

ABRIL 2012 • FASCÍCULO 1

DEPRESIÓN

EL TRASTORNO DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTE



PLM[®] 70
PCN 70 ANIVERSARIO



Tecnoquímicas

Inmox®

Duloxetina

Recupera el **equilibrio interior**
y la alegría de vivir

EFICAZ Y SEGURO EN:

- Depresión Mayor.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Síndromes dolorosos:
 - Fibromialgia.
 - Dolor neuropático.



INMOX® 30 mg: Composición: Cada cápsula dura contiene Duloxetina Clorhidrato equivalente a 30 mg Duloxetina base. En gránulos con recubrimiento entérico, excipientes c.s. Posología: Según indicación médica. Vía de administración: Oral. Contraindicaciones y advertencias: Embarazo, lactancia, menores de 18 años. Hipersensibilidad, alergia a la Duloxetina o a cualquiera de los componentes de la fórmula. Inhibidores de la monoamino oxidasa. Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que toman inhibidores de la monoamino oxidasa. Glaucoma de ángulo estrecho no controlado. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2011 M-0011933.

INMOX® 60 mg: Composición: Cada cápsula dura contiene gránulos con recubrimiento entérico de Clorhidrato de Duloxetina (19,078%) equivalente a 60,0 mg de Duloxetina base, excipientes c.s. Posología: Según indicación médica. Vía de administración: Exclusivamente oral. Contraindicaciones y advertencias: Embarazo, lactancia, menores de 18 años. Hipersensibilidad, alergia a la duloxetina o a cualquiera de los componentes de la fórmula. Inhibidores de la monoamino oxidasa. Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que toman inhibidores de la monoamino oxidasa. Glaucoma de ángulo estrecho no controlado. Precauciones y advertencias: La duloxetina no debe prescribirse a pacientes alcohólicos o con lesión hepática preexistente. La descontinuación abrupta debe evitarse, se aconseja suspender la medicación en forma gradual progresiva. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2010 M-0011545. Para mayor información llame gratis al 01 8000 523339



Tecnoquímicas

CONTENIDO

Trastorno depresivo.....	2
Prevalencia	2
Curso	2
Factores genéticos	2
Características principales de los trastornos depresivos.....	3
Criterios diagnósticos según la clasificación DSM IV TR ²	3
Episodio depresivo	3
Trastorno depresivo recurrente	3
Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor	3
Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único)	4
Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente	4
Complicaciones.....	4
Conducta suicida	4
Tratamiento del trastorno depresivo.....	5
Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo.....	5
Antidepresivos	5
Antidepresivos tricíclicos	5
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (IMAOs)	5
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	5
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina	6
Inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina	6
Inhibidores de recaptación mixtos o de acción dual	6
Inhibidores de recaptación de dopamina y noradrenalina	6
Otros antidepresivos duales.....	6
Tratamiento no farmacológico.....	6
REFERENCIAS	7



PLM COLOMBIA, S.A.

Director General: Lic. Antonio Carrasco • **Directora Comercial:** Constanza Riaño Rodríguez • **Gerente Unidad de Negocios:** Aura Victoria Quiñonez • **Editor Médico:** Dr. Angela Mara Iragorri, Psiquiatra y Neuróloga • **Coordinador de Operaciones:** Alfredo Rodríguez Vásquez • **Diseño Editorial:** Clara Elena Rodríguez

DEPRESIÓN es una publicación de PLM COLOMBIA, S.A. © 2012. Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción parcial o total por cualquier medio conocido o por conocerse. Todos los derechos reservados para su contenido, diagramas, ilustraciones, fotos y sumarios, incluyendo la traducción, para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional de Derechos de Autor. Los conceptos expresados en los artículos son responsabilidad de los autores y pueden no representar la opinión de la editorial o de las compañías patrocinadoras. En un esfuerzo por suministrar información que sea completa y consistente con la práctica médica, los redactores y la compañía editorial de esta publicación han revisado fuentes que se consideran confiables. No obstante, debido a la posibilidad de error humano o cambios en la medicina, ninguno de los redactores ni el editor garantizan que la información que contiene sea completa en todo respecto, y no son responsables de ningún error u omisión o de los resultados obtenidos con el uso de esta información. Se recomienda a los lectores que confirmen esta información con otras fuentes y, en particular, se les advierte que revisen la información referente a prescripción con el fabricante antes de prescribir cualquier medicamento mencionado en esta publicación.

