



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Antidepresivos en la tercera edad



M.C. Cortajarena García*, S. Ron Martin, E. Miranda Vicario,
A. Ruiz de Vergara Eguino, P.J. Azpiazu Gomez y J. Lopez Aldana

Centro de Salud Mental Aiala-Llodio (Alava), Red de Salud Mental Araba, Osakidetza, España

Recibido el 5 de junio de 2015; aceptado el 23 de julio de 2015
Disponible en Internet el 28 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Anciano;
Depresión;
Antidepresivos

Resumen La depresión en el anciano es una enfermedad frecuente, compleja y cambiante. Además sufren con más frecuencia recaídas y requieren cursos más largos de tratamiento

Es un reto su abordaje habida cuenta de otros factores concurrentes que complican su tratamiento además de la propia peculiaridad de la psicopatología.

Es importante tener un esquema básico de los antidepresivos que nos ayude desde la atención primaria a tratar con garantías esta enfermedad tan frecuente.

No hay ningún fármaco libre de problemas y hay que conocer las características de los mismos para poder realizar la elección más adecuada dependiendo de la eficacia, seguridad y tolerabilidad.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Elderly;
Depression;
Antidepressants

Antidepressants in the elderly

Abstract Depression in the elderly is a changing, difficult and common disorder. At this age, there are more relapses and more long-life treatment is required.

The pharmacology approach is a challenge because of concurrent factors that make their treatment more difficult.

It is very important to have a basic antidepressant scheme, in order to help treat this disorder with efficiency and success from Primary Care.

There are no drugs without side effects, and their characteristics have to be known in order to make the right selection depending on effectiveness, safety and tolerance.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cortajarenagarcia@osakidetza.net (M.C. Cortajarena García).

Introducción

La depresión en el anciano es una enfermedad frecuente (*afecta al 14-26% de los mayores de 65 años*)¹, compleja y cambiante. Además sufren con más frecuencia recaídas y requieren cursos más largos de tratamiento². Es un reto su abordaje habida cuenta de otros factores concurrentes que complican su tratamiento además de la propia peculiaridad de la psicopatología. Así la comorbilidad, la polimedicación, el declive/deterioro cognitivo y la hipersensibilidad a los psicofármacos son factores muy a tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento. Es por ello que es importante tener un esquema básico de los antidepresivos que nos ayude desde la atención primaria a tratar con garantías esta enfermedad tan frecuente.

Tenemos en el mercado numerosos fármacos antidepresivos orientados todos a conseguir la mayor eficacia con la menor toxicidad lógicamente. Pero no hay ningún fármaco libre de problemas y hay que conocer las características de los mismos para poder realizar la elección más adecuada dependiendo de la eficacia, seguridad y tolerabilidad.

Haremos primero un breve recorrido por las peculiaridades tanto de la depresión en el anciano como de los factores que complican el tratamiento con psicofármacos en dicha población.

Depresión en el anciano

La Sociedad Española de Psicogeriatría realizó un estudio³ para consensuar la opinión de expertos en cuanto a la depresión en el anciano y a las recomendaciones clínicas para abordarla. Los ítems en los que hubo acuerdo o consenso fueron:

Epidemiología y etiopatogenia

Se consideran factores implicados en la etiología de la depresión en el anciano los procesos degenerativos, la comorbilidad somática (sobre todo trastorno cardiovascular, doloroso o incapacitante), las circunstancias de estrés psicosocial (duelo, soledad, ingreso en residencia) y el deterioro cognitivo

Características clínicas

Se consideran características clínicas más frecuentes de la depresión del anciano que del adulto joven la depresión delirante, la depresión con melancolía, la presentación con síntomas somáticos y la disfunción ejecutiva como alteración cognitiva.

