6. Tratamiento farmacológico

6.1. Antidepresivos

6.1.1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Pregunta para responder:

- En adultos con TAG, ¿cuál es la efectividad y seguridad comparada de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frente al placebo?

Recomendaciones

1. En pacientes con TAG grave se recomienda la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, en espera de ser valorado por el servicio de Salud Mental. [BPC]
2. En pacientes con TAG de gravedad moderada cuyos síntomas no hayan mejorado después de la intervención educativa que incluya formas de automanejo de la ansiedad y consejos sobre estilos de vida saludable, se sugiere la elección de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como primera línea de tratamiento farmacológico. [Débil a favor]
3. En la prescripción de antidepresivos debe considerarse: la edad, la tolerancia, los efectos secundarios, la posibilidad de embarazo, el tratamiento previo recibido, la existencia de comorbilidades, el posible riesgo de sobredosis ocasional, las posibles interacciones con otros medicamentos que se estén recibiendo, el consumo concomitante de tóxicos y el coste a igual efectividad. [BPC]
4. No hay suficiente evidencia para recomendar un antidepresivo en particular frente a los demás. Por tanto, se sugiere que la elección se haga en un proceso de toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional de la salud que le atiende, teniendo en cuenta el éxito previo con el paciente individual, la preferencia del paciente y el juicio del profesional (que incluya su experiencia previa con el medicamento). [BPC]
5. Para reducir la probabilidad y la gravedad de los efectos secundarios, se sugiere comenzar el tratamiento con antidepresivos a una dosis baja (aproximadamente la mitad de la dosis inicial administrada a pacientes con depresión) y valorar su incremento gradual (aumentar según la tolerabilidad, dentro del rango de dosis aprobado) con el fin de lograr el efecto terapéutico. [BPC]
6. Durante el embarazo, se debe considerar: [BPC]

   • Si las ventajas potenciales para la madre debidas a los antidepresivos prescritos superan los posibles riesgos para el feto.

   • Usar la mínima dosis eficaz del fármaco y por el menor tiempo posible para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales.

7. En la prescripción de antidepresivos en pacientes con TAG, se recomienda ofrecer información detallada sobre: [BPC]

   • Los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y los riesgos de la interrupción brusca del mismo.

   • La no inmediatez del efecto y la necesidad de cumplimiento del tratamiento.

   • Los posibles efectos adversos y advertir que estos generalmente ocurren pronto en el tratamiento, incluso antes de empezar a notar los efectos beneficiosos.

8. Inicialmente, se sugiere citar semanalmente al paciente para monitorizar la adherencia, los efectos adversos y para identificar cualquier empeoramiento de los síntomas hasta que haya una respuesta y los síntomas se hayan estabilizado. [BPC]

9. Si un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina es efectivo en el tratamiento de un paciente con TAG, pero no se tolera, se sugiere cambiar a otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, salvo que se hayan producido reacciones adversas graves o de clase. Si tampoco se tolera el segundo, se sugiere cambiar a un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. [BPC]

10. Se sugiere revisar la respuesta inicial después de 4-6 semanas de tratamiento y no aumentar la dosis antes de dicho periodo. [BPC]

11. Si se produce remisión de los síntomas dentro de las 4-6 semanas del inicio del tratamiento, se sugiere continuar con el mismo aproximadamente de 6 a 12 meses y evaluar el progreso. [BPC]

12. Si se produce una respuesta parcial al tratamiento inicial dentro de las 4-6 semanas del inicio del tratamiento, se sugiere valorar aumentar la dosis del tratamiento dentro del rango terapéutico y monitorizar el progreso. [BPC]

13. Cuando se indique la retirada de la medicación, se recomienda que sea de manera progresiva, con reducción de la dosis durante semanas o meses. [BPC]

14. Si no hay respuesta al tratamiento inicial dentro de las 4-6 semanas del inicio del tratamiento, tras verificar el cumplimiento del mismo, confirmar el diagnóstico y reevaluar la existencia de posibles comorbilidades, se sugiere plantear una modificación del mismo consistente en: añadir terapia psicológica y/o aumentar la dosis dentro del rango de dosis aprobado, o bien cambiar a otro fármaco con diferente mecanismo de acción. [BPC]

15. Si se produce un empeoramiento de los síntomas dentro de las 4-6 semanas del inicio del tratamiento, se sugiere cambiar a otro fármaco con diferente mecanismo de acción. [BPC]

Justificación

Se ha formulado una recomendación débil a favor del uso de los ISRS como primera línea de tratamiento farmacológico en pacientes con TAG moderado, cuyos síntomas no hayan mejorado después de la intervención educativa.

