



BOLETÍN DE INFORMACIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA
DE NAVARRA

Volumen 4, nº 4 (noviembre 1996)

[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)

Fármacos antidepresivos

Javier Casanova Aldave - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica II - Hospital de Navarra.

José Javier Velasco del Castillo - Sección de Farmacia y Dietética - Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier

[Introducción \(la depresión\)](#)

[Clasificación](#)

[Indicaciones](#)

[Reacciones adversas y contraindicaciones](#)

[Interacciones](#)

[Sobredosis e intoxicación](#)

[Criterios generales de utilización](#)

[Consumo en Navarra](#)

[Bibliografía recomendada](#)

INTRODUCCIÓN (LA DEPRESIÓN)

La depresión constituye uno de los motivos de consulta más habituales en todos y cada uno de los niveles asistenciales, por lo que su importancia rebasa el ámbito psiquiátrico para transformarse en un problema de salud pública.

El médico de atención primaria se halla en primera línea de lucha frente a este trastorno, puesto que más de la mitad de los pacientes con trastornos afectivos son tratados en el marco de la Atención Primaria de Salud.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente, estimándose una prevalencia del 5-10% de la población general. Sin embargo, a pesar de la enorme trascendencia de esta enfermedad (alta prevalencia y recurrencia, elevado costo económico, mayor morbilidad de enfermedades físicas, riesgo suicida, etc.), todavía es frecuente que un gran porcentaje de pacientes depresivos no sean correctamente diagnosticados (no se identifica la clínica depresiva o se confunde con cuadros de ansiedad), o sigan un tratamiento inadecuado (dosis bajas, duración insuficiente del tratamiento, utilización de ansiolíticos en vez de antidepresivos).

CLASIFICACIÓN

Los trastornos depresivos han sido objeto de numerosas propuestas de clasificación, atendiendo a criterios diversos (etiopatogenia, perfil clínico, evolución, etc.) que han originado una gran proliferación de términos, llegando a crear cierto estado de confusión: psicótica/neurótica, unipolar/bipolar, endógena/reactiva, única/recurrente, etc.

Una clasificación sencilla y práctica, divide las depresiones en **depresión endógena**, **distimia** y **depresión reactiva**, con las

siguientes características de cada una de ellas:

DEPRESIÓN ENDÓGENA (depresión mayor, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar depresivo):

- mayor vulnerabilidad genética
- evolución por episodios
- patrón estacional (recaídas en otoño, primavera, etc.)
- sintomatología: tristeza, aislamiento, despertar precoz, empeoramiento matutino, posibilidad de delirios, etc.
- tratamiento: farmacoterapia antidepresiva (en presencia de delirios, añadir fármacos antipsicóticos).

DISTIMIA (neurosis depresiva, depresión ansiosa):

- mayor importancia de factores caracteriales
- evolución crónica
- sintomatología: ansiedad-tristeza, insomnio precoz, empeoramiento vespertino, búsqueda de contacto
- tratamiento: psicoterapia + farmacoterapia

DEPRESIÓN REACTIVA (trastorno adaptativo y depresión orgánica):

- **Trastorno Adaptativo:** por acontecimientos, crisis biográficas o situaciones especiales; tratamiento: terapia de apoyo + ocasionalmente antidepresivos.
- **Depresión Orgánica:** por enfermedades físicas (hipotiroidismo, Parkinson, Addison, carcinoma de páncreas, etc.) o por medicamentos (antihipertensivos, anticonceptivos, antineoplásicos); tratamiento: el de la enfermedad orgánica + antidepresivos.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

La depresión, como enfermedad, es algo más que una simple alteración del estado del ánimo. Junto a la tristeza aparecen otros síntomas (fallos de memoria, cansancio, insomnio, etc.) que completan el cuadro clínico. La sintomatología depresiva se expresa en tres niveles diferentes:

- **nivel psíquico:** tristeza, apariencia descuidada, aislamiento social, pérdida de interés, desesperanza, ideas de suicidio, delirios (de ruina, culpa o hipocondríacos).
- **nivel cognitivo:** disminución de atención y concentración (fallos de memoria, dificultad para pensar y tomar decisiones).
- **nivel somático:** insomnio, hiporexia, dolores y molestias físicas, cansancio, disminución del deseo sexual.

