

DEPRESIÓN EN EL ADULTO

R3 Carlos Galera Román

CS Cartagena Este

ÍNDICE

- ▶ EPIDEMIOLOGÍA
- ▶ FACTORES DE RIESGO
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ TRATAMIENTO
- ▶ OTRAS SITUACIONES

EPIDEMIOLOGÍA

- ▶ La depresión es un importante problema de salud pública. Se estima que afecta a más de **264 millones** de personas en el mundo, y es una de las principales causas de **discapacidad**.
- ▶ En España constituye uno de los problemas de salud mental más frecuentes.
- ▶ Afecta **al 5,28 %** de la población adulta, con mayor prevalencia en mujeres.
- ▶ Pico máximo de incidencia entre los 18-44 años.

FACTORES DE RIESGO

Es un proceso multifactorial que engloba:

- ▶ Factores **personales y sociales**:

- ▶ Más frecuente en personas con bajos recursos económicos, desempleo y estado civil soltero, viudo o divorciado.

- ▶ Factores **cognitivos**

- ▶ Rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor.
- ▶ Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor

- ▶ Factores **familiares y genéticos**

DIAGNÓSTICO

Al menos 2 de los 3 síntomas considerados típicos de la depresión:
ánimo depresivo
pérdida de interés
capacidad para disfrutar y
aumento de la fatigabilidad y
el episodio debe durar al menos dos semanas.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

- ~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- ~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- ~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
- ~ Empeoramiento matutino del humor depresivo
- ~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- ~ Pérdida marcada del apetito
- ~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- ~ Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

DIAGNÓSTICO

- ▶ Para ayudar al diagnóstico de esta enfermedad podemos realizar el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) destacando 2 preguntas fundamentales:
 - 1) **Durante el último mes ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?**
 - 2) **Durante el último mes, ¿ha sentido tener poco interés o placer en hacer las cosas?**
- ▶ En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las 2 preguntas habría que realizar un cuestionario más detallado:

Una respuesta afirmativa en 5 o más indicaría un trastorno depresivo mayor

a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ

RIESGO DE SUICIDIO

- ▶ Siempre preguntar a las personas con depresión directamente acerca de la ideación suicida y la intención.
- ▶ Si hay riesgo de autolesión o suicidio:
 - ▶ Evaluar si tiene un apoyo social adecuado y es consciente de las fuentes de ayuda.
 - ▶ Organizar la ayuda adecuada al nivel de necesidad.
- ▶ Riesgo de suicidio 4 veces mayor en personas con depresión.

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

- ▶ La depresión en ancianos se asocia con frecuencia a **patologías somáticas** agudas o crónicas.
- ▶ El 25% de la población mayor de 65 años tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico, y la depresión es el más frecuente.
- ▶ Mayor prevalencia en pacientes **institucionalizados**.
- ▶ Los síntomas hipocondríacos aparecen en el 65% de los ancianos con depresión y tienen relevancia, ya que se han descrito como factor de riesgo para el suicidio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN EN EL ANCIANO FRENTE A DEMENCIA

Diagnóstico diferencial de depresión en el anciano frente a demencia		
	Depresión en el anciano	Demencia
Comienzo	Lento o agudo	Lento y progresivo
Evolución	El orden cronológico de los eventos se puede recordar	La historia de la enfermedad no puede ser recuperada por el paciente
Calidad de vida	Disminuida	El paciente no experimenta su enfermedad como un problema
Memoria	Capacidad disminuida para pensar o concentrarse	Disminuida. Alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información aprendida
Lenguaje y praxias	Normales	Disminuidos
Afecto	Apático, ánimo depresivo, enlentecimiento psicomotor Problemas somáticos (insomnio, dolor, debilidad, etc.)	Labilidad emocional

Somático	Baja energía Variación diurna del ánimo	
Pronóstico	Tratable	Irreversible

TRATAMIENTO

- ▶ Se distinguen dos fases:
- ▶ fase aguda → control y remisión de los síntomas actuales
- ▶ fase de mantenimiento → prevención de la recaída / recurrencia.
- ▶ Se reevaluará a las 2-4 semanas de iniciado el tratamiento
 - Si hay respuesta, debemos continuar hasta la semana 6-8, reevaluando la respuesta. Si se ha alcanzado la remisión, y el paciente no presenta ningún factor de riesgo, se debe mantener el tratamiento durante 6 ó 9 meses.
 - Si no ha habido respuesta a la semana 2-4 o ésta ha sido mínima, debemos comprobar la adherencia y toma adecuada del tratamiento

TRATAMIENTO

► Factores de riesgo de recurrencia

Episodios frecuentes o recurrentes.
Episodios graves (acompañados de psicosis, riesgo de suicidio o discapacidad grave).
Episodios crónicos o difíciles de tratar.
Presencia de comorbilidades psiquiátricas o médicas.
Síntomas residuales.