Pronóstico de la depresión

La edad avanzada es un factor de riesgo para el suicidio consumado. La evolución a demencia es una complicación frecuente de la depresión, en especial si existe afectación cognitiva importante

Tratamientos de la depresión

Hay estudios que indican no solo infratratamiento sino que cuando se les trata es más frecuente con benzodiazepinas que con antidepresivos¹.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (o duales) son tratamientos de primera línea en el anciano
- Se recomienda siempre ajuste inicial de dosis
- En caso de resistencia o respuesta insuficiente a un anti-depresivo se puede
 - ... alcanzar las dosis máximas recomendadas (las dosis insuficientes son la causa más frecuente de ineficacia).
 - ... asociar un segundo antidepresivo si fracasa la monoterapia.
 - ... sustituir el primer agente, si era un ISRS, por un antidepresivo dual.
- Especial precaución con el uso concomitante de benzodiazepinas por el riesgo de caídas y de empeoramiento del estado cognitivo. Casi un 20% reciben tratamiento exclusivo con benzodiazepinas⁴.

Tratamiento psicofarmacológico en el anciano

Recordamos la complejidad de tratar al paciente anciano con psicofármacos debido a varios factores inherentes que debemos tener en cuenta siempre:

- 1. Hipersensibilidad a los efectos secundarios periféricos y centrales.
- 2. Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos.
- 3. Polifarmacia.
- 4. Automedicación.
- 5. Incumplimiento.

Hipersensibilidad

Debido a la mayor sensibilidad (menos neuronas y mayor respuesta de la microglía) hay que emplear los fármacos más seguros y en la dosis eficaz más baja comenzando con dosis menores que en adultos e incrementándola lentamente.

Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos

Sabemos de las peculiaridades farmacocinéticas y farmacodinámicas en la edad avanzada, que las podemos resumir en:

Farmacocinética:

- Absorción. Retardo del vaciado gástrico.
- Distribución. Mayor volumen de distribución (mayor grasa corporal) y disminución proteínas plasmáticas transportadoras.
- Metabolismo. Lentificación metabolismo hepático reacciones de fase I (oxidación, reducción e hidrólisis) pero no

las de fase II (conjugación, glucuronización, acetilación y sulfatación).

- Eliminación. Disminución del aclaramiento renal (por disminución de la tasa de filtrado glomerular y del flujo sanguíneo renal).

Farmacodinamia: Los pacientes ancianos son más sensibles a los psicofármacos por cambios en los sistemas de los neurotransmisores o en la sensibilidad de los receptores.

El perfil de efectos secundarios y las interacciones farmacológicas suelen ser determinantes a la hora de elegir un antidepresivo

Polifarmacia

La media de fármacos que toma un anciano es de 4,8.

Automedicación

Incumplimiento

Todos sabemos que es la población con la que debemos emplear más tiempo para que comprendan bien las indicaciones, utilizar pautas simples de tratamiento, instrucciones escritas y recabar la colaboración de un familiar y/o cuidador.

Hay diversas guías y algoritmos de tratamiento y lo importante es conocer y familiarizarse con una o 2 herramientas para aplicarlas adecuadamente como la guía del Instituto nacional para la excelencia clínica, británica y la I del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad⁵.

Antidepresivos disponibles

Antidepresivos tricíclicos

Inhibidores selectivos de recaptación serotonina o serotoninérgicos

1. Fluoxetina (Prozac[®], Adofen[®], Reneuron[®]).
2. Fluvoxamina (Dumirox[®]).
3. Paroxetina (Seroxat[®], Motivan[®]).
4. Sertralina (Besitran[®]).
5. Citalopram (Prisdal[®], Seropram[®]).
6. Escitalopram (Esertia[®], Cipralex[®]).

Inhibidores selectivos de recaptación noradrenalina y serotonina o duales

1. Venlafaxina (Dobupal[®], Vandral[®]).
2. Duloxetina (Cymbalta[®], Xeristar[®]).
3. Desvenlafaxina (Pristiq[®]).

Noradrenérgico y selectivamente serotoninérgico

Mirtazapina (Rexer[®], Vastat[®]).

Inhibidor de recaptación dopamina-noradrenalina o dopaminérgico

Bupropion (Elontril[®]).