Al expresar su enfermedad depresiva, algunas personas muestran más énfasis en los signos o síntomas del nivel cognitivo y/o somático, por lo que ante la presencia de éstos, deberemos investigar también la existencia de síntomas del nivel psíquico, que nos confirmarían el diagnóstico de depresión.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La mayoría de las depresiones pueden tratarse y resolverse en el nivel de atención primaria. Algunos de los criterios de derivación a los recursos especializados de salud mental son los siguientes:

- ideas y/o conducta suicida
- ideación delirante
- conducta negativista (no come, no bebe, etc.)
- dudas diagnósticas

- escasa respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN

Aunque no se conocen totalmente las causas de la depresión, probablemente intervengan factores biológicos (genéticos y/o bioquímicos, etc.), psicológicos y sociales. En relación con los mecanismos bioquímicos, se ha demostrado la implicación de diversos neurotransmisores (noradrenalina, serotonina y dopamina) en la regulación del estado afectivo.

Los fármacos con actividad antidepresiva aumentan la cantidad de neurotransmisor disponible en la sinapsis interneuronal, principalmente por tres mecanismos (Tabla I):

1. Inhibición de su recaptación por la neurona presináptica (tricíclicos, heterocíclicos, inhibidores selectivos).
1. Inhibición del metabolismo del neurotransmisor (inhibidores de la mono-amino-oxidasa irreversibles (IMAO) y reversibles (RIMA)).
1. Aumento de la liberación por bloqueo de receptores alfa-2 presinápticos (mianserina).

Tabla I. Mecanismo de acción preferente de los antidepresivos.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Inhibición de la recaptación de NA:</i> desipramina, maprotilina, viloxacina, nortriptilina • <i>Inhibición mixta de la recaptación de NA/5-HT:</i> amitriptilina, clorimipramina, imipramina • <i>Inhibición selectiva de la recaptación de 5-HT:</i> citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, trazodona • <i>Inhibición selectiva de la recaptación de NA/5-HT:</i> venlafaxina • <i>Inhibición de la recaptación de DA:</i> amineptino • <i>Bloqueo de receptores alfa-2 presinápticos:</i> mianserina • <i>Inhibición irreversible de la MAO:</i> fenelcina, tranilcipromina • <i>Inhibición reversible de la MAO (isoenzima A) -RIMA-:</i> moclobemida |
|---|

Habitualmente, se clasifican los FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS (AD) en base a diferentes criterios tales como el mecanismo de acción farmacológica, la estructura química, el número de principios activos, etc. En función de todos ellos clasificamos los AD en los siguientes grupos:

1. ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
2. ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS
3. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE AMINAS:
 - 3.1. DE SEROTONINA (ISRS)
 - 3.2. DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (IRSN)
4. INHIBIDORES DE LA MAO

4.1. IMAO

4.2. RIMA

5. ASOCIACIONES

5.1. ANTIDEPRESIVOS + BENZODIAZEPINAS

5.2. ANTIDEPRESIVOS + ANTIPSICÓTICOS

índice 

INDICACIONES

El campo de las aplicaciones clínicas de los AD ha aumentado notablemente en los últimos años. Desde su indicación más habitual y clásica en la depresión hemos pasado a utilizarlo también en otras entidades psicopatológicas (trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), bulimia, ataques de pánico, enuresis, etc.), e incluso fuera del campo de la Psiquiatría (dolor crónico, narcolepsia, profilaxis de la migraña, etc.). La dosificación de los AD en cada una de estas indicaciones es muy diferente, puesto que mientras en los TOC y en la bulimia se utilizan dosis unas tres veces superiores a las habituales en los cuadros depresivos, en el dolor crónico, enuresis y narcolepsia, las dosis son, por el contrario, aproximadamente tres veces inferiores a las utilizadas en las depresiones.

índice 

REACCIONES ADVERSAS Y CONTRAINDICACIONES

Así como la acción antidepresiva se relaciona con el bloqueo de la recaptación de determinados neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y con el consiguiente aumento de la concentración y tiempo de acción de éstos en el espacio sináptico, los efectos secundarios son consecuencia del bloqueo de receptores muscarínicos, histaminérgicos, alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, etc., por lo que a menor afinidad en el bloqueo de estos receptores, menores reacciones adversas producirá el fármaco (Tabla II).

