seguro, deprescripción y cambio de antidepresivos. (Pdf en Internet). *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*;29(4):1-22 (citado 25 de enero de 2023). Disponible en: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B6C5E65F-C8C6-497A-9F74-1A25FC5C2C2C/477512/Bit\\_v29n4.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B6C5E65F-C8C6-497A-9F74-1A25FC5C2C2C/477512/Bit_v29n4.pdf).
- Ortiz Lobo Alberto, Sobrado de Vicente-Tutor AM. Uso adecuado de Antidepresivos. AMF 2017;13(1):29-33



# PREVALENCIA EFECTOS ADVERSOS ANTIDEPRESIVOS



Kennedy, S. H. et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*;61:540-560



# Abordaje compartido de la depresión

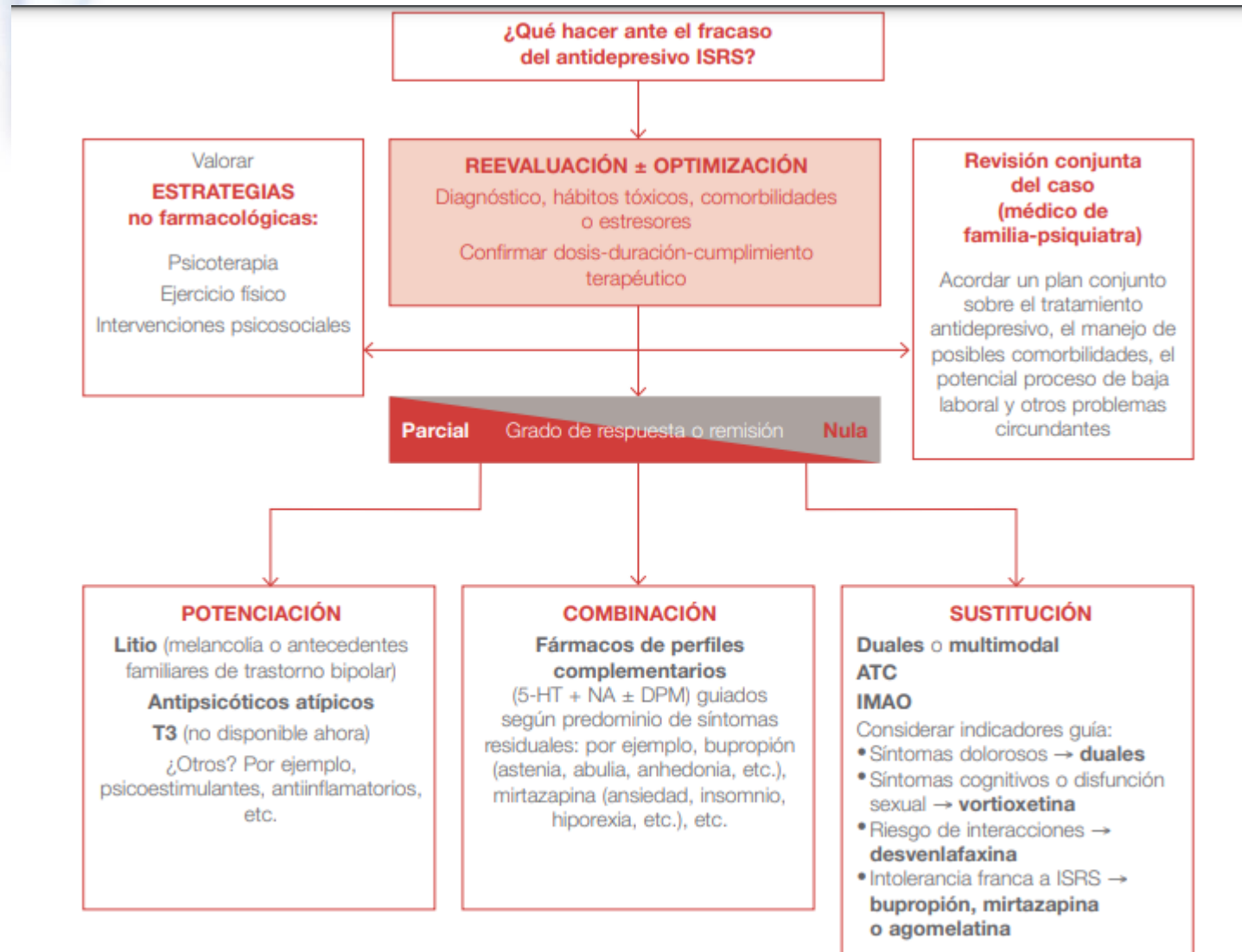
Documento  
multidisciplinar

Coordinadores:  
Miquel Roca Bennasar • Enric Aragonès

Sociedades Médicas:



# ¿Y SI FRACASA EL ANTIDEPRESIVO?



5-HT: serotonina; ATC: antidepressivos tricíclicos; DPM: dopamina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; NA: noradrenalina; T3: triiodotironina

# ROTACIÓN ANTIDEPRESIVOS

**C**  
Cambio

Pautas de cambio entre antidepresivos específicos

A →	Citalopram Escitalopram Paroxetina Sertralina (ISRS)	Fluoxetina	Fluvoxamina	Vortioxetina	Agomelatina	Desvenlafaxina Duloxetina Venlafaxina (IRSN)	Mianserina Mirtazapina	Reboxetina	Amiripitilina Nortriptilina Doxepina Trimipramina (ATC)	Clomipramina	Moclobemida	Tranilcipromina (IMAD)
↓ DESDE	Citalopram Escitalopram Paroxetina Sertralina (ISRS)	Fluoxetina	Fluvoxamina	Vortioxetina	Agomelatina	Desvenlafaxina Duloxetina Venlafaxina (IRSN)	Mianserina Mirtazapina	Reboxetina	Amiripitilina Nortriptilina Doxepina Trimipramina (ATC)	Clomipramina	Moclobemida	Tranilcipromina (IMAD)
↓ DESDE	↓ ISRS, y comenzar un ISRS alternativo a bajas dosis*	↓ ISRS, y luego comenzar fluoxetina a 10mg <sup>1</sup>	↓ ISRS, y luego comenzar fluvoxamina a 50mg <sup>1</sup>	↓ ISRS, y comenzar vortioxetina a 5mg*	↓ ISRS, y comenzar agomelatina*	↓ ISRS, y comenzar IRSN a bajas dosis*	↓ ISRS, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓ ISRS, y comenzar reboxetina*	↓ ISRS, y comenzar ATC, a bajas dosis (usualmente 25mg) <sup>1</sup>	↓ ISRS, y luego comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓ ISRS, esperar 7 días para el p. de lavado, y luego comenzar moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓ ISRS, esperar 7 días para el p. de lavado, y luego comenzar IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Fluoxetina	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 7 días para el p. lavado, y luego comenzar un ISRS, de los arriba citados, a bajas dosis <sup>1</sup>		☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar fluvoxamina a 50mg <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 7 días para el p. lavado, y luego comenzar vortioxetina a 5mg <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), y luego comenzar agomelatina.	↓, ☞ fluoxetina, esperar 7 días para el p. lavado, y luego comenzar IRSN a bajas dosis <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), y luego comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), y luego comenzar reboxetina a 4mg	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar ATC a 25mg y continuar a bajas dosis durante otras 3 semanas <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar clomipramina a 25 mg y continuar a esta dosis durante otras 3 semanas <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 5-6 semanas para el p. lavado, y luego comenzar con precaución moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	☞ fluoxetina (o ↓ si la dosis >40mg/día), esperar 5-6 semanas para el p. lavado, y luego comenzar con precaución IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Fluvoxamina	↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar un ISRS, de los arriba citados, a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar fluoxetina a 10mg <sup>1</sup>		↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar vortioxetina a 5mg <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, esperar 7 días para p. lavado, y luego comenzar agomelatina <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar IRSN a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, y comenzar reboxetina a 4mg*	↓, ☞ fluvoxamina, y comenzar ATC a 25mg*	↓, ☞ fluvoxamina, y luego comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, esperar 7 días para p. lavado, y luego comenzar con precaución moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ fluvoxamina, esperar 7 días para p. lavado, y luego comenzar con precaución IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Vortioxetina	↓ vortioxetina, y comenzar un ISRS, de los de arriba citados, a bajas dosis*	↓, ☞ vortioxetina, y luego comenzar fluoxetina a 10mg <sup>1</sup>	↓, ☞ vortioxetina, y luego comenzar fluvoxamina a 50mg <sup>1</sup>		↓ vortioxetina, y comenzar agomelatina a 25mg*	↓ vortioxetina, y comenzar IRSN a bajas dosis*	↓ vortioxetina, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓ vortioxetina, y comenzar reboxetina*	↓ vortioxetina, y comenzar ATC a bajas dosis (usualmente 25mg) <sup>1</sup>	↓, ☞ vortioxetina, y luego comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ vortioxetina, esperar 14 días de p. lavado, y luego comenzar moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ vortioxetina, esperar 21 días de p. lavado, y luego comenzar IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Agomelatina	☞ agomelatina, y luego comenzar un ISRS, de los de arriba citados	☞ agomelatina, y luego comenzar fluoxetina	☞ agomelatina, y luego comenzar fluvoxamina*	☞ agomelatina, y luego comenzar vortioxetina		☞ agomelatina, y luego comenzar IRSN	☞ agomelatina, y luego comenzar un medicamento, de los arriba citados	☞ agomelatina, y luego comenzar reboxetina	☞ agomelatina, y luego comenzar ATC a bajas dosis (usualmente 25mg) <sup>1</sup>	☞ agomelatina, y luego comenzar clomipramina	☞ agomelatina, y luego comenzar moclobemida	☞ agomelatina, y luego comenzar IMAD