Inhibidores de recaptación noradrenalina

Reboxetina.

Agonista melatoninérgico

Agomelatina (Thymanax[®], Valdoxan[®]).

Otros

Trazodona (Deprax[®]).

La eficacia de todos los antidepresivos frente a placebo es clara y la comparación de unos antidepresivos frente a otros parece similar. Por tanto, la selección no está condicionada por diferencias de eficacia, sino por otros factores como el perfil de efectos adversos, las interacciones farmacológicas, etc.

Antidepresivos tricíclicos

Aunque los seguimos usando, no se consideran de primera línea ni en el adulto joven ni mucho menos en el anciano porque son «sucios» (bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina pero también tocan muchos otros receptores antagonizando receptores muscarínicos, adrenérgicos e histaminérgicos).

Los peor tolerados debido a su alto potencial sedante, hipotensor, cardiotoxico, proconvulsivante y anticolinérgico.

Inhibidores selectivos de recaptación serotonina o serotoninérgicos

Son los que se desarrollaron en un intento de sintetizar fármacos que bloquearan la recaptación pero que no tuvieran los molestos efectos secundarios de los tricíclicos.

Carecen de 4 de las 5 propiedades farmacológicas de los tricíclicos porque solo bloquean la recaptación de serotonina, lo que mejora su seguridad y tolerabilidad. Pero se plantean dudas sobre su eficacia relativa en comparación con los antidepresivos tricíclicos (porque no bloquean la recaptación de noradrenalina) o con los duales. Muchos clínicos opinan que son menos eficaces, especialmente en las depresiones graves, y en los estudios comparativos que no hallan diferencias de eficacia de ISRS con tricíclicos es posible que los pacientes graves no estén representados.

Su mayor seguridad y tolerabilidad y su fácil dosificación condicionó un uso extensivo de los ISRS. Pero además poseen un espectro de acción amplio. Son eficaces no solo en la depresión, también en el trastorno por angustia o de pánico, en el trastorno obsesivo-compulsivo, en el trastorno por estrés posttraumático, bulimia, trastornos de control impulsivo y en la eyaculación precoz

En la mayoría de los pacientes los efectos secundarios son mínimos, más relevantes al principio. Y a pesar de que hay sutiles diferencias entre ellos, los efectos secundarios más frecuentes son:

- De activación (nerviosismo, inquietud, cefalea, insomnio...).
- Digestivos (náuseas, hiporexia, diarrea...).
- Disfunción sexual.
- Síndrome de discontinuación (mareos, parestesias, ansiedad, náuseas, palpitaciones. Suele aparecer a las 24-48 h de parar el tratamiento y puede durar 10 días).
- Síndrome serotoninérgico. No lo induce por sí solo pero hay que tenerlo en cuenta porque una de las estrategias terapéuticas es la asociación de antidepresivos. El mecanismo fisiopatológico es un exceso de estimulación serotoninérgica y se caracteriza por la tríada

alteración del estado mental (desorientación, confusión, letargia/inquietud), disfunción autonómica (hipertermia, diaforesis, rubefacción, temblor, diarrea) y anomalías neuromusculares (ataxia, hiperreflexia, mioclono).

- Hiponatremia (SIADH).

Fluoxetina (Prozac[®], Adofen[®], Reneuron[®]) 20 mg

Es el primero que se comercializó en 1987 y supuso un cambio radical en el abordaje terapéutico de las depresiones. Dosis de 20 mg (máxima 80 mg) aunque en trastorno obsesivo-compulsivo y bulimia se usan dosis más de 60 mg. Es muy bien tolerado y de fácil manejo, siendo lo más frecuente al principio las molestias digestivas y de activación. Curiosamente puede originar síndrome extrapiramidal (acatisia y distonía) así como hiperprolactinemia.

Es muy raro que dé síndrome de discontinuación porque tiene una vida media muy larga de 1-3 días, y su metabolito (norfluoxetina que es igual de activo que la fluoxetina) mayor, de 7-15 días.