Tabla II. Reacciones adversas:

<p><u>Inhibición de la recaptación o estimulación de receptores:</u></p> <p>Noradrenalina: estimulación, insomnio, temblor, taquicardia, disfunción sexual</p> <p>Serotonina 5-HT-2: nerviosismo, insomnio, disfunción sexual</p> <p>Serotonina 5-HT-3: náuseas, vómitos, cefaleas</p> <p>Dopamina: activación psicomotriz, efecto antiparkinsoniano, agravamiento de psicosis</p>
<p><u>Bloqueo de receptores:</u></p> <p>Muscarínicos: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia, déficit cognitivo.</p> <p>Adrenérgicos alfa-1: hipotensión ortostática, taquicardia, vértigo.</p> <p>Adrenérgicos alfa-2: bloqueo efecto hipotensor de clonidina, alfa-metildopa; priapismo.</p>

Histaminérgicos H-1: sedación, aumento de peso.

Serotoninérgicos 5-HT₂: hipotensión, disfunción sexual, alivio de migrañas.

Dopaminérgicos D-2: efectos extrapiramidales, galactorrea

Los primeros AD se consideran sustancias "impuras" en el sentido de que no son selectivos en cuanto al bloqueo de la recaptación del neurotransmisor, y además tienen afinidad por múltiples receptores sin efecto terapéutico conocido y que en cambio producen reacciones adversas. Por el contrario, los nuevos AD se caracterizan por su mayor selectividad en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor, así como por el escaso bloqueo de los receptores que producen efectos adversos (Tabla II). Algunos de los efectos secundarios más importantes de los fármacos antidepresivos se muestran en la Tabla III.

Tabla III. Efectos secundarios de fármacos antidepresivos. Estimación de su intensidad.

	SEDA- CIÓN	ESTI- MULACIÓN O INSOMNIO	EFECTOS ANTI- COLINERG.	HIPO- TENSIÓN	SINTOMATOLOG. SEROTONINERG. (**)	AUMENTO PESO	TOXICIDAD SOBREDOSIS
AD TRICÍCLICOS							
Amineptino	0	+	+	++	0	+/-	++
Amitriptilina	+++	0	+++	+++	+/-	+++	+++
Clomipramina	++	0	++	+++	+	++	+++
Doxepina	+++	0	+++	++	+/-	++	+++
Imipramina	++	0	++	+++	+/-	++	+++
Nortriptilina	++	0	+	+	0	++	+++
Trimipramina	+++	0	+++	+++	0	++	+++
IMAO-RIMA							
Fenelzina	+/-	+/-	0	++	+/-	++	+++
Tranilcipromina	0	++	0	++	+/-	+/-	+++
Moclobemina	0	+	0	+/-	+	+/-	+
AD HETEROCÍCLIC.							
Maprotilina	++	0	+	+	0	++	+++
Mianserina	+++	0	+/-	++	0	++	+
Trazodona	+++	0	0	++	+	+/-	++
Viloxazina	+/-	+	+	++	0	+/-	++
ISRS					(**)	(***)	
Citalopram	+/-	+/-	0	0	++	+/-	0
Fluoxetina	0	+	0	0	++	+/-	0
Fluvoxamina	++	0	0	0	++	+/-	0
Paroxetina	+	0	+	0	++	+/-	0
Sertralina	0	0	0	0	++	+/-	0
IRNS					(**)	(***)	
Venlafaxina	+/-	+/-	0	(*)	++	+/-	0

0: no se presenta

+/-: efecto leve-variable

+: leve

++: moderado

+++ : intenso

(*) Puede producir hipertensión.

(**) Sintomatología serotoninérgica: náuseas, vómitos, cefalea, diarrea, sequedad de boca, sudoración, temblor, alteraciones sexuales, etc.

(***) Pueden producir disminución del apetito y del peso (sobre todo fluoxetina).

