

Uso de Fluoxetina en adolescentes con Trastorno Depresivo

P. Rodríguez Ramos; M.A. Fernández Álvarez

Madrid

RESUMEN

Los autores exponen un estudio del tratamiento de los trastornos depresivos en adolescentes de 13 a 17 años diagnosticados según el DSM-III, con fluoxetina.

Del tratamiento se desprende una relación de 6 a 8 casos de evolución favorable, no observando afectos secundarios importantes y destacando el poder anorexígeno idóneo en trastornos bulímicos-obesidades.

Apuestan a incrementar el arsenal terapéutico medicamentoso y a su vez el mayor conocimiento, en el niño y adolescente, de las limitaciones y posibilidades.

Palabras clave: Adolescencia. Depresión. Fluoxetina.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los estudios sobre la depresión en la adolescencia coinciden en apreciarla como un problema importante. Varias son las circunstancias que así lo indican. El

Trastorno Depresivo (TD) aumenta notablemente en la adolescencia al compararlo con su prevalencia en la infancia. Por el momento no hay factores demostrados que influyan sobre este hecho, pero parece que deberán encontrarse en la eferescencia evolutiva de esta edad, y en una serie de circunstancias familiares, socioculturales, demográficas y de sexo. Igualmente en la adolescencia se destaca el suicidio como una importante causa de muerte. Aunque las tentativas suicidas no pueden achacarse al TD, sí parece que este diagnóstico es muy frecuente en adolescentes que intentan el suicidio (Crumley 79, Robbins 85). Aunque los adolescentes pueden exagerar los pensamientos y actos suicidas en la familia, e incluso en las entrevistas clínicas, la asociación entre suicidio y sintomatología depresiva parece importante como para ser tenida en cuenta en el momento de la evaluación clínica. En la génesis y desarrollo de actos suicidas hay diversos factores a tener en cuenta: las circunstancias familiares, la relación con iguales, o las tendencias impulsivas, pero la sintomatología depresiva representa un importante punto de referencia preventivo frente al suicidio.

A pesar de la importancia de la depresión

en la adolescencia, existen pocos estudios dedicados a valorar y comparar la respuesta que suscitan las diversas posibilidades terapéuticas con que contamos frente al TD a esta edad. En referencia a los fármacos antidepressivos se dan tasas de respuesta favorable muy variadas, entre 40% y 90% (Moreau 90). Pero además, estas respuestas son comparables con las respuestas favorables al placebo, cuantificables en un 60%. Así Kutcher concluye que en los adolescentes la respuesta a los fármacos antidepressivos es más variable que en los niños y los adultos; y menos predecible. Aparte de diversas circunstancias evolutivas que concurren en la adolescencia, y quizás por ellas, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento farmacológico puede ser uno de los factores que influyen decisivamente para que se den resultados tan variables.

Es conocida la proclividad al rechazo, larvado o manifiesto, de los tratamientos por parte de los adolescentes; y más a los tratamientos farmacológicos. Además existen una serie de efectos secundarios en los antidepressivos tricíclicos que pueden condicionar su utilidad en estas edades; los síntomas anticolinérgicos, los vegetativos, la sedación, el aumento de peso corporal; e incluso la influencia sobre el funcionamiento cardíaco a altas dosis, pueden condicionar desfavorablemente el cumplimiento de las pautas de tratamiento.

Aún son más escasos en la literatura los trabajos que prestan una atención focalizada al cumplimiento del tratamiento con antidepressivos; aunque algunas discrepancias dosis-niveles plasmáticos podrían ser sugerentes de faltas de cumplimiento.

La aparición de nuevos fármacos antidepressivos, en este caso la Fluoxetina, (FXT), de eficacia contrastada en el tratamiento de las depresiones en la edad adulta, y de efectos secundarios escasos, pueden permitir una mejor aceptación de la medicación por parte de los adolescentes, e influir favorablemente en el cumplimiento.

MÉTODO

A raíz de la remisión del cuadro depresivo coincidente con el uso de FXT en dos adolescentes, se decidió el uso de este fármaco para un estudio de su eficacia en adolescentes.

El presente trabajo recoge el resultado del uso de FXT en 8 jóvenes de edades comprendidas entre 13.8 y 17.7 años, cuyas características se recogen en el Cuadro 1.

CUADRO 1

MUESTRA

N.º casos: 8 Edad media: 16,2 (Máx. 17.7; Min. 13.8)

Sexo: Femenino 5, Masculino 3

Familia: Típica 6, Atípica 2 (Padres separados, inválidos)

Tentativas suicidas: 4 (Medicamentosas)

Antecedentes personales depresivos 2

Acontecimientos estresantes: 4 (Separación, Enf. Padre, Cambio domicilio y Fallecimiento aburla)

Los requisitos para su inclusión consistían en: 1) Diagnóstico Clínico de TD Mayor según DSM-III. 2) Características sintomáticas del polo inhibido sin rasgos de agitación. 3) Haber completado el BDI antes de comenzar el tratamiento.