Interacciones (se metaboliza intensamente en el hígado por el citocromo P-450 y en especial por su isoenzima CYP2D6) significativas con antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, litio, diazepam y alprazolam, carbamacepina y valproato. Y las interacciones son en el sentido de que puede aumentar los niveles de todos estos.

Fluoxamina (Dumirox[®]) 50 mg y 100 mg

El segundo que apareció también en 1987 y se puso muy de moda para el tratamiento del TOC en dosis entre 50-300 mg/día. Se puede dar en única dosis pero ocasiona muchas molestias digestivas. El problema es que es el ISRS de mayor riesgo de interacción farmacológica porque es un potente inhibidor del citocromo P-450 (CYP1A2, CYP3A4):

- Elevado riesgo de prolongación QT con terfenadina, astemizol y cisaprida
- Aumenta los niveles de alprazolam, diazepam, triazolam y midazolam (es seguro con lorazepam)
- Aumenta los niveles de warfarina, teofilina, propranolol, diltiazem, carbamacepina, clozapina y olanzapina.

Paroxetina (Seroxat[®], Frosinor[®], Motivan[®]) 20 mg

Posológicamente se usa como la fluoxetina, pero tiene mayor riesgo de interacción farmacológica porque es un potente inhibidor del citocromo P-450 (CYP2D6):

- Aumenta los niveles de antiarrítmicos (propafenona, flecainida, encainida)
- Aumenta los niveles de perfenacina y tioridacina con riesgo de arritmias ventriculares graves
- Aumenta los niveles de clozapina
- Evitar uso conjunto con los triptanes (aumenta riesgo de incoordinación, hiperreflexia y debilidad)
- Evitar uso conjunto con AAS y AINE (aumenta riesgo hemorrágico)
- Evitar uso conjunto con tamoxifeno (menor efecto del tamoxifeno)
- Evitar uso conjunto con tramadol (menor efecto del tramadol)

Sertralina (Besitrán[®]) 50 y 100 mg

Da más molestias digestivas pero en contrapartida también interacciona poco. El hándicap es que es difícil dar con la dosis (hasta 300 mg/día). Se decía que era el ISRS más eficaz en la depresión grave.

Citalopram y escitalopram

La dosis de citalopram es de 20-40 mg/día y la de escitalopram de 10-20 mg/día.

Ampliamente utilizados por su tolerabilidad, eficacia y sobre todo porque no interaccionan mucho. La limitación de la dosis en ancianos (por el riesgo del QR) es un serio hándicap porque muchos no responden o lo hacen de manera incompleta, a las dosis de 10 mg (escitalopram).

Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina o duales

Aumentan los niveles de noradrenalina y serotonina y en menor medida de dopamina. No tienen actividad anticolinérgica, ni histaminérgica ni alfa 1-adrenérgica.

En dosis bajas son selectivos por los lugares de la serotonina, en dosis intermedias también bloquean los sitios de recaptación de la noradrenalina y en dosis altas se añade el bloqueo de los sitios de recaptación de la dopamina.

Dentro de este grupo están venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina. También la sibutramina (Reductil[®]) pero que no tiene efecto antidepresivo, y el minalcipram no comercializado aquí.

Teóricamente la adición del bloqueo de la recaptación de noradrenalina (y en menor medida de dopamina) al bloqueo de la recaptación de serotonina produce una sinergia farmacológica entre estos sistemas de neurotransmisores y, en consecuencia, aumenta la eficacia y clínicamente son más rápidos.

Además se unen muy poco a proteínas plasmáticas y tienen una débil inhibición del citocromo P-450 por lo que se minimiza la posibilidad de interacciones farmacológicas. La que más hay que tener en cuenta es la de poder inducir un síndrome serotoninérgico si los asociamos a ISRS

El perfil de efectos secundarios es similar al de los ISRS, y también pueden producir hiponatremia (por SIADH) y es importante detectar esta disfunción electrolítica porque sus síntomas pueden pasar desapercibidos en el anciano o confundirse con síntomas depresivos (deterioro cognitivo, entecimiento del pensamiento, letargia). Hay autores que recomiendan como protocolo realizar una monitorización electrolítica.