Depresión

Trastorno de salud mental más frecuente

DEPRESIÓN

Trastorno depresivo

La depresión es el trastorno de salud mental más frecuente y relevante en atención primaria.¹ Es un trastorno del afecto caracterizado por ánimo triste, sensación de falta de energía y/o pérdida de interés, o pérdida de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia). La depresión afecta la vida de la persona durante la mayor parte del día y su duración asciende a dos semanas o más.^{2,3} El trastorno depresivo mayor es una enfermedad grave y afecta a personas de todas las edades, razas y estratos socioeconómicos.⁴

Lo anterior convierte al trastorno depresivo mayor en un importante problema de salud pública, en razón de su alta prevalencia, curso crónico y recurrente, comorbilidad asociada y altos costos directos e indirectos.⁵

Prevalencia

Se ha estimado que el trastorno depresivo mayor se presenta en una de cada 8 personas. Del mismo modo, el riesgo de presentar un episodio depresivo en el transcurso de la vida varía entre 7% y 12% en hombres y entre 20% y 25% en mujeres.³

Según los estudios adelantados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), analizando las enfermedades en términos de discapacidad, la depresión ocupa el cuarto puesto en años de discapacidad ajustada a nivel mundial y se estima que ocupe el segundo lugar para el año 2020.⁶

Curso

La edad promedio del inicio del trastorno depresivo corresponde a la mitad de la tercera década de la vida. El curso es variable: algunos pacientes tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, mientras que otros presentan episodios frecuentes. El número de episodios es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior.^{3,4}

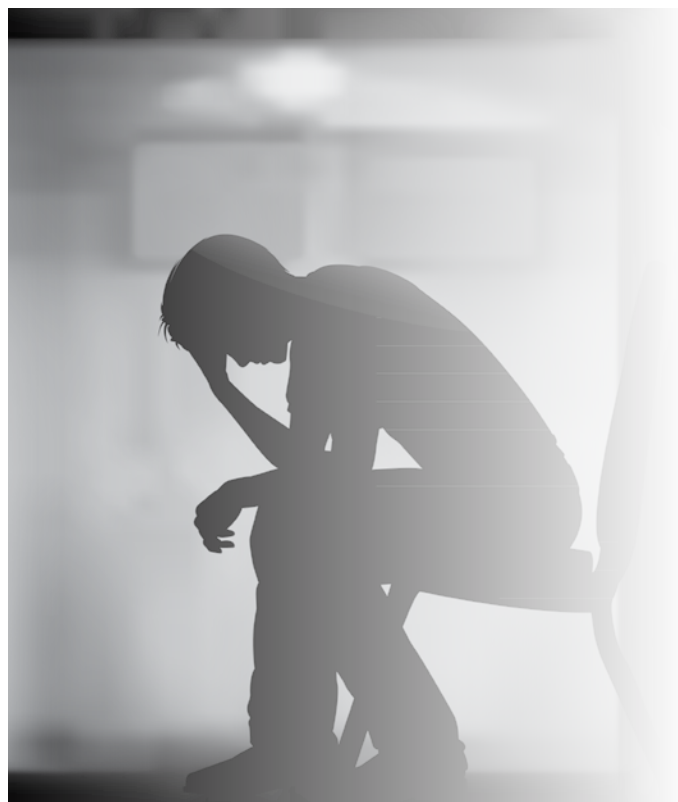
Se ha calculado que entre 50% y 60% de los pacientes que han sufrido un episodio depresivo mayor presenta un segundo episodio. Los pacientes que han tenido dos episodios tienen 70% de posibilidades de tener un tercero; y los que han sufrido tres episodios

tienen 90% de posibilidades de tener el cuarto. Entre 5% y 10% de los sujetos con un episodio depresivo mayor (episodio único) presenta luego un episodio maníaco (trastorno afectivo bipolar).^{3,4}