No se recomienda el empleo de AD **tricíclicos** en pacientes que hayan sufrido recientemente infarto de miocardio. Son contraindicaciones relativas las arritmias, la hipertrofia prostática, el glaucoma de ángulo estrecho, la insuficiencia renal y/o hepática, la epilepsia o antecedentes de convulsiones y el embarazo.

Los AD **heterocíclicos** pueden producir los mismos efectos adversos que los tricíclicos, pero con menor intensidad y/o frecuencia. Algunas reacciones adversas particulares de este grupo son: el riesgo de efectos extrapiramidales por amoxapina (por lo que se desaconseja su empleo en pacientes parkinsonianos), la disminución del umbral convulsivo por maprotilina y amoxapina, las reacciones cutáneas por mianserina y maprotilina, el priapismo por trazodona, etc.

Los nuevos AD (**ISRS, IRSN**) pueden producir reacciones adversas de tipo gastrointestinal (náuseas, diarrea, etc.) y cefalea. El insomnio, la ansiedad y la disminución del apetito y del peso corporal son más frecuentes con fluoxetina, la somnolencia con fluvoxamina y leves efectos anticolinérgicos con paroxetina.

Los **IMAOs** pueden producir insomnio (especialmente con tranilcipromina), hipotensión ortostática, aumento del apetito y del peso (con fenelzina), disminución de la libido, sequedad de boca, etc. Las crisis hipertensivas son las reacciones adversas más graves que pueden producirse durante el tratamiento con IMAOs, debidas a las interacciones de estos fármacos con otros con actividad simpaticomimética o con alimentos que contengan tiramina. La moclobemida (RIMA) produce menos reacciones adversas que los IMAOs y el riesgo de interacción con tiramina es mínimo.

[índice](#) 

INTERACCIONES

- **Alcohol:** aumento de la sedación.
- **Neurolépticos sedantes y fármacos anticolinérgicos:** mayor riesgo de efectos anticolinérgicos.
- **IMAOs:** mayor riesgo de efectos neurotóxicos. Al cambiar de un IMAO a otro antidepresivo se recomienda dejar un intervalo de dos semanas sin medicación (5 semanas en el caso de fluoxetina).
- **Litio:** aumento de temblor.
- **Antihistamínicos:** aumento de efecto sedante y anticolinérgico, sobre todo en ancianos.
- **Antihipertensivos:** antagonismo de los efectos hipotensores de metildopa, clonidina y reserpina.
- **Dicumarinas:** aumento de efecto anticoagulante.
- **Simpaticomiméticos:** incremento de presión arterial.
- **Nitroglicerina o nitritos:** hipotensión.
- **Antiepilépticos:** disminución del umbral convulsivo.

- **Asociación contraindicada:** ISRS y/o IRSN con IMAOs irreversibles.
- **Asociación que precisa precaución en su empleo:** ISRS y/o IRSN con RIMA, carbamacepina y litio.

índice 

SOBREDOSIS E INTOXICACIÓN

Es destacable el progresivo aumento del número de intentos de suicidio y de suicidios consumados en los que se emplean fármacos AD solos o en combinación con otras sustancias (ansiolíticos, alcohol, etc.). Aunque es frecuente la desigual intencionalidad psicológica (premeditación, motivación, finalidad) del paciente suicida, no debemos olvidar que siempre existe una gravedad tóxica real, querida o no, conocida o no, por parte del paciente.

La gravedad de la clínica de la intoxicación depende fundamentalmente de:

- **Tipo de antidepresivo:** mayor riesgo con AD tricíclicos.
- **Dosis ingerida:** dosis superiores a 10-20 mg/kg de peso, de AD tricíclico o tetracíclico, deben ser consideradas una urgencia médica.
- **Asociación de otras sustancias:** alcohol, benzodiacepinas, etc.
- **Antecedentes médicos:** cardiopatía, hepatopatía, epilepsia, etc.

