



EFICACIA, SEGURIDAD Y ACEPTABILIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR Y BIPOLAR

Clara Jiménez Méndez

Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid

OBJETIVOS

- Describir un diagnóstico diferencial de la depresión.
- Identificar los antipsicóticos atípicos con mayor eficacia y mejor perfil de seguridad en el tratamiento de ambas enfermedades.

METODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane library y Google Scholar.
- Key words: "atypical antipsychotic", "bipolar depression", "unipolar depression". Junto con la combinación de los operadores booleanos "AND", "OR", "NOT".

INTRODUCCIÓN

Depresión unipolar: enfermedad mental caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Trastorno bipolar (TB) o enfermedad maniaco-depresiva: trastorno mental, crónico, recurrente e incapacitante. Caracterizado por episodios de depresión, de manía o hipomanía o mixtos.

Diagnóstico diferencial entre depresión unipolar y bipolar

	Depresión Unipolar	Depresión Bipolar
Edad de inicio	Más tardío	Más temprano
N.º de episodios	Menor	Mayor
Duración del ciclo	Más largo	Más corto
Sintomatología	Ansiedad, agitación y manifestaciones somáticas	Hipersomnia, hiperfagia, > grado de retardo psicomotor
Antecedentes familiares	Riesgo >2 veces	Riesgo >9 veces
Género	♀ > ♂	♀ = ♂
Citocinas IL-6, TNFα	↑	↑↑

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TRATAMIENTO AGUDO DEPRESIÓN BIPOLAR

Olanzapina ± Fluoxetina (OFC)

En la 1ª semana, ambas fueron superiores a placebo, pero en la semana 4ª-8ª, solo OFC mostró diferencias significativas respecto a placebo en la tasa de respuesta y remisión.

Somnolencia, ↑ de peso, boca seca, dolor de cabeza, **diarrea** (solo OFC)

Lurasidona

Uso de dosis de 20-60mg/día o 80-120mg/día, ambas superiores a placebo en las tasas de respuesta y remisión, con tasas de discontinuación similares entre los 3 grupos.

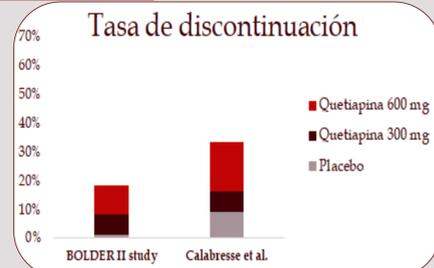
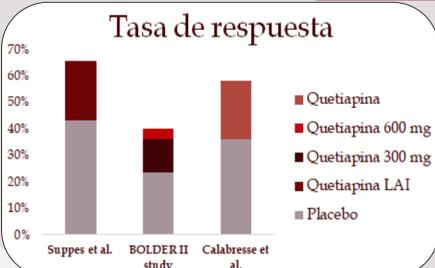
Náuseas, dolor de cabeza, acatisia, insomnio, somnolencia, sedación

Cariprazina

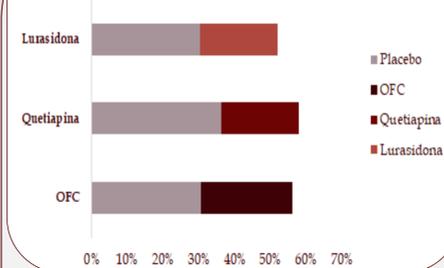
Uso de dosis de 1,5mg/día o 3,0mg/día, mostraron superioridad con diferencias significativas respecto a placebo en las tasas de respuesta y remisión

Náuseas, mareo, sedación, **acatisia**

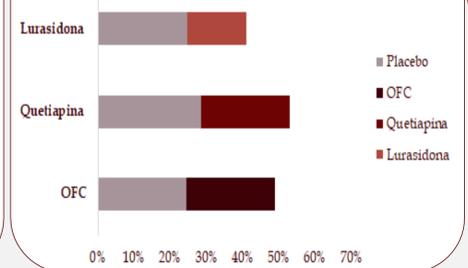
Quetiapina



Tasa de respuesta



Tasa de remisión



(Sheng, 2018)