El GAG ha tenido en cuenta la magnitud de los efectos beneficiosos esperados, la calidad de la evidencia, el balance beneficio-riesgo junto con el coste de estos fármacos y la aceptabilidad general de estos fármacos por parte de los pacientes.

Además, relacionadas con la implementación de estas recomendaciones, se han formulado una serie de recomendaciones de buena práctica. Se trata de consideraciones clínicas relevantes orientadas a la estrategia en caso de TAG grave, las consideraciones para la prescripción, la no preferencia de fármacos individuales dentro de la clase y la dosificación, las consideraciones en caso de embarazo, la información que se debe ofrecer al paciente, la alternativa en caso de no tolerancia al tratamiento inicial, la estrategia en caso de TAG grave, la monitorización de la adherencia y la respuesta, la continuación y finalización del tratamiento y, por último, la alternativa a la no respuesta, en base a la experiencia en la práctica clínica del GAG y las recomendaciones de las GPC actuales de calidad metodológica alta sobre el TAG (63,83).

6.1.2. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Pregunta para responder:

- En adultos con TAG, ¿cuál es la efectividad y seguridad comparada de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) frente al placebo?

Recomendaciones

1. Se sugiere el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina de liberación prolongada y duloxetina) en el tratamiento de primera línea de las personas con TAG como alternativa a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. [Débil a favor]
2. Si un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina es efectivo en el tratamiento del paciente con TAG, pero no se tolera, se sugiere cambiar a otro inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, salvo que se hayan producido reacciones adversas graves o de clase. Si tampoco se tolera el segundo, se sugiere cambiar a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. [BPC]

Las recomendaciones de BPC 3-8 y 10-13 formuladas para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ver Apartado 6.1.1.) son también aplicables para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Justificación

Se ha formulado una recomendación débil a favor del uso de los IRSN como alternativa a los ISRS en pacientes con TAG moderado cuyos síntomas no hayan mejorado después de la intervención educativa.

La recomendación se ha basado en la magnitud de los efectos beneficiosos esperados, la calidad de la evidencia, el balance beneficio-riesgo favorable junto con el bajo coste de estos fármacos y la aceptabilidad general de los mismos por parte de los pacientes.

Además, con el objetivo de complementar estas recomendaciones, se ha formulado una recomendación de buena práctica orientada a la alternativa en caso de no tolerancia al tratamiento inicial. La serie de recomendaciones de BPC, que aplican tanto a los ISRS como a los IRSN, son consideraciones para la prescripción, la no preferencia de fármacos individuales dentro de la clase y la dosificación, las consideraciones en caso de embarazo, la información que se debe ofrecer al paciente, la estrategia en caso de TAG grave, la monitorización de la adherencia y la respuesta, la continuación y finalización del tratamiento y, por último, la alternativa a la no respuesta. Para ello, se ha tenido en cuenta la experiencia en la práctica clínica del GAG y las recomendaciones de las GPC actuales de calidad metodológica alta sobre el TAG (63,83).

6.1.3. Otros antidepresivos

6.1.3.1. Agomelatina

Pregunta para responder:

- En adultos con TAG, ¿cuál es la efectividad y seguridad comparada de la agomelatina frente al placebo?

Recomendaciones

1. Se sugiere no usar el antidepresivo agomelatina para el tratamiento de las personas con TAG. [Débil en contra]

Justificación

Se ha formulado una recomendación débil en contra del uso de la agomelatina en pacientes con TAG. El grupo de trabajo ha considerado la mayor evidencia disponible de efectividad sobre otros antidepresivos de primera línea, las consideraciones de seguridad y el coste del fármaco.

6.1.3.2. Vortioxetina

Pregunta para responder:

- En adultos con TAG, ¿cuál es la efectividad y seguridad comparada de la vortioxetina frente al placebo?

Recomendaciones

1. Se sugiere no utilizar el antidepresivo vortioxetina en el tratamiento de las personas con TAG. [Débil en contra]

Justificación

Se ha formulado una recomendación débil en contra del uso de la vortioxetina en pacientes con TAG. El grupo de trabajo ha considerado el balance beneficio-riesgo y el coste no despreciable del fármaco.