1.- TRICÍCLICOS:

Debe sospecharse una **intoxicación aguda** con AD tricíclicos cuando se presentan:

- *alteraciones cardiovasculares:* hipotensión, taquicardia, arritmias, ensanchamiento del complejo QRS (mayor de 0,1 seg. es signo de intoxicación severa) y cambios en la onda T en el ECG, parada cardiorespiratoria.
- *alteraciones neurológicas:* inquietud, hiperreflexia, disminución del nivel de conciencia, reflejo plantar en extensión, convulsiones y coma.
- *síntomas anticolinérgicos periféricos:* sequedad de mucosas, disminución del peristaltismo intestinal, midriasis, visión borrosa, retención urinaria, etc.
- *síntomas anticolinérgicos centrales (psicosis atropínica):* ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones, confusión y desorientación.

Las **fases del tratamiento** de la intoxicación aguda pueden ordenarse de la siguiente forma:

- *Evacuación:* si el paciente está consciente, provocar vómito. Esta maniobra es útil hasta 6 horas de la ingesta de AD con propiedades anticolinérgicas.
- *Neutralización:* carbón activado (25-50 g). La eficacia parece ser mayor si se administra en dosis múltiples.
- *Alcalinización sistémica:* la acidosis aumenta la cardiotoxicidad de los AD tricíclicos.
- *Medidas generales de mantenimiento:*
 - Valoración de electrolitos, gases arteriales y constantes vitales.
 - Si existe cardiotoxicidad, mantener la hospitalización al menos 24-48 horas.

- Eventual sondaje vesical para prevenir retención urinaria.
- Tratamientos específicos: hipotensión (fluidoterapia), convulsiones (diacepán vía i.v.), arritmias (lidocaína), psicosis atropínica (fisostigmina).

2.- TETRACÍCLICOS:

El cuadro clínico de la intoxicación por AD tetracíclicos es similar al de los AD tricíclicos, aunque la severidad de los síntomas cardiovasculares es menor. El riesgo de convulsiones es mayor cuando la intoxicación está producida por maprotilina y amoxapina; ésta última puede producir síntomas extrapiramidales.

3.- INHIBIDORES SELECTIVOS de la RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS):

La intoxicación por ISRS puede producir un "síndrome serotoninérgico" (SS) caracterizado por: confusión, hipomanía, inquietud psicomotriz, mioclonías, hiperreflexia, temblor, diarrea, sudoración profusa, arritmias, delirium y coma. El inicio de los síntomas es progresivo (entre 30 minutos y 48 horas) y la resolución suele ser hacia la recuperación sin secuelas, aunque puede ser letal por distintas complicaciones (rabdomiolisis, coagulación intravascular diseminada, fallo renal y colapso cardiovascular).

Se ha descrito un SS "periférico" que se presenta con más frecuencia en mujeres y que se caracteriza por: náuseas, anorexia, disminución del peso, flatulencia, inquietud psicomotriz, insomnio y cefalea.

Entre las medidas terapéuticas del SS se encuentran la retirada del AD y medidas de soporte y mantenimiento de las funciones vitales

4.- INHIBIDORES irreversibles de la MONOAMINOOXIDASA (IMAOs):

El cuadro de intoxicación por IMAOs se inicia lentamente tras 1-6 horas de la ingesta alcanzando su máxima intensidad a las 12-24 horas. Aparece excitación neuromuscular (temblor, nistagmus, inquietud, cefalea, hipertonía, fasciculaciones, etc.) e hiperactividad simpaticomimética (palpitaciones, náuseas, sialorrea, midriasis, sudoración, etc.). Posteriormente puede aparecer depresión del SNC y del sistema cardiocirculatorio (dolor precordial, hipotensión, hipertensión, shock).

La interacción con alimentos ricos en tiramina (efecto queso) puede ocasionar crisis hipertensiva, cefalea occipital, vómitos, sudoración, fiebre, dolor torácico, hemorragia cerebral e infarto de miocardio.

Entre las medidas específicas del tratamiento se incluyen el uso de antihipertensivos vasodilatadores (nifedipino) e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril), fluidoterapia en caso de hipotensión y lidocaína en caso de taquicardias ventriculares.

5.- INHIBIDORES reversibles de la MONOAMINOOXIDASA tipo A (RIMA):

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación por RIMA son: mareos, náuseas, hiporeflexia e hipotensión. Dado su carácter inhibidor selectivo sobre el isoenzima IMAO-A es improbable que provoque una reacción tiramínica.