OFC

- ↑ de peso y apetito
- Desregulación metabólica
- Diarrea
- Boca seca
- Astenia

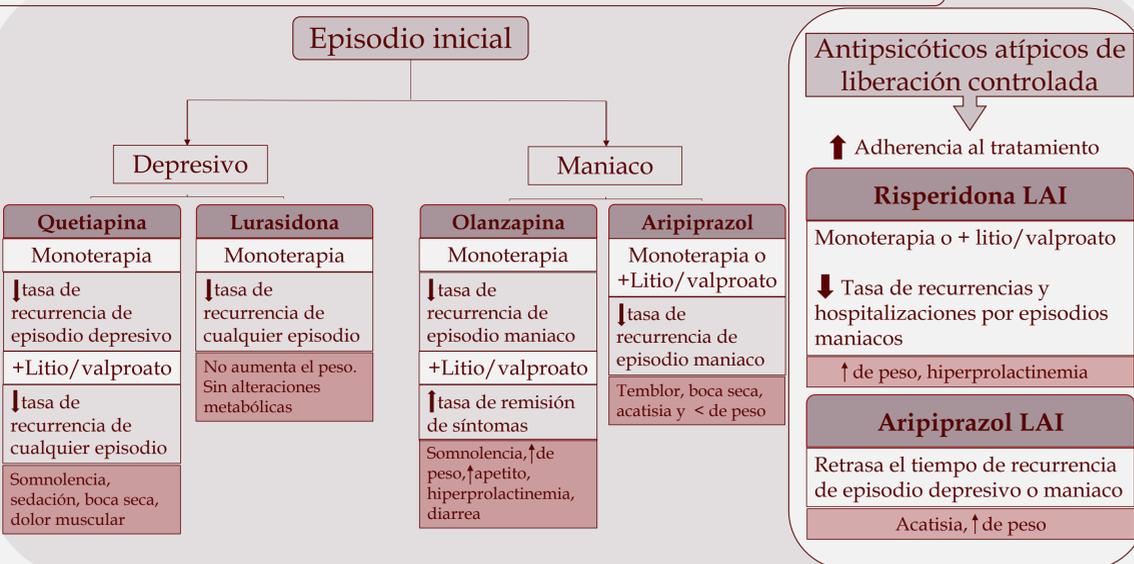
Quetiapina

- ↑ de peso (a largo plazo)
- Somnolencia (corto plazo)
- Sedación (corto plazo)
- Boca seca
- Mareo

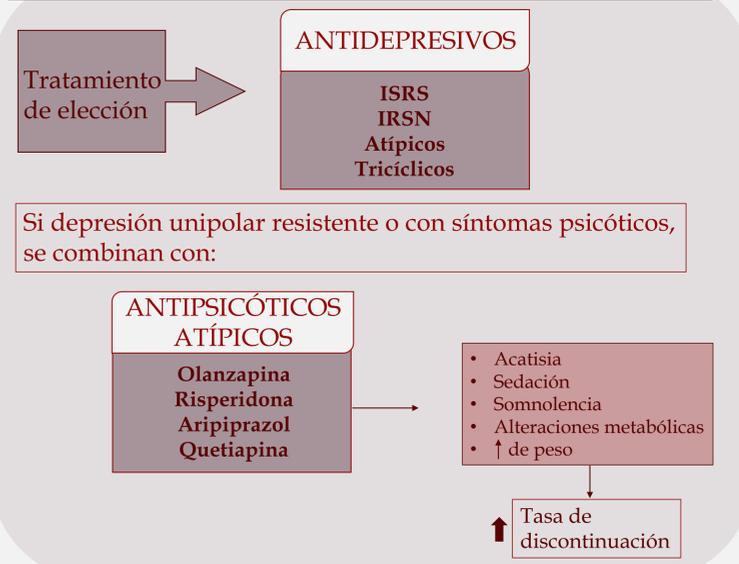
Lurasidona

- Acatisia
- Somnolencia
- Náuseas y vómitos
- Síndrome extrapiramidal

TRATAMIENTO MANTENIMIENTO DEPRESIÓN BIPOLAR



TRATAMIENTO DEPRESIÓN UNIPOLAR



CONCLUSIONES

- La depresión bipolar se diferencia de la unipolar en poseer una etiología hereditaria y presentar mayores niveles de citoquinas inflamatorias.
- Para el tratamiento agudo de la depresión bipolar se incluyen quetiapina, cariprazina, lurasidona, y la combinación de olanzapina con fluoxetina. Siendo el aumento de peso, la somnolencia, la acatisia y la diarrea los efectos adversos más frecuentes.
- La combinación de quetiapina, lurasidona, olanzapina y aripiprazol con litio/valproato constituyen los tratamientos de mantenimiento más eficaces, según la polaridad del episodio inicial.
- La risperidona y aripiprazol de liberación controlada se formulan para aumentar la adherencia al tratamiento por parte de estos pacientes.
- En caso de depresión unipolar resistente o con síntomas psicóticos se combinan los antidepresivos con antipsicóticos como olanzapina, risperidona, aripiprazol o quetiapina.

BIBLIOGRAFÍA



VER AHORA