Con frecuencia, los episodios depresivos mayores se producen tras el impacto de un acontecimiento psicosocial grave: por ejemplo, la muerte de un ser querido. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) también pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Factores genéticos

El trastorno depresivo mayor es de 1,5 a 3 veces más frecuente en familiares de primer grado de consanguinidad que en la población general. Los estudios que comparan las tasas de concordancia en gemelos sugieren una heredabilidad del 37% (inferior a la del trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia). A este respecto, la depresión de inicio temprano, severa y con tendencia a la recurrencia tiene mayor heredabilidad que las otras formas de depresión. Cabe anotar que esta última no es una enfermedad causada por un solo gen: ostenta características genéticas complejas y está influenciada por estresores del entorno.^{3,4}



Características principales de los trastornos depresivos

Los sentimientos de desesperanza, minusvalía y culpa excesiva son síntomas esenciales para diferenciar la tristeza normal de la depresión mayor. En ella se presentan síntomas somáticos como anorexia, fatiga, pérdida de peso e insomnio. Otros síntomas como anhedonia, afecto triste, ideas de minusvalía, pensamientos recurrentes sobre la muerte, deseo de morir e ideación suicida resultan esenciales para el diagnóstico de la enfermedad.²

Criterios diagnósticos según la clasificación DSM IV TR²

Episodio depresivo

En los episodios leves, moderados o graves se presenta decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Además, se presenta un deterioro de la capacidad para disfrutar (anhedonia). Asimismo el sueño se ve perturbado y el apetito disminuye, a la vez que suelen presentarse sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo.

El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias; puede acompañarse de síntomas como los siguientes: insomnio de despertar precoz, empeoramiento matinal de los síntomas y retraso psicomotor, así como pérdida del apetito, disminución del peso y disminución de la libido.

La severidad de la depresión va a depender del número de síntomas y de la complejidad de ellos.

Trastorno depresivo recurrente

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin antecedente de episodios de exaltación afectiva (maníacos, hipomaníacos o mixtos), ya que la presencia de estos últimos configura el diagnóstico de trastorno bipolar. Cuando se presentan dos o más episodios depresivos mayores, se lo denomina trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el primero o el segundo de la lista (no incluir los síntomas claramente derivados de enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo).
 - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros por ejemplo llanto). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
 - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi a diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - Pérdida importante de peso sin hacer un proceso de dieta, aumento de peso (e.g. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi a diario. En niños es preciso valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - Insomnio o hipersomnia casi a diario.
 - Agitación o enlentecimiento psicomotor casi a diario (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - Fatiga, o pérdida de energía, casi a diario.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de enfermarse).
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi a diario (trátese de una atribución subjetiva, o bien de una observación ajena).
 - Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor), ideación suicida recurrente sin un plan específico, tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

Depresión

Trastorno de salud mental más frecuente

- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (e.g. después de la pérdida de un ser querido); persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (episodio único)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Es necesario especificar si el trastorno es leve, moderado o severo; si se presentan síntomas psicóticos; o si aparecen síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante o recurrente

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. En este sentido, resulta importante anotar que para ser considerados episodios separados debe haber un intervalo de dos meses seguidos, cuando menos, en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Es necesario especificar si el trastorno es leve, moderado o severo; si se presentan síntomas psicóticos; o si aparecen síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto.

DISTIMIA: es una alteración crónica del ánimo que dura varios años, y no es suficientemente grave y sus episodios no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente en cualquiera de sus formas.

Complicaciones

Conducta suicida

En su décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10), la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma lo siguiente respecto de la conducta suicida:

Se describe un intento de suicidio como un acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquel que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

La prevalencia de intentos de suicidio en la población general mayor de 15 años se estima entre 3% y 5%. El mayor número de intentos de suicidio se registra en el grupo etario de 15 a 34 años, razón por la cual se constituye en una de las cuatro primeras causas de muerte para el mismo.⁷

El riesgo de suicidio consumado en un paciente con intentos previos es entre 38 y 47 veces mayor que el ostentado por la población general. Asimismo, hay una mortalidad incrementada por causas naturales en este grupo de sujetos. En mayores de 65 años se presentan tres intentos de suicidio por cada suicidio

consumado; mientras que para las personas cuya edad oscila entre 15 y 34 años se presentan entre treinta y cincuenta intentos por cada suicidio.