Y también hay que tener en cuenta 2 efectos importantes en los duales:

- Diaforesis: puede ser intensísima y un motivo muy importante de interrupción de tratamiento.
- Síndrome de discontinuación.

Venlafaxina (Dobupal[®], Vandral[®]) 37,5; 50; 75 mg; y 150 y 225 mg retard

El primero de este grupo aprobado para el tratamiento de la depresión en 1994 en EE. UU.

Teóricamente, el perfil de efectos secundarios en dosis bajas es similar al de los ISRS incluyendo la aparición

temprana de efectos de activación, síntomas gastrointestinales y trastornos sexuales; y en dosis de intermedias a elevadas (a partir de 150 mg/día) aparecen efectos secundarios adicionales mediados por las acciones noradrenérgicas en particular la ansiedad y la hipertensión arterial. Por esto último es un fármaco que se aconseja usar con precaución en pacientes con HTA previa, enfermedad cardiovascular preexistente, IAM reciente o hiperlipidemia monitorizando semanalmente las cifras de TA en dosis superiores a 200 mg/día. En la mayoría de los pacientes no produce sedación ni aumento de peso ni altera la conducción cardíaca ni disminuye el umbral convulsivo.

Posológicamente no es muy cómodo porque hay un amplio rango de dosis (desde que se empieza con 50 mg o menos hasta 300 mg) que se intentó suplir con la formulación retard.

Desvenlafaxina (Pristiq®) 50 y 100 mg

En EE. UU. lleva comercializado muchos años y la intención es mantener la misma eficacia con la mayor seguridad. La desvenlafaxina es el metabolito de la venlafaxina por lo que ya no se modifica por el hígado. Por eso mismo no se requiere ajuste en insuficiencia hepática y el riesgo de interacciones farmacológicas es mínimo.

No parece haber riesgo de HTA pero como la venlafaxina hay que tener en cuenta el perfil de secundarismos de los duales digestivos, diaforesis y síndrome de discontinuación.

No requiere ajuste en ancianos y es activo a dosis de 50 mg/día, por lo tanto con 1 comp/día suele ser suficiente si bien el rango de dosis está en 200 mg/día.

Duloxetina

La duloxetina inhibe la recaptación de serotonina y de noradrenalina sin tener una actividad significativa sobre el resto de los receptores.

También estrechamente relacionado con la venlafaxina, además de su efecto antidepresivo tiene un efecto analgésico, resultado de la potenciación de los tractos descendentes inhibitorios del dolor en el SNC. Está autorizado para el tratamiento de la depresión del trastorno de ansiedad generalizada y del dolor neuropático.

La dosis inicial y de mantenimiento es 60 mg/día, aunque en mayores de 65 años, aunque no se requiere ajuste de dosis, es preferible empezar con 30 mg/día. El rango terapéutico está entre 60-120 mg/día. Tampoco se requiere ajuste de dosis en insuficiencia hepática o insuficiencia renal.

Los efectos adversos son los ya reseñados para los duales siendo más frecuentes al principio del tratamiento y después van desapareciendo. Los más frecuentes son náuseas, boca seca, estreñimiento e insomnio. Se ha reportado también aumento de TA por lo que habría que hacer seguimiento en pacientes predispuestos.

Se metaboliza por citocromo P-450 pudiendo actuar como sustrato y como inhibidor (CYP2D6/CYP1A2) por lo que se recomienda administrarlo con fármacos que compitan por esas enzimas, como las fluorquinolonas de primera generación (pudiendo darse sin problemas conjuntamente con las fluorquinolonas nuevas levofloxacino y moxifloxacino) y tampoco con fluvoxamina.