TRATAMIENTO

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

	Sertralina	Escitalopram	Fluoxetina	Fluvoxamina	Paroxetina
Dosis	Adultos: 100-200 mg/día Ancianos: 50-200 mg/día	Adultos: 15-20 mg/día Ancianos: 5-10 mg/día	Adultos: 20-80 mg/día Ancianos: 10-40 mg/día	Adultos: 100-200 mg/día Ancianos: 50-20 mg/día	Adultos: 20-50 mg/día Ancianos: 10-40 mg/día
Elección	IR (no ajuste dosis. Si se puede en diálisis) Cardiopatías. Embarazo y Lactancia. Ancianos y Polimedicados (pocas interacciones).	Ancianos y Polimedicados (pocas interacciones farmacológicas)	Atracones, Hiperfagia, Obesidad		
Efectos 2os	Diarrea	Prolonga QT	Anorexia	Muchas interacciones farmacológicas (inh citocromo P450) → aumentando los niveles plasmáticos de otros fármacos	Sd retirada, Disfunción sexual

TRATAMIENTO

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

	Venlafaxina	Desvenlafaxina	Duloxetina
Dosis	Adultos: 150-300 mg/día (<150mg es un ISRS) Ancianos: 150-300 mg/día	Adultos: 50-200 mg/día Ancianos: 50-200 mg/día	Adultos: 60-120 mg/día Ancianos: 30-120 mg/día
Elección		No ajuste de dosis en IH ni en IR leve. Pocas interacciones farmacológicas. Mejor tolerabilidad y menor disfunción sexual que la venlafaxina.	Dolor (neuropático periférico), Fibromialgia
Efectos 2os	Anorexia, náuseas, aumento de la TA, Cefalea	Anorexia, náuseas, aumento de la TA, Cefalea	Nauseas, Cefalea, Sudoración, aumento de la TA

TRATAMIENTO

OTROS

VORTIOXETINA

Dosis:

Adultos: 15-20 mg/día

Ancianos: 5-20 mg/día

Elección:

Pocas interacciones
farmacológicas

No
aumento de peso

Menor disfunción
sexual

Mejoría síntomas
cognitivos

MIRTAZAPINA

Dosis:

•Adultos: 15-45 mg/día

•Ancianos: 15-45 mg/día

•Para el insomnio una
dosis de 7,5mg puede
ser suficiente.

•Poca disfunción sexual

•Efectos 2os:

•Sedación (dar por la
noche), aumento apetito,
hipotensión

TRAZODONA

Dosis:

•Adultos: 200-400 mg/día (máxima
600mg)

•Ancianos: 150-400 mg/día

•Uso más frecuente: hipnótico

•Para el insomnio, una dosis de 25-
50mg puede ser suficiente. Aunque
es posible que se necesiten 100-
200mg.

•Como ansiolítico (por el día) a
dosis bajas de 25-50mg.

•Efectos 2os: Sedación, priapismo,
asma en alérgicos a AAS,
hipotensión.

•CI en IAM reciente (riesgo bloqueo
cardíaco)

NUEVOS TRATAMIENTOS

El tratamiento de esketamina intranasal en combinación con un antidepresivo oral ha demostrado ser eficaz y seguro en pacientes con depresión resistente al tratamiento.

Spravato™
(esketamine) Ⓒ
nasal spray



OTRAS SITUACIONES

Adolescentes	Fluoxetina	Considerar derivar al Psiquiatra.
Ancianos	Sertralina Citalopram Mirtazapina	Iniciar con la dosis más baja posible. En caso de citalopram no superar dosis de 20mg/día (AEMPS. NI 19/2011). No se recomiendan los AD con efecto anticolinérgico (ATC, Otros).
Embarazo	Sertralina Citalopram	Evitar paroxetina. Si se inicia con fluoxetina, considerar retirar en el tercer trimestre. Valorar balance beneficio-riesgo del AD.
Lactancia	Sertralina Paroxetina	

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Revisada en mayo de 2023. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06
- ▶ Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. ANTIDEPRESIVOS: selección y deprescripción. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento Subdirección de Farmacia y Prestaciones Servicio Andaluz de Salud. 2022
- ▶ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)