

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“DEPRESION”

**ALUMNO: ALEJANDRA VELÁSQUEZ
CELAYA.**

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

UNIDAD: 3

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE
2020**

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.

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.

Los estudios apoyan la heredabilidad de la depresión mayor a lo largo de la vida; los que tienen mayor riesgo familiar son aquellos que presentan recurrencias y una edad temprana de inicio.

Las influencias genéticas pueden ser más importantes en mujeres que en hombres. 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]).

Los hallazgos 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, la caquexia y los síntomas depresivos.

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.

Instrumentos de cribado estándar como la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), autodeclarada para los trastornos del estado de ánimo, y el Mini-Mental State Examination (MMSE) o el Mental Status Schedule (MSS) para la afectación cognitiva ayudan a cribar la presencia de depresión y a establecer la información basal para medir la progresión.

Debido a la falta de sensibilidad y especificidad, estos instrumentos no deberían sustituir a la valoración mediante la entrevista, que sigue siendo el patrón oro para su detección.

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.

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.

- Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. Barcelona, España: Elsevier.