Tratamiento del trastorno depresivo

El tratamiento de la depresión debe desarrollarse en el contexto de la relación médico-paciente, que lleva a una adecuada alianza terapéutica. Debe integrar el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales. Una vez iniciado el tratamiento, algunos síntomas pueden mejorar desde la primera semana; empero, en la mayor parte de los casos se requieren entre 2 y 4 semanas para apreciar una mejoría notoria. Cuando hay síntomas ansiosos e insomnio asociados es posible emplear benzodiazepinas, disminuyendo su uso de forma gradual conforme la persona mejora.

La elección del fármaco depende de la comorbilidad psiquiátrica —sobre todo, somática—, el perfil de efectos colaterales, la historia de respuesta previa individual y familiar, y el subtipo de depresión.

No se considera adecuado hablar de falla terapéutica o falta de respuesta a un fármaco sin antes haber mantenido el tratamiento durante al menos 3 - 4 semanas con dosis elevadas.

En el caso de personas que presenten un cuadro depresivo con síntomas psicóticos debe considerarse la hospitalización de manera más precoz, dependiendo de la presencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o médicos, así como la presencia de ideación o intento suicida. El tratamiento farmacológico considera el uso de antipsicóticos desde el inicio. A este respecto, el uso de neurolepticos atípicos se justifica por su menor cantidad de efectos adversos en comparación con los antipsicóticos clásicos.⁷ En pacientes que cumplen criterios diagnósticos de distimia, el tratamiento debe basarse en un proceso psicoterapéutico.

Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo

Antidepresivos

Cerca de la mitad de los episodios moderados a severos de depresión mejoran con el tratamiento con

antidepresivos.⁸ Estos últimos se clasifican en razón de su mecanismo de acción.^{8,9,10}

Antidepresivos tricíclicos

Son la amitriptilina, la clomipramina y la Imipramina. Reciben su nombre por su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Impiden la recaptación de serotonina y noradrenalina. Su eficacia está bien establecida desde hace más de 30 años, sin embargo, deben administrarse con cautela debido a que poseen un estrecho margen terapéutico y su uso se acompaña con frecuencia de efectos adversos, que son el resultado del bloqueo de los receptores sobre los que actúan. Así, síntomas y signos anticolinérgicos, como la sequedad de boca, visión borrosa, glaucoma, déficit cognitivo, enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, constipación, retención urinaria, dilatación del tracto urinario, hipertermia y taquicardia sinusal son consecuencia del bloqueo de los receptores muscarínicos. El bloqueo de los receptores alfa-1-adrenérgicos puede provocar hipotensión ortostática, y el bloqueo histaminérgico produce sedación y aumento de peso. Estos síntomas, que son muy frecuentes en pacientes ancianos y en los tratados con aminas terciarias, suelen aparecer aun antes de obtener el efecto antidepresivo deseado.²³

Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (IMAOS)

La moclobemida inhibe de manera reversible la MAO A, una enzima involucrada en la degradación sináptica de la serotonina y la norepinefrina. Tiene un mayor margen de seguridad que los IMAOS antiguos y su eficacia es similar a la ostentada por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).¹¹

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Son fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. Amplifican la actividad serotoninérgica por medio de la inhibición de la recaptación de serotonina en la hendidura sináptica. Los ISRS son mejor tolerados que los tricíclicos y tienen menos efectos cardiovasculares. Los ensayos clínicos han mostrado muy pocas diferencias respecto a eficacia y tolerabilidad entre los ISRS; sin embargo, algunos estudios sugieren que el escitalopram ostenta cierta superioridad sobre otros fármacos del mismo

Depresión

Trastorno de salud mental más frecuente

grupo.^{12,13,14} Los ISRS parecen ser menos efectivos que los tricíclicos e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina en depresión con síntomas físicos o dolor prominentes.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina

En este grupo se encuentra la reboxetina. Estos inhibidores aumentan la actividad noradrenérgica por medio de la inhibición de la recaptación de noradrenalina en la hendidura sináptica. Su efectividad es comparable a la de los antidepresivos tricíclicos y a la de los ISRS. Se propone que pueden mejorar la apatía y el enlentecimiento psicomotor.

Inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina

En este grupo se encuentran desipramina y maprotilina. Tienen efectos anticolinérgicos y bloquean los receptores de histamina H1.

Inhibidores de recaptación mixtos o de acción dual

Algunos metanálisis concluyen que el tratamiento del trastorno depresivo mayor con medicamentos de acción dual (venlafaxina, duloxetina, moclobemida, mirtazapina) tiene una mejor respuesta (definida como la reducción de por lo menos 50% de los síntomas depresivos) que el tratamiento con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.^{11,15}

Los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; bloquean los transportadores de las monoaminas de manera más efectiva que los tricíclicos, sin los efectos sobre la conducción cardíaca que puede ocurrir con los agentes tricíclicos, e incluyen Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina y Milnacipram.^{11,15-17} La acción dual de estos medicamentos ha mostrado eficacia en depresión severa.

La duloxetina se ha mostrado como un potente inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina en el cerebro, tanto *in vivo* como *in vitro*.¹⁸ Estudios

clínicos han demostrado que el tratamiento del trastorno depresivo mayor con duloxetina es seguro y puede ser más efectivo que el tratamiento con ISRS,¹⁸⁻²⁰ con un perfil riesgo-beneficio similar al que muestra la venlafaxina.²¹ Además, se ha observado que la duloxetina tiene un importante efecto en el tratamiento de los trastornos de sueño asociados al trastorno depresivo mayor y es el primer antidepresivo aprobado en el manejo de patologías dolorosas como dolor neuropático y fibromialgia.²²

Inhibidores de recaptación de dopamina y noradrenalina

Bupropion:

Este fármaco inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina y no tiene acción directa sobre el sistema serotoninérgico. Su eficacia es similar a la de los antidepresivos tricíclicos. Se asocia a menos náusea, diarrea, somnolencia y disfunción sexual que los ISRS.

Otros antidepresivos duales

Mirtazapina:

Este medicamento antagoniza los autoreceptores alfa 2 adrenérgicos, aumentando la liberación de noradrenalina y serotonina en las neuronas del rafe mesencefálico. Asimismo, actúa sobre los receptores de serotonina 5-HT_{2A} y 5-HT₃ y los receptores de histamina H₁. Aunque su eficacia es similar a la ostentada por los tricíclicos y los ISRS, sus efectos sobre el sueño y la sexualidad son menores.

Trazodona

Este fármaco actúa sobre los receptores 5-HT₂ y alfa₁ adrenérgico.

Tratamiento no farmacológico

En general, todo paciente con diagnóstico de trastorno depresivo se beneficia de un proceso psicoterapéutico individual, que busca mejorar la introspección y el modelo de interacción y actuar sobre los estresores y desencadenantes.

