

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA:
LICENCIATURA

MEDICINA HUMANA
MEDICINA HUMANA

CATEDRÁTICO:
CATEDRÁTICO

DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO
DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

MATERIA:
MATERIA

NEUROLOGÍA
NEUROLOGÍA

ALUMNO:
ALUMNO

JOSUÉ DE LEÓN LÓPEZ
JOSUÉ DE LEÓN LÓPEZ

TRABAJO:
TRABAJO

MAPA CONCEPTUAL
MAPA CONCEPTUAL

FECHA:
FECHA:

01/06/22
01/06/22

LUGAR:
LUGAR:

TAPACHULA CHIAPAS
TAPACHULA CHIAPAS

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Definición

La depresión mayor se define como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de dos semanas.

Manifestaciones clínicas

El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y suele asociarse a cambios de los modelos de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motor; fatiga; pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza, y pensamientos relacionados con la muerte.

El trastorno depresivo persistente (trastorno distímico)

consiste en un conjunto de síntomas depresivos constantes y crónicos (por al menos dos años), que por lo regular son menos intensos, menos numerosos (o con ambas características), que los observados en la depresión mayor, pero sus consecuencias funcionales pueden ser equivalentes o incluso más intensas

Los trastornos depresivos unipolares

en los ancianos, los síntomas depresivos se pueden asociar a confusión mental y asemejarse a demencia ("pseudodemencia").

Los pacientes en la fase de duelo o pesar pueden presentar muchos de los síntomas de la depresión mayor, aunque por lo regular se concede importancia a los sentimientos de vacío y pérdida, y no a la anhedonia y pérdida de la autoestima, y su duración por lo común es limitada

por lo común comienzan al principio de la etapa adulta y reaparecen episódicamente durante toda la vida. El elemento que mejor predice el riesgo futuro es el número de episodios previos; 50 a 60% de los pacientes que tienen un primer episodio tendrá como mínimo una o dos recidivas.

que se manifiesta por comienzo y remisión de los episodios en épocas predecibles del año. Este trastorno es más frecuente en mujeres; sus síntomas consisten en anergia, fatiga, aumento de peso, hipersomnia y ansiedad episódica (un síndrome de abstinencia) de hidratos de carbono.

Criterios diagnósticos de un episodio de depresión mayor

Estado de ánimo deprimido casi todo el día, la mayor parte de los días, indicado por el propio paciente (p. ej., se siente triste o vacío) u observado por terceros (p. ej., parece lloroso)

Pérdida marcada del interés o del placer por todas o casi todas las actividades, casi todo el día, la mayor parte de los días (indicado por el propio paciente)

Cansancio o pérdida de energía casi todos los días

sensación de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que puede ser delirante), casi todos los días (no sólo autorreproches o sensación de culpa por estar enfermo)

Pérdida de peso significativa en ausencia de dieta de adelgazamiento, o ganancia ponderal (p. ej., cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o aumento o pérdida del apetito casi todos los días

insomnio o hipersomnia casi todos los días

agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por terceros, no sólo la sensación subjetiva de inquietud o de lentitud)

Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (indicado por el propio paciente u observado por terceros)

ideas de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico, o intento de suicidio, o plan específico de suicidio

TRATAMIENTO TRASTORNOS DEPRESIVOS

Determinar si existe antecedente de respuesta adecuada a un fármaco en el paciente o un familiar en primer grado; de ser el caso, considerar el uso de ese fármaco si es compatible con las consideraciones del paso 2

Valorar las características del paciente y elegir el fármaco más adecuado; considerar su estado de salud, el perfil de efectos secundarios, la comodidad, el costo, las preferencias del paciente, el riesgo de interacción medicamentosa, la posibilidad de suicidio y los antecedentes de cumplimiento con la medicación

Instaurar la nueva medicación a 1/3 o 1/2 de la dosis objetivo si el fármaco es un TCA, bupropión, venlafaxina o mirtazapina; si es un SSRI, a la dosis completa, según la tolerancia

Si ocurren efectos secundarios problemáticos, valorar la posibilidad de tolerancia; considerar la reducción transitoria de la dosis o añadir un tratamiento coadyuvante

Si persisten efectos secundarios inaceptables, reducir progresivamente las dosis a lo largo de una semana y probar con otro agente; al hacer la elección, valorar la posibilidad de interacciones farmacológicas

Valorar la respuesta después de seis semanas con la dosis objetivo; si es insuficiente, aumentar la dosis de manera escalonada, según se tolere

Si la respuesta es insuficiente con la dosis máxima, considerar la reducción progresiva y el cambio a otro fármaco, o bien la adición de tratamiento coadyuvante; si el fármaco es un TCA, medir los valores plasmáticos como guía para el tratamiento ulterior

TRATAMIENTO TRASTORNOS DEPRESIVOS

Diagnóstico diferencial

Los SSRI, como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram tienen menor frecuencia de efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares, pero, posiblemente, mayor incidencia de molestias digestivas, alteraciones del sueño y disfunción sexual, en comparación con los TCA

Entre los SSRI disponibles, el escitalopram es el más específico y al parecer no ejerce efectos inhibidores específicos en el sistema de P450.

Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, vilazodona, vortioxetina y levomilnacipram bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina, pero producen pocos de los efectos colaterales de los fármacos tricíclicos usuales.

Los antidepresivos de segunda generación son semejantes a los tricíclicos en su efecto en la recaptación del neurotransmisor, a pesar de que algunos también poseen acciones específicas en los receptores de catecolaminas e indolaminas. La amoxapina es una dibenzoxazepina que bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina; tiene un metabolito que causa cierto grado de bloqueo de la dopamina

El diagnóstico diferencial de la manía incluye manía secundaria a fármacos estimulantes o simpaticomiméticos; hipertiroidismo; sida; trastornos neurológicos, como las enfermedades de Huntington o de Wilson, y apoplejías. Es común el abuso concurrente de alcohol y sustancias, ya sea por el juicio alterado y la impulsividad aumentada o por un intento de automedicación para los síntomas anímicos y los trastornos del sueño subyacentes.