

JUAN DAVID VELASQUEZ TIRADO

Médico Universidad Pontificia Bolivariana

Residente de Psiquiatría III año - Universidad de Antioquia

Profesor de Psicopatología - Facultad de Trabajo Social. Universidad Pontificia Bolivariana.

Profesor Departamento de Farmacología y Toxicología. Universidad de Antioquia.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR PARA EL MÉDICO NO PSIQUIATRA

Definición

Trastorno caracterizado por un estado de ánimo persistentemente triste o irritable, anhedonia (pérdida del disfrute en actividades que antes solía disfrutar) y una serie de síntomas de alteración fisiológica y cognitiva. Produce gran deterioro funcional, lo que conlleva a largas incapacidades.

No es secundario a otro trastorno.

Dimensión del problema

Antes de comenzar con la descripción de los elementos diagnósticos y terapéuticos, es importante señalar la influencia y repercusiones que tiene este tipo de trastornos a nivel de la consulta médica general y de familia.

El 74% de los pacientes con Depresión Mayor consultan primero al médico general antes que al Psiquiatra y de estos, el 40% son diagnosticados, y sólo el 20% reciben un tratamiento adecuado.

Puede llegar a ser un fenómeno tan común que del 12.2 – 25% de los pacientes en una sala de espera pueden tener síntomas que satisfagan el diagnóstico de una Depresión Mayor.

Según un reciente informe del Banco Mundial, la Depresión Mayor es la causa más frecuente de incapacidad; aproximadamente 40 días al año (Figura No 1), por lo que constituye la principal carga para los sistemas de salud.

Aunque es muy difícil calcular el costo preciso que tiene para la sociedad, hay algunos países desarrollados que dan una idea sobre las dimensiones del problema. A pesar de que los costos directos (consultas, hospitalizaciones, medicamentos, etc) son significativos, la mayor carga se produce por los costos indirectos, que incluyen el costo

exagerado de sistemas de salud, la prolongación de las hospitalizaciones, el ausentismo laboral y la muerte prematura por suicidio.

Días laborables perdidos por año
(promedio 1989-1992)

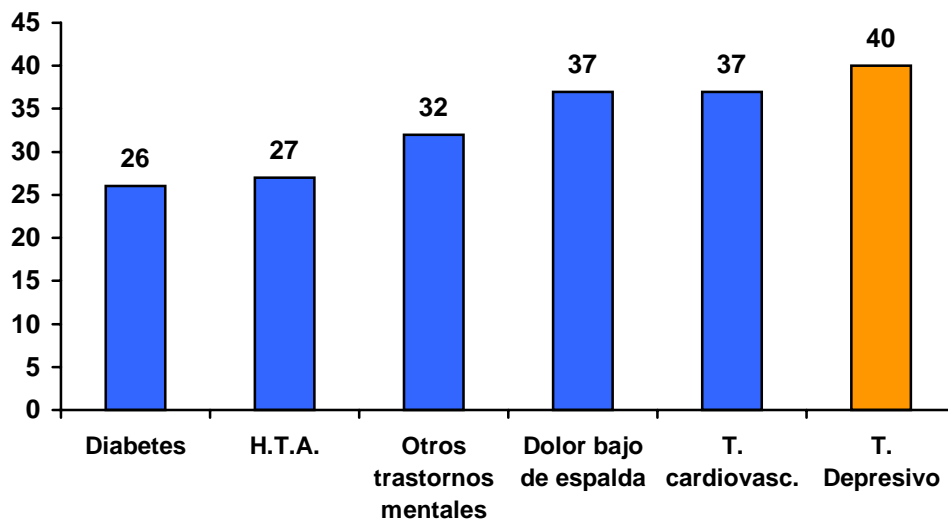
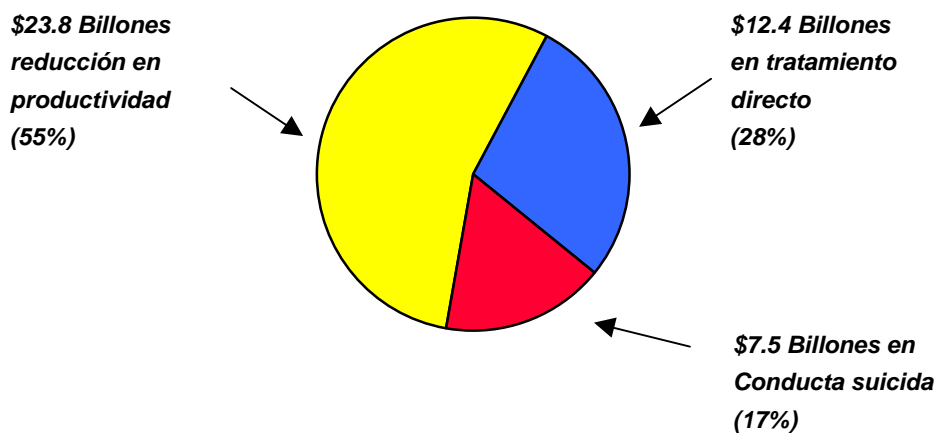