REFERENCIAS

1. Aragonés E, Gutiérrez MA, Piñol JL, et al. Prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31(2):120–5.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorder. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
3. Kaplan H, Sadock B, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott William & William; 2000.
4. Belmaker RH, Galila A. Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*. 2008;358:55–68.
5. Alba JC, Robert RG. Estrategias farmacológicas en el tratamiento de la depresión mayor resistente. *Universitas Medica*. 2007;48(3):291–309.
6. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
7. Rundell JR, Wise MG, editors. Textbook of consultation-liaison psychiatry. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
8. Mann JJ. Review Article, The Medical Management of Depression. *N Engl J Med*. 2005;353:1819–34.
9. Stahl SM. Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide. London: Cambridge University Press; 2006.
10. Uribe M, Gómez C. Depresión Unipolar (Mayor). En: Guías de Manejo en Psiquiatría. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2ª Edición. Bogotá, 2007.
11. Papakostas GI, Thase ME, Fava M et al. Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than Selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? A meta-analysis of studies of newer agents. *Biol Psychiatry*. 2007;62:1217–27.
12. Kennedy SH, Andersen HF, Lam RW. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci*. 2006;31:122–31
13. Lam RW, Andersen HF, Wade AG. Escitalopram and duloxetine in the treatment of major depressive disorder: a pooled analysis of two trials. *International Clinical Psychopharmacology*. 2008;23:181–7.
14. Montgomery SA, Baldwin DS, Blier P et al. Which antidepressants have demonstrated superior efficacy? A review of the evidence. *International Clinical Psychopharmacology*. 2007;22:323–9.
15. Mallinckrodt CH, Prakash A, Houston JP et al. Differential antidepressant symptoms efficacy: placebo-controlled comparisons of Duloxetine and SSRIs (Fluoxetine, Paroxetine, Escitalopram). *Neuropsychobiology*. 2007;56:73–85.
16. Trivedi MH, Desai D, Ossanna MJ et al. Clinical evidence for serotonin and norepinephrine reuptake inhibition of duloxetine. *International Clinical Psychopharmacology*. 2008;23:161–9.
17. Bymaster FP, Dreshfield-Ahmad LJ, Threlkeld PG. Comparative affinity of Duloxetine and Venlafaxine for transporters in vitro and in vivo, human serotonin Receptor subtypes, and other neuronal receptors. *Neuropsychopharmacology*. 2001;25:871–80.

18. Segura A, Erkoreka L, Uriarte L, et al. Duloxetine: dos años y medio de experiencia. Norte de Salud Mental. 2009;33:9–17.
19. Sah RK, Rehan HS, Unni KE, et al. A comparison of duloxetine hydrochloride with fluoxetine hydrochloride in major depressive disorders. A pilot study. Health. 2010;2:620–4.
20. Cookson J, Gilaberte I, Desai D, Kajdasz DK. Treatment benefits of duloxetine in major depressive disorder as assessed by number needed to treat. International Clinical Psychopharmacology. 2006;21:267–73.
21. Perahia DGS, Pritchett YL, Kajdasz DK, et al. A randomized, double-blind comparison of duloxetine and venlafaxine in the treatment of patients with major depressive disorder. Journal of Psychiatric Research. 2008;42:22–34.
22. Brecht S, Kajdasz D, Ball S et al. Clinical impact of duloxetine treatment on sleep in patients with major depressive disorders. International Clinical Psychopharmacology. 2008;23:317–24.
23. Tolosa C, Duñó R, Escoté S. Antidepresivos tricíclicos: efectos adversos y ventajas de la monitorización terapéutica. Med Clin 2002; 119 (16): 620-626



Trittico AC[®]

Trazodona HCl

El mejor aliado para el
INSOMNIO ASOCIADO A DEPRESIÓN

- ❖ **POTENCIA** el efecto antidepressivo al asociarse con ISRS.
- ❖ Restaura la arquitectura normal del sueño.
- ❖ La forma **AC** garantiza:
 - ❖ **Acción** Continuada durante la noche.
 - ❖ Menos picos plasmáticos de concentración.



TRITTICO AC[®] 150 mg

Composición: Cada tableta de acción controlada biranurada contiene trazodona clorhidrato 150 mg; excipientes c.s. **Dosis:** Según criterio médico. **Vía de administración:** Oral.
Contraindicaciones y advertencias: Hipersensibilidad conocida al medicamento, embarazo, lactancia. Adminístrese con precaución en pacientes con problemas cardiovasculares, epilepsia, insuficiencia hepática o renal; potencia los efectos de alcohol y otros depresores del sistema nervioso central. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por A.C.R. Angelini Francesco ACRAF, S.p.A. Ancona - Italia. Importado y comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2010 M-013708 R1.
Para mayor información llame gratis al 01 8000 523339.



Tecnoquímicas

En depresión, cada caso es especial y su tratamiento también...



INMOX® 30 mg: **Composición:** Cada cápsula dura contiene Duloxetina Clorhidrato equivalente a 30 mg Duloxetina base. En gránulos con recubrimiento entérico, excipientes c.s. **Posología:** Según indicación médica. **Vía de administración:** Oral. **Contraindicaciones y advertencias:** Embarazo, lactancia, menores de 18 años. Hipersensibilidad, alergia a la Duloxetina o a cualquiera de los componentes de la fórmula. Inhibidores de la monoamino oxidasa. Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que toman inhibidores de la monoamino oxidasa. Glaucoma de ángulo estrecho no controlado. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2011 M-0011933.