índice 

CRITERIOS GENERALES DE UTILIZACIÓN

Desde la aparición de los primeros AD, iproniazida (1957) e imipramina (1958), la lista de estos fármacos ha ido aumentando progresivamente hasta el punto de disponer en la actualidad de más de treinta sustancias catalogadas como antidepresivos.

Los últimos AD aparecidos en el mercado farmacéutico (ISRS, IRSN, RIMA) no han logrado aportar mayor eficacia antidepressiva que sus predecesores, aunque sí un menor y distinto perfil de efectos adversos, una mayor seguridad en sobredosis y una pauta de dosificación más sencilla. Por contra, su coste económico es mucho más elevado. El lugar que estos AD más recientes irán ocupando en la terapia antidepressiva no está todavía bien definido.

CRITERIOS DE ELECCIÓN:

- Antecedentes de buena respuesta a un determinado fármaco en episodios anteriores del propio paciente o de familiares de primer grado.
- Perfil de efectos adversos del fármaco en relación con el estado físico, situación o susceptibilidad del paciente.
- Facilidad de cumplir el tratamiento: cuanto más simple sea la posología (menor número de tomas al día) más se facilita el cumplimiento, reduciendo el riesgo de que el paciente olvide tomar algunas dosis o abandone el tratamiento.
- Riesgo de intoxicación: en pacientes con riesgo de suicidio se recomienda la prescripción de los AD con mayor índice de seguridad y presentados en especialidades con una cantidad total de antidepressivo que no sea peligrosa.
- Riesgo de suicidio: se recomienda utilizar AD sedativos.
- Experiencia del médico: en Atención Primaria se recomienda la utilización de tres o cuatro antidepressivos (un tricíclico, un tetracíclico y uno de los más recientes) según tengan efecto más sedante, intermedio o desinhibidor .
- Coste del tratamiento: debe ser tenido en cuenta ya que la diferencia económica entre los tricíclicos y los AD más recientes es significativa.

PRESCRIPCIÓN:

- La pauta de dosificación debe ser progresiva, con tricíclicos, tetracíclicos e IMAOs, alcanzándose la dosis terapéutica en 6-8 días.
- Si el tratamiento ha sido efectivo y se ha resuelto la sintomatología depresiva, se aconseja continuar con la dosis terapéutica durante 6-8 meses (tratamiento de continuación). La supresión del tratamiento debe hacerse también de forma gradual.
- En el caso de depresiones recurrentes se mantiene el AD durante largos periodos de tiempo -años- (tratamiento de mantenimiento).
- Lógicamente, los AD con efecto desinhibidor se prescribirán en desayuno y comida; por el contrario, los sedativos serán prescritos por la noche (aprovechando el efecto hipnótico) o cada ocho horas, aprovechando el efecto ansiolítico (Tabla III).
- Si a las tres semanas de tratamiento no observamos ninguna mejoría, aumentaremos la dosis de AD. Sólo lo sustituiremos por otro AD si no ha demostrado ningún efecto terapéutico tras seis semanas de tratamiento.
- En pacientes con riesgo suicida, conviene implicar a algún familiar en el control del fármaco para evitar sobreingestas, y utilizar preferentemente los de efecto sedativo.

ERRORES más habituales en el uso de AD:

- Suspender el AD antes de las seis semanas, porque no ha sido efectivo.
- Utilizar dosis demasiado bajas ("infraterapéuticas") por desconocimiento o para evitar la aparición de efectos adversos.
- Resuelta la sintomatología depresiva, suspender el AD porque "ya no hace falta".
- Utilizar ansiolíticos y/o hipnóticos sin "aprovechar" el efecto ansiolítico o hipnótico que de por sí tienen algunos AD.

- No explicar al paciente ("perdiendo" un minuto en la consulta) la necesidad de que tome una medicación para curarse, el tiempo de latencia hasta que empiece a notar mejoría, la posibilidad de aparición de efectos adversos, etc.
- Mantener el AD, innecesariamente, durante años favoreciendo la aparición de una dependencia psíquica, muy difícil posteriormente de tratar.