Figura No 1

En Estados Unidos se ha calculado el costo anual de la depresión en 43.7 billones de dolares. De estos sólo el 28% se relacionaba con costos directos de atención a pacientes deprimidos y el 72% se origina por los costos indirectos de la enfermedad. (Figura 2)

Costo anual en los E. U. \$43.7 billones de dólares

Figura 2



Epidemiología

En Colombia, los resultados del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental demostraron una prevalencia anual de depresión del 1.9% y una prevalencia vida del 19.6%, lo cual significa que una de cada cinco Colombianos se han deprimido o se deprimirán en algún momento de su vida, con el grave costo personal, familiar y social que esto conlleva.

Esta prevalencia aumenta notablemente por la presencia de antecedentes personales y familiares de depresión y enfermedades crónicas de base.

En la Tabla 1 se enumeran una serie de enfermedades crónicas en las que la Depresión mayor presenta una alta prevalencia. (Carney y col 1987, Forrester et al. 1992, Burvill et al. 1995 y Gavard et al. 1993).

Aunque la depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, es más común en la etapa más productiva de la vida (25 y 44 años) y más común además en mujeres que en hombres, con una relación 4 a 1.

<i>Enfermedad</i>	<i>Prevalencia de depresión (%)</i>
Enfermedad coronaria	18-23
IAM	16-19
ACV	23-29
Diabetes	9-27

Tabla 1.

Diagnóstico

A pesar de que se han reportado alteraciones significativas en pruebas neuroendocrinas (Test de supresión a la Dexametasona), neurofisiológicas (EEG) e Imagenológicas (RMN, PET y SPECT) ninguna de ellas ha demostrado la suficiente sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la depresión mayor. Es por esta razón que el diagnóstico se basa eminentemente en los hallazgos clínicos evidenciados durante la entrevista con el paciente.

Los síntomas deben estar presentes durante más de dos semanas, con tendencia al empeoramiento.

Estos hallazgos se pueden reunir en tres grandes grupos sintomáticos:

1. Síntomas Emocionales
2. Síntomas Fisiológicos
3. Síntomas Cognitivos
4. Síntomas de Ansiedad.

1. Síntomas Emocionales:

- a. Estado de ánimo deprimido
- b. Irritabilidad
- c. Anhedonia (Incapacidad para obtener disfrute en actividades que anteriormente disfrutaba)

2. Síntomas Fisiológicos:

- a. Insomnio o hipersomnia.
- b. Disminución o aumento del apetito.
- c. Disminución o aumento de peso.
- d. Enlentecimiento motor o agitación.
- e. Disminución de la energía – Fatigabilidad.
- f. Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento convencional, como dolores crónicos diversos, alteraciones Gastrointestinales y menstruales.

En la Tabla 2. se enumeran síntomas inespecíficos sin una causa aparente más comunes en la consulta médica general, descritos por Kroenke y col. en 1989

SINTOMAS COMUNES EN ATENCION PRIMARIA: CAUSAS ORGANICAS vs INEXPLICADAS	
Dolor de pecho	89%
Fatiga	87%
Mareo	82%
Cefalea	90%
Edema	64%
Lumbalgia	90%
Disnea	76%
Insomnio	97%
Dolor abdominal	90%

Tabla 2.

3. Síntomas de Ansiedad: Se pueden presentar hasta en un 60% de los pacientes. Según Watts, la ansiedad es la máscara más común en la Depresión Mayor, esta es experimentada como una incomodidad diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal.
- Aparte del nerviosismo, preocupación y desasosiego que relatan los pacientes están presentes también síntomas autonómicos como: sudoración, palpitaciones, sensación de ahogo y “taco” en la garganta, sequedad de boca, opresión en el pecho, diarrea, etc.
- La presencia de estos síntomas dificulta frecuentemente el diagnóstico preciso de la Depresión mayor, produciendo de esta manera fallos en el tratamiento y pronóstico posterior de la enfermedad.

Tratamiento

Cuando se hace el diagnóstico depresión mayor tanto el médico general como el especialista no psiquiatra están en capacidad de tratarla adecuadamente con un uso adecuado y racional de los medicamentos disponibles en la actualidad.