Desvenlafaxina Duloxetina Venlafaxina (IRSN)	↓ IRSN, y comenzar un ISRS, de los de arriba citados, a bajas dosis*	↓, ☞ IRSN, y luego comenzar fluoxetina a 10mg <sup>1</sup>	↓, ☞ IRSN, y luego comenzar fluvoxamina a 50mg <sup>1</sup>	↓, ☞ IRSN, y luego comenzar vortioxetina a 5mg*	↓ IRSN, y comenzar agomelatina*	↓ IRSN, y comenzar un IRSN alternativo a bajas dosis*	↓ IRSN, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓ IRSN, y comenzar reboxetina a 4mg*	↓ IRSN, y comenzar ATC a 25mg*	↓ IRSN, y comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ IRSN, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ IRSN, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Mianserina Mirtazapina	↓ medicamento, y comenzar un ISRS, de los de arriba citados*	↓ medicamento, y comenzar fluoxetina*	↓ medicamento, y comenzar fluvoxamina*	↓ medicamento, y comenzar vortioxetina*	↓ medicamento, y comenzar agomelatina*	↓ medicamento, y comenzar IRSN*	↓ medicamento, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓ medicamento, y comenzar reboxetina a 4mg*	↓ medicamento, y comenzar ATC a 25mg*	↓ medicamento, y comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ medicamento, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ medicamento, esperar 14 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Reboxetina	↓ reboxetina, y comenzar un ISRS, de los de arriba citados*	↓ reboxetina, y comenzar fluoxetina*	↓ reboxetina, y comenzar fluvoxamina a 50mg*	↓ reboxetina, y comenzar vortioxetina a 5mg*	↓ reboxetina, y comenzar agomelatina*	↓ reboxetina, y comenzar IRSN a bajas dosis*	↓ reboxetina, y comenzar un medicamento, de los arriba citados*	↓ reboxetina, y comenzar ATC a 25mg*	↓ reboxetina, y comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓ reboxetina, y comenzar clomipramina a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ reboxetina, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución moclobemida a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ reboxetina, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar con precaución IMAD a bajas dosis <sup>1</sup>
Amiripitilina Nortriptilina Doxepina Trimipramina (ATC)	↓ ATC, y comenzar un ISRS, de los de arriba citados a bajas dosis*	↓, ☞ ATC antes de comenzar fluoxetina	↓ ATC, y comenzar fluvoxamina a 50mg*	↓ ATC, y comenzar vortioxetina a 5mg*	↓ ATC, y comenzar agomelatina*	↓ ATC, y comenzar IRSN a bajas dosis*	↓ ATC, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓ ATC, y comenzar reboxetina a 4mg*	↓ ATC, y comenzar un ATC alternativo a 25mg*	↓ ATC, y comenzar clomipramina con precaución a 25 mg <sup>1</sup>	↓, ☞ ATC, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar moclobemida <sup>1</sup>	↓, ☞ ATC, esperar 14 días de p. de lavado (21 días para imipramina), y luego comenzar IMAD <sup>1</sup>
Clomipramina	↓, ☞ clomipramina, y luego comenzar un ISRS, de los de arriba citados, a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, y luego comenzar fluoxetina a 10mg <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, y luego comenzar fluvoxamina a 50mg <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, y luego comenzar vortioxetina a 5mg <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, y comenzar agomelatina*	↓, ☞ clomipramina, y luego comenzar IRSN a bajas dosis <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, y comenzar un medicamento, de los arriba citados, a bajas dosis*	↓, ☞ clomipramina, y comenzar reboxetina a 4mg*	↓, ☞ clomipramina, y comenzar ATC a 25mg*		↓, ☞ clomipramina, esperar 7 días de p. de lavado, y luego comenzar moclobemida <sup>1</sup>	↓, ☞ clomipramina, esperar 21 días de p. de lavado, y luego comenzar IMAD <sup>1</sup>
Moclobemida	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar un ISRS, de los de arriba citados <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar fluoxetina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar fluvoxamina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar vortioxetina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, y comenzar agomelatina	↓, ☞ moclobemida, y comenzar IRSN <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, y comenzar un medicamento, de los arriba citados <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar reboxetina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar ATC <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar clomipramina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar clomipramina <sup>1</sup>	↓, ☞ moclobemida, esperar 24 horas para el p. lavado, y luego comenzar IMAD <sup>1</sup>