índice 

CONSUMO EN NAVARRA

En la Tabla IV se indica el número de envases e importe de AD utilizados en Navarra durante 1995, así como la variación producida con respecto a 1993. De estos datos podemos destacar el incremento que se ha producido de su consumo, principalmente de los nuevos AD (grupo N06A3 correspondiente a los ISRS e IRSN). Por el contrario, ha disminuido el empleo de AD en asociación con otros fármacos en la misma especialidad farmacéutica.

Tabla IV. Datos de consumo de AD en Navarra, durante 1995.

GRUPO	Nº de envases (% Δ 1995/1993)	Importe (ptas.) (% Δ 1995/1993)
NO6A3 (ISRS e IRSN)	51.102 (+ 119,04%)	220.476.497 (+ 143,73%)
NO6A1 (Tricíclicos y similares)	59.234 (+ 7,57%)	52.056.154 (+ 7,87%)
NO6A2 (IMAOs)	1.757 (+ 25,5%)	7.061.661 (+ 32,03%)
NO6C (Asociaciones)	79.296 (- 9,2%)	28.455.256 (- 8,5%)

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS DE ANTIDEPRESIVOS			
P. ACTIVO	N. REGISTRADO	PRESENTACION	PRECIO
1) ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS			
AMINEPTINA	SURVECTOR	100 mg 30 comp	1411
AMITRIPTILINA	TRYPTIZOL	25 mg 60 comp	350
		10 mg 24 comp	161
		25 mg 24 comp	239
		50 mg 30 comp	447
		75 mg 30 comp	583
AMOXAPINA	DEMOLOX	100 mg 30 comp	1343
		50 mg 50 comp	1138
CLOMIPRAMINA	ANAFRANIL	25 mg 40 gg	650
		10 mg 50 gg	498
		25 mg 6 amp 2 ml	368
		75 mg 28 comp	1475
DOSULEPINA	PROTHIADEN	75 mg 28 gg	1043

DOXEPINA	SINEQUAN	25 mg 100 caps	800
		25 mg 30 caps	364
IMIPRAMINA	TOFRANIL	25 mg 50 gg	290
		10 mg 60 gg	329
		50 mg 30 gg	480
	TOFRANIL PAMOATO	150 mg 28 caps	908
		75 mg 28 caps	649
IMIPRAMINOXIDO	IMIPREX	25 mg 50 gg	306
LOFEPRAMINA	DEFTAN	70 mg 30 comp	1232
NORTRIPTILINA	MARTIMIL	25 mg 30 comp	388
		10 mg 30 comp	280
	PAXTIBI	25 mg 25 comp	332
TRIMIPRAMINA	SURMONTIL	100 mg 20 comp	392
		25 mg 50 comp	332
2) ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS			
ETOPERIDONA	CENTREN	50 mg 30 caps	898
		25 mg 30 caps	506
	DEPRASER	50 mg/ml gotas 30 ml	779
		25 mg 30 caps	569
		50 mg 30 caps	995
MAPROTILINA	LUDIOMIL	75 mg 28 comp	1245
		10 mg 30 comp	342
		25 mg 30 comp	476
MIANSERINA	LANTANON	60 mg 30 comp	2480
		10 mg 50 comp	783
		30 mg 30 comp	1372
PIRLINDOL	LIFRIL	50 mg 50 caps	1563
TRAZODONA	DEPRAX	100 mg 30 comp	797
		50 mg 10 amp 5 ml	303
		25 mg 30 comp	431
		50 mg 30 comp	516
VILOXAZINA	VIVARINT	100 mg 30 comp	808
3) INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE AMINAS			
3.1. De Serotonina (ISRS)			
CITALOPRAM	PRISDAL	20 mg 28 comp	5665
		20 mg 14 comp	2832
	SEROPRAM	20 mg 28 comp	5665
		20 mg 14 comp	2832
FLUOXETINA	RENEURON	20 mg/ 5 ml sol 140 ml	4769
		20 mg 14 caps	2619
		20 mg 28 caps	5176