Sin embargo es de vital importancia explicar claramente al paciente algunas de las características farmacológicas de los antidepresivos, tales como sus efectos adversos, el tiempo de latencia (tiempo necesario para empezar lograr su efecto terapéutico, que es aproximadamente de 2 a 4 semanas) y advertir que la interrupción brusca puede aumentar de manera significativa el riesgo de recaída.

El éxito del tratamiento depende además de usar dosis terapéuticas y luego sostener dichas dosis por un periodo no menor de 8 meses a 1 año.

Dentro del arsenal farmacológico disponible actualmente en nuestro país existen algunos grupos como los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y el trazodone que se encuentran disponibles tanto para el médico general como para el especialista no psiquiatra, y otros medicamentos que por su características farmacológicas y su no inclusión en el plan obligatorio de salud (POS) los hace de uso casi exclusivo del especialista en psiquiatría. Dentro de este último grupo se encuentran: venlafaxina, reboxetina y bupropion.

1. Antidepresivos Tricíclicos.

Se inician con una dosis de 25-50 mgs al día y se aumentan 25 mgs cada 2 ó 3 días según la tolerancia del paciente hasta llegar a dosis promedio terapéutica de 75 a 150 mgs /día. Idealmente deben administrarse en monodosis nocturna excepto en pacientes ancianos, por el riesgo de posibles caídas debidas principalmente a la hipotensión ortostática que producen estos medicamentos.

En la tabla 3 se describen las características de los tricíclicos disponibles en Colombia.

Fármaco	Comercial	Presentación
Imipramina	Tofranil .	Tab 10,25,75 mgs
Amitriptilina	Tryptanol.	Tab 10,25,50 mgs
Clomipramina	Anafranil.	Tab 25 y 75 mgs
Butriptilina	Evadyne.	Tab 25 y 50 mgs.
Maprotilina	Ludiomil.	Tab 25 y 75 mgs

Tabla 3

Efectos adversos

Los principales efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos son: boca seca, constipación, visión borrosa, taquicardia, retención urinaria, hipotensión ortostática, sedación, convulsiones, aumento de apetito y de peso. A dosis terapéuticas pueden alterar la conducción interventricular y tener efecto proarrítmico (quinidínico). En pacientes con Trastorno afectivo bipolar puede inducir viraje de depresión a excitación hipomaniaca o maniaca. No menos importante son los efectos a nivel sexual como impotencia, anorgasmia , disminución de la libido y eyaculación retardada.

Contraindicaciones

- Epilepsia.
- Trastorno afectivo bipolar (T.A.B).
- Glaucoma.
- Embarazo y lactancia.
- I.C.C.
- Hipertrofia prostática.
- Estados confusionales tóxicos.
- En Pacientes con depresión severa e ideación suicida tienen contraindicación absoluta debido al potencial cardiotoxico en sobredosis de estos medicamentos.
- En la actualidad sólo existen estudios que no han demostrado teratogenicidad en animales, sin embargo no se recomienda su uso en mujeres en gestación o lactando.

2. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

Este grupo de medicamentos se caracteriza desde el punto de vista farmacológico en inhibir de manera más selectiva la recaptación de serotonina que la de noradrenalina; Tienen mínima afinidad por los receptores muscarínicos, histamínicos, y alfa 1 y 2 adrenérgicos, lo que explica su perfil favorable de efectos adversos y por lo tanto sean mejor tolerados, además por tener una vida media prolongada pueden administrarse en

monodosis diaria, lo cual, finalmente, va a redundar en una adherencia mucho más adecuada del paciente al tratamiento.

En la tabla 4 se describen algunas características de los ISRS disponibles en nuestro medio.

Son antidepresivos de primera elección en ancianos, pacientes con cardiopatías , prostatismo, glaucoma, TAB y epilepsia.

Fármaco	Comercial	Presentación	Dosis
Fluoxetina	Prozac, Moltoben, Ansilan, Pragmaten, otros	Cápsulas 20 mgs	20-80 mgs
Sertralina	Zolof, Dominium, Lesefer, otros.	Cap y tab 50 y 100 mgs	50-200 mgs.
Paroxetina	Seroxat , Paxan	Tab 20 mgs	10-40 mgs
Fluvoxamina	Luvox, Voxamin.	Tab 100 mgs	50-300 mgs

Tabla 4.

A diferencia de los antidepresivos tricíclicos, generalmente la dosis inicial que se prescribe es la dosis antidepresiva efectiva y tienen una menor toxicidad en sobredosis lo que los hace de elección con depresión severa e ideación suicida asociada.