CUADRO 2

SINTOMATOLOGÍA

SOMATICAS	COGNITIVAS	
Peso	2 Culpa	4
Peso	1 Inutilidad	5
Dif. Conc. Sueño	4 Perd. Concentr.	7
Sueño irreg.	3 Desesperanza	5
Despertar Tempr.	1 HUMOR	
	↓ Intereses	5
Hipersomnia	3 ↓ Disfrute	6
Fatiga	5 Aislamiento	5
	Irritabilidad	4
AUTOLISIS		
Pensamientos	6 TOXICA	
Intentos	2 Abuso Alcohol	1

El uso de FXT constituía en casi todos los casos una parte del Proyecto Terapéutico. Este ha incluido una atención terapéutica individual⁵, o familiar¹, así como intervenciones de apoyo y asesoramiento a la familia⁶ y al centro escolar⁴.

A la cuarta semana se hacía una valoración consistente en: 1) Entrevista Clínica del paciente con los autores por separado, valorando su evolución. 2) Realización del BDI. 3) Entrevista de evaluación con los padres. 4) Especificación de Efectos Secundarios y Cumplimiento.

A las 16 semanas se repetían los puntos anteriores y se realizaba analítica de sangre: Hematología. GOT, GPT y GGT.

RESULTADOS

Su resumen queda recogido en el cuadro 3. Todos los pacientes que evolucionaron favorablemente lo hicieron a partir de la segunda semana, experimentando pocas variaciones después de la quinta semana.

El caso 5, una joven de 16.6 años, mostró a lo largo de la primera semana de tratamiento un incremento notable de su ansiedad, con inquietud tipo acatisia, y exacerbación de sus ideas de desesperanza. Por ello se le retiró el tratamiento (FXT 20 mg/24 h).

CUADRO 3

RESULTADOS CLINICOS

Tras 4 semanas		
Mejoría notable	4	
Mejoría discreta	2	
Sin cambios	1	Retirada FXT
Complicaciones	1	Retirada FXT
Tras 16 sem.		
Remisión	4	Terapia ind. 3
Mejoría	2	Terapia ind. 1
		Terapia fam. 1

La evaluación clínica de todos los casos, y la valoración de los cuestionarios (Cuadro 4),

fueron realizados por uno de los autores sin conocer el antidepresivo utilizado, dentro de la actividad clínica rutinaria. Con ellos se ha intentado eliminar efectos subjetivos que pudieran influir en estos datos.

A las cuatro semanas le fue retirado el tratamiento a otro paciente por considerar que no había presentado ningún cambio favorable. En cuatro casos la mejoría fue muy notable manteniéndose la misma dosis, y en dos se apreció una mejoría discreta por lo que se aumentó la dosis de FXT a 40 mg/24 h.

Tras 16 semanas se confirmaba la remisión del TD en los cuatro casos que habían evolucionado mejor a las cuatro semanas, manteniéndose una mejoría moderada en los dos casos con dosis de 40 mg/24 h.

No se han detectado alteraciones hematológicas en ningún caso. Las pruebas hepáticas no se modificaron a excepción de un leve aumento de la GGT en los pacientes (uno con dosis de 20 mg/24 h y el otro con 40 mg/24 h)

En el Cuadro 5 se recogen los efectos secundarios observados. La sensación nauseosa es el más frecuente.

En todos los casos fue leve, sin vómitos, y transitoria, persistiendo únicamente en un paciente, como molestias vagas tolerables. La disminución del apetito resultó evidente en dos casos, uno de ellos con pérdida importante de peso al coincidir con un régimen hipocalórico por su obesidad.

El cumplimiento de las pautas terapéuticas, aunque no pudo ser comprobado objetivamente, fue reconocido como bueno en cinco casos, con fallos aislados en dos, y malo en ninguno. A las 16 semanas seguía existiendo coherencia padres-paciente, ambos consideraban bueno el cumplimiento en tres casos y fallos aislados en otros tres.

CONCLUSIONES

Aunque la terapia farmacológica ha sido en estos casos una parte del Proyecto Terapéutico para su TD, se obtienen buenos

resultados en seis pacientes adolescentes de un total de ocho tratados con FXT. Se trata de un número muy reducido de casos, pero los resultados son cumpatibes con las tasas de respuesta favorable a otros antidepresivos en pacientes de estas edades (40-90%). aunque también lo son con las respuestas al placebo, cuantificables en un 60%.