		20 mg / 5 ml sol 70 ml	2606
	ADOFEN	20 mg 14 caps	2619
		20 mg 28 comp	5176
		20 mg / 5 ml sol 140 ml	4795
		20 mg / 5 ml sol 70 ml	2620
		PROZAC	20 mg 14 caps
	20 mg 14 comp		2619
	20 mg 28 caps		5176
	20 mg 28 comp		5176
	20 mg / 5 ml sol 140 ml		4795
	20 mg / 5ml sol 70 ml		2620
FLUVOXAMINA	DUMIROX		100 mg 20 comp
		50 mg 30 comp	1489
PAROXETINA	FROSINOR	20 mg 28 comp	6000
		20 mg 14 comp	3173
	MOTIVAN	20 mg 14 comp	3205
		20 mg 28 comp	6060
	SEROXAT	20 mg 28 comp	6000
		20 mg 14 comp	3173
SERTRALINA	AREMIS	100 mg 30 comp	9200
		50 mg 30 comp	6133
	BESITRAN	100 mg 30 comp	9048
		50 mg 30 comp	6032
3.2. De Serotonina y Noradrendina (IRSN)			
VENLAFAXINA	VANDRAL	75 mg 60 comp	12847
		37,5 mg 60 comp	7834
		50 mg 30 comp	4962
	DOBUPAL	37,5 mg 60 comp	7952
		50 mg 30 comp	5036
		75 mg 60 comp	13039
4) INHIBIDORES DE LA MAO			
4.1. IMAO			
FENELZINA	NARDELZINE	15 mg 40 gg	251
TRANILCIPROMINA	PARNATE	10 mg 25 gg	291
4.2. RIMA			
MOCLOBEMIDA	MANERIX	300 mg 60 comp	8252
		150 mg 100 comp	7801
		150 mg 30 comp	2619
		300 mg 30 comp	4275

5) ASOCIACIONES			
5.1. Antidepresivos + Benzodiazepinas			
AMITRIPTILINA + MEDAZEPAM	NOBRITOL	12,5/5 mg 60 caps	454
	NOBRITOL F	25/10 mg 60 caps	565
NORTRIPTILINA + DIACEPAM	TROPARGAL	12,5/2,5 mg 30 caps	271
		12,5/2,5 mg 60 caps	501
5.2. Antidepresivos + Antipsicóticos			
AMITRIPTILINA + PERFENAZINA	DEPRELIO	20/2 mg 30 caps	329
	MUTABASE	2/10 mg 40 gg	363
		2/25 mg 40 gg	440
		4/10 mg 40 gg	444
		4/25 mg 40 gg	485
MELITACENO + FLUPENTIXOL	DEANXIT	10/0,5 mg 30 gg	319
NORTRIPTILINA + PERFENAZINA	NORFENAZIN	25/2 mg 30 comp	246

COSTE/ TRATAMIENTO/DÍA (DDD)		
	DDD (mg)	COSTE/TTO/DÍA
1) ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS		
AMINEPTINA	100-200 *	47-94
AMITRIPTILINA	75	17,5
AMOXAPINA	150	67
CLOMPIRAMINA	100 (O)	65
	100 (P)	245
DOSULEPINA	150	74,5
DOXEPINA	100 (O)	32
IMIPRAMINA	100	21,5
IMPRAMINOXIDO	100	24,5
LOFEPRAMINA	105	61,5
NORTRIPTILINA	75	39
TRIMIPRAMINA	150	29,5
2) ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS		
ETOPERIDONA	50-150*	30-90
MAPROTILINA	100	59
MIANSERINA	60	82,5
PIRLINDOL	100-300 *	62,5-187,5
TRAZODONA	300 (O)	79,5
	* 100-200 (P)	60,5-121

VILOXAZINA	200	54
3) INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE AMINAS		
3.1. De Serotonina (ISRS)		
CITALOPRAM	20	202
FLUOXETINA	20	185
FLUVOXAMINA	100	96
PAROXETINA	20	214
SERTRALINA	50	153
3.2. De Serotonina y Noradrenalina (IRSN)		
VENLAFAXINA	100	285,5
4) INHIBIDORES DE LA MAO		
4.1. IMAO		
FENELZINA	60	25
TRANILCIPROMINA	10	11,5
4.2. RIMA		
MOCLOBEMIDA	300	137,5

* Dosis habitual recomendada por la bibliografía.

(O): Vía oral

(P): Vía parenteral

[Subir](#) [Búsquedas](#) [Sumario](#) [Inicio](#) [e-mail](#)