

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: DEPRESION.

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.



DEPRESION

La depresión es un problema frecuente en los pacientes de cuidados paliativos y tiende a ser infra diagnosticado e infra tratado. 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. Debido a que la depresión puede minar la calidad de vida y socavar la capacidad de sentir placer, de encontrar un significado y de relacionarse con el medio, los médicos deben tener habilidades en esta importante área. Las estructuras del sistema límbico como el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo probablemente regulan las emociones y el comportamiento. 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. En ambos casos, los neurotransmisores son liberados de sus receptores y vuelven a la sinapsis. Tras la recaptación, son catabolizados por la monoaminoxidasa. Los principales neurotransmisores cerebrales que se cree que regulan las emociones y las reacciones al estrés ligadas a la depresión son la serotonina, la noradrenalina y la dopamina fisiopatología: 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 las monoaminas postula que la depresión se produce debido a déficits funcionales de los transmisores monoaminérgicos cerebrales (p. ej., noradrenalina, dopamina, 5-hidroxitriptamina [5-HT]). El hallazgo de la investigación sobre los transmisores monoaminérgicos en el tejido cerebral y los líquidos corporales post mórtem, la reducción de la función de 5-HT y la depleción de monoaminas han sido inconstantes, lo cual sugiere que la fisiopatología no está ligada únicamente a los mecanismos monoaminérgicos. 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. Los antidepresivos aumentan la neurogénesis en el hipocampo, lo cual sugiere que actúan mediante la reversión o la prevención de la disminución de la neurogénesis. Las citocinas han sido implicadas en la depresión de los pacientes con cáncer. La investigación sugiere asociaciones entre las citocinas inflamatorias.

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. En la población de cuidados paliativos oncológicos, determinadas neoplasias (p. ej., tumores cerebrales, tumores de cabeza y cuello, tumores retroperitoneales) y fármacos (p. ej., esteroides, vincristina, interferon, interleucina, metotrexato intratecal) también se cree que son factores de riesgo.

Para el diagnóstico de la depresión mayor, la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) requiere cinco de nueve síntomas durante 2 semanas consecutivas que representen un cambio en el nivel de funcionamiento previo de la persona. Uno de los síntomas debe ser la pérdida de interés o de la experimentación de placer (anhedonia) o el estado de ánimo deprimido. Para abordar la influencia confusora de los síntomas somáticos en los enfermos cuando se diagnostica una depresión se han propuesto criterios sustitutivos, en los que los síntomas somáticos de los criterios del DSM-IV son eliminados y sustituidos por rasgos psicológicos de depresión, como la rumiación melancólica, el pesimismo y la apariencia deprimida.

Características diagnósticas de la depresión: Criterios del episodio depresivo mayor

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es bien (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la experimentación de placer. Nota. No incluir síntomas que claramente se deben a una entidad médica general, o delirios o alucinaciones no coherentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como se indica bien mediante comunicación subjetiva (p. ej., se siente triste o vacío) o bien

mediante observaciones realizadas por otros (p. ej., parece lloroso). Nota. En niños y adolescentes puede ser estado de ánimo irritable.

2. Disminución importante del interés o la experimentación de placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se indica bien mediante comunicación subjetiva u observación realizada por otros).

3. Pérdida de peso significativa sin realizar dieta o ganancia de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o la reducción o el aumento del apetito casi todos los días. Nota. En los niños, considerar la no ganancia del peso esperable.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observable por otros, no sentimientos meramente subjetivos de inquietud o lentitud).

6. Astenia o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de minusvalía o de culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no sólo autorreproches o sentimientos de culpa sobre su enfermedad).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (bien mediante comunicación subjetiva o mediante observación realizada por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento suicida o un plan específico para cometer suicidio.

B. Los síntomas no cumplen criterios de episodio mixto.

C. Los síntomas causan un sufrimiento clínicamente significativo o un trastorno en las áreas social, laboral u otras importantes áreas de funcionamiento.

D. Los síntomas no se deben a los efectos psicológicos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso, fármaco) o a una entidad médica general (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por una situación de duelo; es decir, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una afectación funcional importante, una preocupación mórbida

con sentimientos de minusvalía, una ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Entidades médicas asociadas a la depresión:

Trastornos metabólicos → Hipertiroidismo Acromegalia, Hipotiroidismo Insulinoma, Trastornos suprarrenales Hipopituitarismo.

Trastornos neurológicos → Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Alzheimer, Trastornos cerebrovasculares, Enfermedad de Huntington.

Trastornos metabólicos → Trastornos electrolíticos, Enfermedad de Wilson, Uremia. Anemia perniciosa.

Tumores → Carcinoma de células de avena, Leucemia, Carcinoma de páncreas, Tumores del sistema nervioso central, Linfoma-

Enfermedades infecciosas → Mononucleosis infecciosa, Gripe, Hepatitis Sífilis, Tuberculosis, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Encefalitis

Enfermedades del colágeno → Lupus eritematoso Artritis reumatoide sistémico. vascular → Arteritis de células gigantes.

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. 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

Bibliografía:

Susan E. McClement y Harvey Max Chochinov. (2011). DEPRESION. En Medicina paliativa de Walsh(865-871). España: Elsevier Saunders.