CUADRO 4

RESULTADOS BDI			
Inicial		4.ª semana	
<16	0	<16	4
≥16	4	≥16	2
≥24	3	≥24	9

El tratamiento con FXT, asociado o no a ansiolíticos, no ha dado lugar a alteraciones cardiovasculares, ni a modificaciones sanguíneas o bioquímicas; a excepción de una discreta y transitoria elevación de la GGT en dos casos (52 u. y 60 u.) que tomaban 20 y 40 mg/24h. Los efectos secundarios han sido escasos, de intensidad tolerable y transitorios — en los cuatro casos de náuseas remitieron a la segunda semana —. En un caso, sí se han presentado alteraciones psíquicas consistentes en inquietud psicomotriz y exacerbación de la ansiedad, que fueron considerados como relacionados con la administración de FXT, y motivaron su retirada al tiempo que se incrementó la dosis de la benzodiacepina asociada; A partir de los diez días de la retirada de FXT se apreció una desaparición de las alteraciones referidas, fecha en que se disminuyó la dosis de ansiolítico y se comenzó el tratamiento con Maprotilina. Reacciones similares se han descrito en algunos niños y adolescentes tratados con FXT para el Trastorno Obsesivo, consistentes en conducta hipercinética, insomnio y excitabilidad. (Riddle et al. 1990). Este tipo de empeoramiento yatrogénico necesita ser estudiado a fin de identificar

posibles predisposiciones personales o sintomáticas. No obstante este tipo de efectos destabilizadores también ha sido descrito con otros antidepresivos en menores y en adultos.

No se ha podido establecer una relación evidente de la FXT con disminución del apetito o del peso, aunque sí podemos afirmar que en ningún caso se ha observado que el apetito o el peso aumentarán. De ser así, el uso de este fármaco puede ser ventajoso en determinados casos de estas edades, tales como las obesidades preexistentes o los incrementos de la ingesta que pueden acompañar al cuadro depresivo.

La FXT es un antidepresivo relativamente nuevo. La escasez de experiencia sobre su uso a estas edades, y el desconocimiento de sus efectos a largo plazo en la infancia y la adolescencia, imponen una razonable cautela ante su utilización. Parece que los aspectos a su favor pueden resaltarse entre la ausencia relativa de efectos secundarios indeseables,

CUADRO 5

EFECTOS SECUNDARIOS

Fármacos asociados: Benzodiacepina
Dosis FXT: Inicial 10 mg/24 h
Final 20-40 mg/24 h

E.S. Iniciales (1-2 sem.)

Náuseas 4

Inquietud 1

Sudoración 1

Somnolencia 1

E.S. Finales

Gastrointestinales 1

Inquietud 1

Menos apetito 2

y la aparente tendencia desinhibidora que lo convertiría en indicado cuando predomina el entortecimiento psicomotor y la hipersomnia; tales características contribuirían al buen

cumplimiento del tratamiento. Es difícil discutir la buena impresión obtenida respecto al cumplimiento de las pautas psicofarmacológicas, pues en este aspecto existe una llamativa laguna de investigación; más notable a medida que disminuye la edad. Los deseables incrementos de estudios sobre el cumplimiento en la infancia y la adolescencia, por parte de los pacientes y de los padres, resultarán de gran interés a la hora de comprender algunos fracasos, o éxitos, inesperados tanto en tratamientos individuales como en estudios de grupos.

Son numerosos los fármacos antidepresivos con los que ya contamos, aunque puede que sean necesarios más y mejores. Pero es seguro que estamos obligados a conocer mejor los disponibles, para utilizarlos en los casos que más pueden beneficiarse de cada

uno, al tiempo que sepamos cuando o conviene usarlos, evitando así trastornos yato-génicos y fracasos terapéuticos.

Bibliografía

1. CRUMLEY F.: *Adolescents suicide attemps*. JAMA 241: 2404-2407, 1979.
2. KUTCHER S.P. Y MARTON P.: *Parameters of Adolescent Depression*, A review. Psychiatr. Clin. North Am. 2: 895, 1989.
3. MOREAU D.L.: *Major depression in childhood and adolescence*. Psychiatr. Clin. North Am. 13: 355-368, 1990.
4. RIDDLE M.A., HARDIN M.T., KING R.A., SCAHILL L. Y WOOLSTON J.L.: *Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tou-ette's and Obsessive-compulsive disorders*: Preliminary clinical experience. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 45-48, 1990.
5. ROBBINS R.D. Y ALESSI N.E.: *Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents*. Am. J. Psychiatry, 142: 588-592, 1985.