

27-11-2020

DEPRESION



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

La depresión es un problema frecuente en los pacientes de cuidados paliativos y tiende a ser infradiagnosticado e infratratado. La tristeza y el duelo anticipatorio en un paciente con una enfermedad terminal pueden dificultar la capacidad del médico para diferenciar el sufrimiento existencial de la depresión clínica.

CIENCIAS BÁSICAS

Las estructuras del sistema límbico como el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo probablemente regulan las emociones y el comportamiento². Los neurotransmisores portan mensajes químicos, que transmiten reacciones y emociones mediante neuronas de una célula a otra. Cuando son recibidos por determinados receptores, estos neurotransmisores se detienen o se convierten en impulsos eléctricos.

EPIDEMIOLOGIA Y PREVALENCIA

Las variables frecuencias de depresión en el contexto de los cuidados paliativos fluctúan del 3,7 al 58%³, y el mejor estimador de la prevalencia de la depresión mayor definida de forma operativa es el 15%⁴- La variabilidad ha sido atribuida a la heterogeneidad en las definiciones utilizadas y a las poblaciones estudiadas⁴. Aunque los cuidados paliativos se han centrado históricamente en los pacientes con cáncer avanzado, existe un reconocimiento progresivo de la necesidad de los servicios de cuidados paliativos para los pacientes con enfermedades no neoplásicas.

GENÉTICA

Los estudios apoyan la heredabilidad de la depresión mayor a lo largo de la vida⁶; los que tienen mayor riesgo familiar son aquellos que presentan recurrencias y una edad temprana de inicio. Los estudios epidemiológicos sugieren que la respuesta a las agresiones ambientales como el estrés está moderada por la genética. Las influencias genéticas pueden ser más importantes en mujeres que en hombres.

FISIOPATOLOGIA

Los mecanismos exactos de la depresión no son conocidos. Influye la alteración de la transmisión sináptica. Los nervios se comunican entre sí mediante la síntesis, el almacenamiento, la liberación de neurotransmisores y la inducción de respuestas celulares. La depresión puede estar causada por una alteración de la función en cualquier punto de este proceso químico. La hipótesis de la neurogénesis postula un enlace entre las bajas frecuencias de regeneración neuronal en el hipocampo y la depresión. La neurogénesis del adulto fluctúa según factores ambientales, como el estrés crónico, que se correlaciona con una alteración de la morfología del hipocampo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las pruebas diagnósticas pueden determinar si la depresión está causada por trastornos endocrinos u otros trastornos físicos. Sin embargo, no existe una prueba específica de laboratorio; no existe un instrumento estandarizado para diagnosticar o tratar la depresión. Los factores de riesgo de la depresión son los antecedentes de depresión, la edad (es decir, adulto joven), el sexo femenino, la alteración del estado funcional general, la percepción de apoyo social inadecuado, el dolor no controlado y el estrés.

Para el diagnóstico de la depresión mayor, la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMIV) requiere cinco de nueve síntomas durante 2 semanas consecutivas que representen un cambio en el nivel de funcionamiento previo de la persona.

ENTIDADES MÉDICAS ASOCIADAS

La depresión se ha asociado a varias entidades médicas¹⁰. Esta relación parece ser bidireccional y se cree que muchas entidades médicas aumentan el riesgo, y la depresión aumenta el riesgo de determinadas entidades médicas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes deprimidos con enfermedades avanzadas generalmente consiste en una combinación de antidepresivos y psicoterapia de apoyo. El tratamiento electroconvulsivo (TEC) se utiliza con menor frecuencia.

Farmacoterapia

El tratamiento farmacológico debería basarse en la investigación disponible sobre la eficacia, la tolerabilidad y el perfil de seguridad de los fármacos para minimizar los efectos secundarios y evitar las interacciones farmacológicas. Debido a un mejor perfil de efectos secundarios, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSNA) y los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A (IRMA) son probablemente los más adecuados para los pacientes deprimidos de cuidados paliativos.

Tratamientos alternativos y errores frecuentes

Además de la asistencia más habitual, han surgido muchos tratamientos alternativos. Aunque no es exhaustiva, en la tabla 157-6 se proporciona una lista de tratamientos alternativos publicada con frecuencia en la literatura. La mayoría no han sido evaluados con rigor en ensayos aleatorizados y controlados y su potencial de dañar o beneficiar no se entiende completamente.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Los pacientes de cuidados paliativos que presentan una depresión deberían ser atendidos en función de los mejores estudios disponibles.