Noradrenérgico y selectivamente serotoninérgico

Mirtazapina (Rexer®, Vastat®) 15, 30 y 45 mg

No guarda relación con ninguno de los demás antidepresivos. Potencia la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica pero no por bloqueo de recaptación sino por antagonizar los alfa 2-presinápticos, y además actúa selectivamente en los receptores serotoninérgicos postsinápticos 5-HT_{2A} (no disfunción sexual), 5-HT_{2C} (aumento de peso) y 5-HT₃ (no disfunción digestiva), y también los receptores histaminérgicos (aumento de peso y sedación).

No tiene los efectos activadores de los ISRS y duales. Al contrario. Tiene un perfil sedativo, ansiolítico e hipnótico que complementa a la perfección a los anteriores cuando hay que asociar otro antidepresivo. O bien cuando tenemos un perfil de enfermo muy inhibido, con insomnio, anorexia, adelgazamiento e intensa angustia o incluso cuando no está indicado el uso de benzodiazepina como hipnótico. Además, es seguro en sobredosis e interacciona muy poco. La dosis en el anciano oscila entre 7,5-30 mg/día.

Es bien tolerado pero hay que ir dosificando poco a poco para prevenir efectos no deseados producto del bloqueo alfa 1 (mareo e hipotensión ortostática). Tiene una vida media larga entre 20-40 h y es por eso que sus efectos sedantes suelen mantenerse por la mañana al despertarse, sobre todo al principio del tratamiento y si se empieza con dosis no bajas.

El problema de la mirtazapina es el aumento de peso, y también la sedación porque no se suele desarrollar tolerancia. En cambio, es junto con el bupropion el que menos disfunción sexual origina.

Inhibidor de recaptación dopamina/noradrenalina o dopaminérgicos

Bupropion (Elontril®) 150 y 300 mg

Ampliamente utilizado en EE. UU. como antidepresivo desde 1985. Se retiró durante 4 años por una alerta respecto de su asociación con crisis convulsivas, y se volvió a reintroducir. Una de las reacciones más graves es la reducción del umbral convulsivo, pero es similar a la de otros antidepresivos (0,1-0,4%) si no coexisten factores predisponentes y no se exceden las dosis recomendadas. En España curiosamente se aprobó primero la indicación como agente adyuvante en el tabaquismo (Zyntabac®) y años después se aprobó el Elontril® como antidepresivo. La dosis, 150-450 mg/día.

Lo mismo que la mirtazapina y la agomelatina, no tiene relación estructural con ninguno de los otros antidepresivos. El bupropion parece potenciar la transmisión noradrenérgica y dopaminérgica.

Tiene un perfil activador (por eso se administra por la mañana) y está libre de los efectos desagradables de los ISRS (digestivo y/o disfunción sexual) de los efectos cardiovasculares de la venlafaxina y también libre de la sedación y/o aumento de peso de la mirtazapina. Es también muy eficaz como antidepresivo tanto en monoterapia como en asociación.

Sus efectos secundarios derivan de su perfil activador: insomnio, cefalea, inquietud, temblor, disminución del apetito.

Interacciona bastante.

El bupropion puede aumentar niveles por inhibición del metabolismo de antidepresivos (tricíclicos paroxetina, fluvoxamina, sertralina, venlafaxina), antiarrítmicos clase IC (flecainida, propafenona), antipsicóticos (risperidona), betabloqueantes. Puede aumentar el riesgo de convulsiones con antimaláricos, antipsicóticos, corticoides, quinolonas, tramadol y teofilina.

Con levodopa hay datos clínicos que sugieren mayor riesgo de efectos adversos

Con ritonavir parece que se incrementan los niveles plasmáticos de bupropion y se aconseja evitar el uso conjunto.

Agonista melatoninérgico

Agomelatina (Valdoxan®, Thymanax®) 25 mg

Se introdujo en el 2010 y su innovación era la activación de las vías de dopamina y noradrenalina de manera secundaria al agonismo de receptores de melatonina (MT1 y MT2).