<b>Tranilcipromina (MAOI)</b>	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar un IRSR, de los arriba citados †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar fluoxetina †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar fluvoxamina †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar vortioxetina †	↓, ☹️ IMAD, y luego comenzar agomelatina*	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar IRSN	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar un medicamento, de los arriba citados †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar reboxetina †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar ATC †	↓, ☹️ IMAD, esperar 21 días para el p. lavado, y luego comenzar domipramina †	↓, ☹️ IMAD, y luego comenzar moclobemida, mientras se mantienen restricciones IMAD-dietéticas durante 14 días †	↓, ☹️ IMAD, esperar 14 días para el p. lavado, y luego comenzar IMAD †
<p>           ↓ : reducción gradual de dosis, con disminuciones cada pocos días, generalmente durante un periodo de 4 semanas, que puede modificarse por la experiencia del paciente, el medicamento, la enfermedad y otros factores.            ☹️ : suspender         </p> <p>           Todos los cambios de un antidepresivo a otro pueden incluir complicaciones graves. Los cambios deben realizarse con precaución y bajo estrecha supervisión.         </p> <p>           Las recomendaciones de esta tabla se basan en la experiencia clínica, la información del producto, la evidencia empírica y las recomendaciones de otras guías. Puede ser necesario modificar el proceso de cambio en función del paciente, la enfermedad y las variables del fármaco que interactúan, determinadas por el progreso clínico del paciente. En circunstancias apropiadas, los prescriptores expertos pueden emplear estrategias de cambio menos conservadoras, si están justificadas por consideraciones de riesgo-beneficio derivadas de diversos factores como la gravedad de la enfermedad.         </p> <p>           ATC: antidepresivos tricíclicos; IMAD: inhibidores de la monoamino-oxidasa; IRSN: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina; IRSR: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina         </p> <p>           * : Un periodo de lavado de 2-5 vidas medias (con mayor frecuencia, 2-5 días) entre el cese del fármaco anterior y la introducción de un nuevo fármaco es la estrategia de cambio más segura desde el punto de vista de las interacciones farmacológicas. En los casos indicados, un periodo de lavado no es esencial si el cambio se realiza con precaución, bajo estrecha supervisión, y las consideraciones clínicas (como la gravedad de la enfermedad) apoyan las consideraciones de riesgo-beneficio. Se requiere precaución en el cambio cruzado (cuando se reduce la dosis del primer fármaco y al mismo tiempo se aumenta la dosis del segundo fármaco, de modo que el paciente está tomando ambos antidepresivos), un tipo de cambio que puede usarse en los casos indicados si es apropiado y seguro.         </p> <p>           † : La fluoxetina puede interactuar 5-6 semanas después de su interrupción (especialmente con dosis más altas) debido a su larga vida media y el metabolito activo.         </p> <p>           ‡ : Es probable que la fluoxetina continúe elevando las concentraciones de ATC durante varias semanas.         </p> <p>           § : No se recomienda la prescripción conjunta de los dos antidepresivos en este caso.         </p>												

Adaptado de: [Aust Prescr. 2016; 39\(3\):76-83.](#)

# NO OLVIDAR...

## -EMBOTAMIENTO EMOCIONAL

35% de los pacientes abandonan el tratamiento debido al embotamiento Emocional.



-Cuidado con el Síndrome Serotoninérgico.

- >70% Pacientes que responden siguen presentando síntomas cognitivos.





Journal of Affective Disorders

Volume 283, 15 March 2021, Pages 472-479



Research paper

## Effectiveness of Vortioxetine on Emotional Blunting in Patients with Major Depressive Disorder with inadequate response to SSRI/SNRI treatment

[Andrea Fagiolini MD<sup>a</sup>](#), [Ioana Florea MD<sup>b</sup>](#), [Henrik Loft<sup>b</sup>](#),  
[Michael Cronquist Christensen DrPH<sup>b</sup>](#)  

- 1, McClintock SM, et al. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(2):180-6;
- La paciente ha dado su consentimiento explícito de la reproducción del vídeo



**MUCHAS GRACIAS A TODOS**