

INCUMPLIMIENTO Y DEPRESIÓN

EXPOSICIÓN DEL CASO

Sexo: hombre.

Edad: 65 años.

Comentarios: vive con su mujer, que ejerce funciones de cuidadora, y un hijo soltero.

AUTOR

Amalia García-Delgado Morente¹

1. Farmacéutica comunitaria en Sevilla.



DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

✓ Tensión arterial elevada desde hace varios años, tiene prescrito enalapril 20 mg (1-1-0) desde que se le detectó el problema. Actualmente está bien controlado.

✓ Depresión desde hace 1 año. Ha estado tratado por un psiquiatra de la seguridad social que le tenía prescrito paroxetina 20 mg (1-0-0). Con esta medicación el paciente sentía que iba mejorando poco a poco. Cuando fue de nuevo a consulta, le recibió otro psiquiatra, que le cambió el tratamiento, indicándole la retirada de paroxetina y el inicio de mirtazapina 20 mg (1-0-0) y clorazepato dipotásico 5 mg (1-1-1). Este último fármaco hasta que se sienta claramente mejor.

✓ Alteración del sueño desde hace 2 años. Tiene prescrito lorazepam 1 mg (0-0-1). Le ayuda bastante a dormir.

RAZÓN DE CONSULTA

Habitualmente es su cuidadora quien acude a la farmacia. Todas las consultas e intervenciones que a lo largo del tiempo se han formulado sobre este paciente han sido a través de ésta.

En este caso la cuidadora refiere que el paciente está muy nervioso y alterado durante todo el día, tiene dolor de cabeza y está muy mareado. Según ella no quiere tomar el clorazepato dipotásico pues "no quiere pasar todo el día dormido". No se deja convencer de que es la prescripción del psiquiatra y, por tanto, debe seguirla. Ha preferido "dejar toda la medicación a tener estos mareos y a volverse dependiente para toda la vida de tanto fármaco".

La cuidadora pregunta: ¿Qué debe hacer? ¿Debe tratar de convencerlo de tomar al menos medio comprimido de mirtazapina? ¿Lo lleva a urgencias?

EVALUACIÓN EVALUACIÓN

Tras el estudio de los problemas de salud y la farmacoterapia se cita a la cuidadora para comunicarle los problemas farmacoterapéuticos localizados:

- Cualquier fármaco antidepresivo debe dejar de tomarse poco a poco, ya que al abandonar de repente el tratamiento se produce una disminución brusca de neurotransmisores en las sinapsis neuronales donde estaba actuando el medicamento que provoca mareos, náuseas, decaimiento, etc. que dura unos días^{1,2}.

- Al comenzar un nuevo tratamiento con antidepresivos es frecuente que durante los primeros días se presenten mareos, dolor de cabeza, etc. debido a que se produce un aumento brusco de los neurotransmisores en las neuronas donde actúa el medicamento junto con una situación de "regulación al alza" de los receptores neuronales que produce una respuesta bioquímica exagerada^{1,3}.

LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE UNIR AL ANTIDEPRESIVO UN FÁRMACO ANSIOLÍTICO ESTÁ RECOMENDADA EN LAS GUÍAS INTERNACIONALES Y ES MUY HABITUAL

- Estos efectos se producen aunque se realice tan sólo un cambio de fármaco, sin un abandono total de medicación⁴.

- La estrategia terapéutica de unir al antidepresivo un fármaco ansiolítico está recomendada en las guías clínicas internacionales^{5,6,7} y es muy habitual, ya que minimiza los riesgos de esos incómodos efectos secundarios iniciales ayudando a sobrellevar esos mareos y dolores de cabeza que hacen abandonar el tratamiento en muchos casos. El fármaco ansiolítico ayuda también a controlar la ansiedad que suele acompañar a la depresión⁸.

INTERVENCIÓN

Tras la explicación a la cuidadora se le exponen los posibles planes de actuación, así como los beneficios e inconvenientes de cada uno de ellos:

● Una posible acción sería acudir al médico para que aclare cómo debe dejar el paciente la paroxetina y cómo debe iniciar el tratamiento con mirtazapina, ya que parece que no ha hecho ninguna recomendación. Se plantea el problema del tiempo necesario para conseguir una nueva cita.