Es un fármaco muy bien tolerado con un perfil de efectos adversos muy leve (mareo, sequedad de boca, cefalea...) sin ninguna incidencia sobre el peso, el sistema cardiovascular ni sobre la función sexual. Tampoco tiene síndrome de discontinuación. Todo esto puede favorecer a determinados pacientes.

En los ensayos clínicos se han detectado incrementos superiores a 3 veces los valores normales de las transaminasas sobre todo en pacientes con dosis de 50 mg. Los valores se normalizaban generalmente al dejar el tratamiento. La EMEA autoriza su uso con un plan de gestión de riesgos, recomendándose control analítico al inicio y a las 6, 12 y 24 semanas; e interrumpirse si se supera ese límite de 3 veces el rango superior normal.

Conclusión

La depresión en el anciano es una enfermedad frecuente, pero bien por «minimización» de los síntomas, o por tratarse de personas en muchos casos con pluripatologías y polimedicación y que en muchas ocasiones concurre un declive cognitivo que dificulta la verbalización del malestar subjetivo, es fácil que sea una enfermedad no tratada correctamente, o sencillamente, no tratada.

Lo que hemos de tener claro es que hemos de hacer un esfuerzo para diagnosticarla (sobre todo porque con la edad los equivalentes somáticos del trastorno depresivo son muy frecuentes), y una vez diagnosticada tener claro que ha de ser tratada de forma eficaz y apoyándonos en las evidencias científicas que nos alertan de que a esta edad es más frecuente que nos encontremos con tratamientos antidepresivos en dosis subterapéuticas (con la consiguiente cronificación del episodio), o incluso que nos encontremos con pacientes no tratados a pesar de haber firmes sospechas de que estemos ante una semiología depresiva.

Así que, la elección del antidepresivo se hace sobre todo en base a los efectos secundarios que no siempre son indeseables sino que incluso son «buscados». Por todo ello, hay una serie de orientaciones prácticas a tener en cuenta a la hora de elegir el antidepresivo:

- Un ISRS lo podemos plantear como tratamiento de inicio. Ahora bien, hay que tener en cuenta que con las restricciones de dosis con el escitalopram y el citalopram en mayores de 65 años corremos el riesgo de que queden subtratados y persista la sintomatología depresiva.
- En el caso de la paroxetina y fluvoxamina hay que tener en cuenta que interaccionan con muchos otros fármacos.
- Un dual también lo podemos plantear de inicio, comenzando con dosis bajas. Muy eficaz como antidepresivo y además tenemos el añadido que la duloxetina, por ejemplo, está indicada para el tratamiento del dolor crónico, de lo que muchas personas de edad se pueden beneficiar.
- Mirtazapina. Tiene 2 efectos secundarios (sedación y aumento de apetito) que pueden ser muy positivos en el enfermo depresivo con insomnio y anorexia.
- Agomelatina. Puede ser un tratamiento muy útil también aprovechando su excelente perfil de tolerabilidad y de resincronización de los ritmos circadianos tan alterados en pacientes con deterioro cognitivo.

Una estrategia útil en esta edad es la de asociar 2 antidepresivos de perfil diferente y así utilizar menos dosis de cada uno; cubrimos mejor el espectro sintomatológico y también evitamos añadir otras sustancias en coterapia (benzodiazepinas, hipnóticos...) que pueden tener sus riesgos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Boletín de Terapéutica. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud, Boletín 28, vol 4, n.º 1. Febrero 2007.
2. Martín-Carrasco M, Aguera-Ortiz L, Caballero-Martínez L, Cervilla-Ballesteros J, Menchón-Magriña JM, Montejo-Gonzalez AL, et al. Consenso de la SEPG sobre depresión en el anciano. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:20-31.
3. Salazar M, Peralta C, Pastor J, eds. Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
4. Saiz Ruiz J, Gibert J, Gutierrez-Fraile M, Bobes J, Vallejo J, Iglesias C, et al. Bupropion: eficacia y seguridad en el tratamiento de la depresión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:1-25.
5. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Osa-kidetzta. N.º 163.2010.