INMOX® 60 mg: **Composición:** Cada cápsula dura contiene gránulos con recubrimiento entérico de Clorhidrato de Duloxetina (19,078%) equivalente a 600 mg de Duloxetina base, excipientes c.s. **Posología:** Según indicación médica. **Vía de administración:** Exclusivamente oral. **Contraindicaciones y advertencias:** Embarazo, lactancia, menores de 18 años. Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Inhibidores de la monoamino oxidasa. Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que toman inhibidores de la monoamino oxidasa. Glaucoma de ángulo estrecho no controlado. Precauciones y advertencias: La duloxetina no debe prescribirse a pacientes alcohólicos o con lesión hepática preexistente. La discontinuación abrupta debe evitarse, se aconseja suspender la medicación en forma gradual, progresiva. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2010 M-0011545. Para mayor información llame gratis al 01 8000 523339.

DEXAPRON® 10 mg: **Composición:** Cada tableta cubierta ranurada contiene oxalato de escitalopram equivalente a escitalopram base 10 mg; excipientes c.s. **Dosis:** Según criterio del médico. **Vía de administración:** Oral. **Contraindicaciones y advertencias:** Embarazo, lactancia y menores de 18 años. Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. Tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO (IMAO). Ansiedad paradójica. El tratamiento debe ser interrumpido en pacientes que desarrollen convulsiones. Se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. Puede alterar el control glucémico en pacientes con diabetes. Puede aumentar el riesgo de suicidio durante la primera semana de tratamiento. La administración concomitante con remedios herbales que contengan Hypericum Perforatum puede aumentar la incidencia de reacciones adversas. La dosis debe reducirse gradualmente durante un período de una a dos semanas para evitar posibles reacciones de supresión. **ALMACÉNESE A TEMPERATURAS INFERIORES A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. No. INVIMA 2006 M-0005669.

PAXAN® 20 mg: **Composición:** Cada tableta recubierta contiene paroxetina clorhidrato equivalente a paroxetina base 20 mg; excipientes c.s. **Dosis:** Según criterio médico. **Vía de administración:** Oral. **Contraindicaciones y advertencias:** Embarazo y lactancia; no administrar a menores de 18 años; hipersensibilidad a la paroxetina; enfermedad hepática y renal; uso concomitante con inhibidores de la MAO o por lo menos 14 días después de su retiro; pacientes que reciben concomitantemente litio, alcohol. Pacientes que requieren ánimo vigilante. Precauciones: Administrar con precaución a pacientes epilépticos y a pacientes con glaucoma de ángulo estrecho. **MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA. ALMACÉNESE EN LUGAR SECO, A TEMPERATURA INFERIOR DE 25°C.** Fabricado por Tecnoquímicas S.A., Jamundí - Colombia. Comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. No. INVIMA 2001 M-0000451. Para mayor información llame gratis al 01 8000 523339.

TRITTIACO® 150 mg: **Composición:** Cada tableta de acción controlada birranurada contiene trazodona clorhidrato 150 mg; excipientes c.s. **Dosis:** Según criterio médico. **Vía de administración:** Oral. **Contraindicaciones y advertencias:** Hipersensibilidad conocida al medicamento, embarazo, lactancia. Administrarse con precaución en pacientes con problemas cardiovasculares, epilepsia, insuficiencia hepática o renal; potencia los efectos de alcohol y otros depresores del sistema nervioso central. **ALMACÉNESE A TEMPERATURA INFERIOR A 30°C. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. VENTA BAJO FÓRMULA MÉDICA.** Fabricado por A.C.R. Angelini Francesco ACRAF, S.p.A. Ancona - Italia. Importado y comercializado por Tecnoquímicas S.A., Cali - Colombia. Reg. San. No. INVIMA 2010 M-013708 R1. Para mayor información llame gratis al 01 8000 523339.



Tecnoquímicas