● Otra posible acción sería convencer al paciente de la importancia de tomar el tratamiento completo como el médico ha indicado, los efectos secundarios iniciales sólo duran unos días y probablemente el tratamiento con clorazepato dipotásico durará poco tiempo. La ventaja de esta opción es que el médico podrá valorar la efectividad de tratamiento tal y como él lo ha planteado. El inconveniente es que el paciente no parece dispuesto a seguir esta recomendación.

● Otra posibilidad es comenzar con medio comprimido de mirtazapina, práctica habitual para minimizar los problemas iniciales, al cabo de unos días puede aumentarse la dosis al comprimido completo. Al mismo tiempo, y aprovechando que el paciente se irá sintiendo mejor poco a poco, se le puede tratar de convencer de que complete el tratamiento con clorazepato dipotásico, como ha indicado el psiquiatra, aunque sea con una dosis menor para evitar estar dormido todo el día. La ventaja de esta opción es que sería más fácil convencer al paciente.

La cuidadora, ante la dificultad de contactar con el psiquiatra, optó por la tercera opción que era la que le parecía más factible y que permitiría llegar a cumplir con el tratamiento tal y como había sido prescrito por el médico.

Para ella fue de mucha utilidad toda la información, sobre todo, para poder argumentarle al paciente la importancia del tratamiento y las consecuencias del incumplimiento.

RESULTADO

El paciente opuso inicialmente bastante resistencia a iniciar el tratamiento.

Su cuidadora trató de explicarle que los antidepresivos no crean dependencia y que los mareos durarían sólo unos días, incluso podrían desaparecer inmediatamente si comenzaba con medio comprimidos diario de mirtazapina.

También le comentó que el clorazepato dipotásico le ayudaría a controlar la ansiedad y no crearía dependencia en un tratamiento corto.

ES MUY IMPORTANTE “CUIDAR AL CUIDADOR”, ASÍ COMO CONTAR CON EL APOYO FAMILIAR AL PACIENTE PARA CONSEGUIR QUE ÉSTE MEJORE Y SE ESTABILICE

El paciente no accedió a tomar este último fármaco, pero sí la mirtazapina. Los mareos y dolor de cabeza mejoraron pronto. Los episodios depresivos han continuado teniendo altibajos, aunque ha mejorado con respecto al momento de consulta.

SEGUIMIENTO

A lo largo del tiempo se continuó el seguimiento farmacoterapéutico por intermedio de la cuidadora. Se le dio apoyo para evitar el cansancio de cuidar a un enfermo de estas características.

Es muy importante “cuidar al cuidador”. Se le explica a la cuidadora la importancia del apoyo familiar al paciente, para conseguir que mejore y se estabilice. Se le explica también la posibilidad de apoyar el tratamiento farmacológico con psicoterapia, algo que pretende comentar en un futuro próximo con el psiquiatra. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín Terapéutico Andaluz. Monografías: Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Nº 16, 1999.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de especialidades farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2005. ISBN: 84-87276-53-9.
3. Stahl, SM. Psicofarmacología esencial: Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel; 2000. ISBN: 978-84-344-0898-2.
4. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Comes C, Mallinger AG, Thase ME et al. Comparison of full-dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance of recurrent depression. *J Affect Disorders* 1993; 27: 139-145.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157(Suppl 4): 1-45.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE). United Kingdom. Depression: management of depression in primary and secondary care, tomado de www.nice.org.uk/CG023NICEguideline. Publicado por: National Collaborating Centre for Mental Health.
7. Vallejo J. Principios de los tratamientos farmacológicos en el tratamiento prolongado de la depresión. Sociedad Española de Psiquiatría. Tomado de: <http://www.sepsiq.org/index2.htm>.
8. Pies RW. Manual de psicofarmacología básica. Barcelona: Masson; 2000. ISBN: 978-84-458-0921-1.