Efectos adversos

Se Relacionan casi exclusivamente con el aumento de la actividad serotoninérgica sin embargo son dosis dependientes y en la mayoría de los casos disminuyen en el transcurso de dos o tres días, por lo tanto causan con menor frecuencia abandono del tratamiento que los antidepresivos triciclicos.

Los más frecuentes son:

- Náuseas y vómito.
- Gastritis.
- Heces blandas y diarrea.
- Hporexia (disminución del apetito).
- Ansiedad y nerviosismo.
- Cefalea.
- Insomnio
- Temblor.
- Disminución de la libido, impotencia, eyaculación retardada.

Todos en mayor o en menor medida Inhiben la Citocromo P-450 específicamente las subfracciones 2D6, 1A2 y 2C19 lo que hace que aumenten de manera importante los niveles plasmáticos de los medicamentos que se metabolizan por esta vía, entre los cuales están: antidepresivos triciclicos, antipsicóticos típicos, ácido valproico,

carbamazepina, benzodiazepinas, omeprazole, fenitoina, propranolol y teofilina entre otros.

3. TRAZODONE

Comercialmente se conoce con el nombre de Trittico® (Tabletas de 50,100 y 150 mgs de liberación controlada).

Su acción farmacológica consiste en inhibir predominantemente la recaptación de serotonina, sin embargo también ejerce antagonismo sobre los receptores de histamina y alfa 1 adrenérgicos. A diferencia de los tricíclicos, no tiene acción anticolinérgica.

El efecto antidepresivo de este medicamento se logra con dosis superiores a los 450-600 mgs/día, sin embargo a dosis de 50-100 mgs en monodosis nocturna tiene gran utilidad como coadyuvante acompañado de otro tipo de antidepresivo (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor que cursa con insomnio.

El trazodone tiene la ventaja sobre otros hipnóticos que no altera la arquitectura del sueño ni tiene riesgo de dependencia o abuso.

Dentro de sus efectos adversos están: mareos, excesiva sedación e hipotensión postural. El priapismo se presenta en 1 de 6000 casos tratados con trazodone.

4. BUPROPION

Welbutrin® y Odranal®. Tabletas de 150 mgs.

Inhibe recaptación de dopamina.

A diferencia de otros antidepresivos no antagoniza receptores adrenérgicos, colinérgicos ni de histamina, razón por la cual lo hace seguro a nivel cardiovascular, no produce sedación ni disfunción sexual.

La dosis terapéutica fluctúa entre 300 y 450 mgs divididos en 3 dosis.

Efectos adversos: Agitación, insomnio, temblor, náuseas, vómito, cefalea y puede producir convulsiones en 4 de 1000 casos cuando se excede la dosis de 450 mgs/día.

5. VENLAFAXINA

Efexor®. Tabletas 37.5 y 50 mgs, cápsulas 75 mgs (liberación controlada).

Inhibe selectivamente la recaptación de serotonina y noradrenalina sin actuar sobre sistemas colinérgicos ni de histamina.

La dosis terapéutica de este medicamento fluctúa entre 75 y 225 mgs/ día. En caso de utilizar la presentación de liberación controlada se administra en monodosis diaria.

Efectos adversos: Náuseas, somnolencia, mareos, sudoración, temblor. A dosis mayores a 225 mgs/día puede producir crisis hipertensivas.

6. REBOXETINA

Integrex®. Tabletas de 4 mgs.

Inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina.

La dosis terapéutica está entre 4 y 8 mgs/ día repartido en dos dosis diarias.

Efectos adversos: Sequedad bucal, diaforesis, insomnio, agitación, mareos y cefalea.

7. MEDICAMENTOS “NATURISTAS”

Por último está la llamada “Hierba de San Juan” (Saint john´s Wort).

Es conocida comercialmente como Kira ® y Okey.

Su principal compuesto es el Hypericum Perforatum.

Se indican para el tratamiento de la Depresión leve a moderada. Sin embargo hasta la fecha los estudios con este medicamento no han tenido una metodología adecuada y rigurosa. Algunos de estos estudios no tienen control contra placebo y otros se comparan con antidepresivos tricíclicos a dosis subterapéuticas.

Efectos adversos: Reacciones alérgicas y molestias G.I. Boca seca, sedación, cefalea y fotosensibilidad a altas dosis.

Es un gran Inductor de la citocromo P450 3A4, por lo que puede disminuir considerablemente los niveles plasmáticos de: Macrólidos, Benzodiacepinas, citostáticos, antirretrovirales, Calcioantagonistas y estatinas.

Actualmente esta en desarrollo un estudio contra Sertralina a dosis terapéuticas cuyos resultados se darán a conocer aproximadamente en el año 2003.