



Depresión

Margarita González
Médico de Atención Primaria

La depresión es un problema de salud grave debido a su alta prevalencia y la importante morbimortalidad.

Los trastornos depresivos son uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Se calcula que un 10% de estas consultas se debe a un problema afectivo. De los pacientes con depresión, sólo un 10% son tratados por psiquiatras, el 90% restante recibe tratamiento en atención primaria.

Clasificación de los trastornos afectivos (CIE-10)

Esta clasificación, consenso entre los psiquiatras de todo el mundo bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó la última versión en 1992.

Los trastornos afectivos se dividen en:

- Episodio maniaco: caracterizado por un aumento de la cantidad y velocidad de la

actividad física y mental con exaltación del humor, verborrea, ideas de grandeza, pérdida de la inhibición, dificultad para mantener la atención, gastos excesivos, proyectos extravagantes, etc.

- Episodio depresivo: con las características de tristeza, inhibición, minusvalía, culpa y pérdida del impulso vital, puede presentarse de forma aislada en la vida o bien tratarse de un primer episodio. Debe durar al menos dos semanas para ser considerado como tal.
- Trastorno bipolar: se suceden episodios de depresión y de manía a lo largo de la vida, con cortos periodos de remisión entre ambos.
- Trastorno depresivo recurrente: episodios repetidos de depresión sin episodios de manía. Suele iniciarse más tarde que el trastorno bipolar, hacia la quinta década de la vida, y es dos veces más frecuente en mujeres.

© KAREN SQUIRES/STOCKPHOTO



- Trastorno del humor persistente: a lo largo de la vida, pueden producirse episodios de intensidad fluctuante y de duración corta, lo que no permite clasificarlos como manía o depresión. Comprende la ciclotimia y la distimia, según predomine la alternancia de depresión y euforia leves o bien la depresión crónica leve sin episodios de euforia.
- Otros trastornos del humor: aislados cuando, al menos durante dos semanas, se produce una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, y recurrentes si duran menos de dos semanas y se caracterizan por depresión, como los que ocurren durante el ciclo menstrual.
- Trastornos del humor sin especificar: se incluyen en este apartado los que no pueden clasificarse dentro de ninguno de los anteriores.

Esta clasificación, un tanto académica para la práctica en atención primaria, quizá sea poco útil para el enfoque y tratamiento del paciente. Las formas de presentación de la enfermedad, es decir, los síntomas y signos con los que el paciente depresivo aparece ante nosotros son la auténtica fuente de datos para el diagnóstico.

Clínica de la depresión

En la consulta de atención primaria existen muchas formas de presentación, del enfermo con depresión. En ocasiones, se reconoce rápidamente el cuadro y otras no manifiesta los síntomas típicos, por lo que puede pasar desapercibido y no diagnosticarse.

Los motivos de consulta más frecuentes son:

- Trastornos del sueño: sobre todo el insomnio, aunque a veces la somnolencia excesiva es también motivo de queja. En ocasiones, el sueño no es reparador: «me levanto más cansado que cuando me acuesto».
- Fatiga o cansancio excesivo que no mejora con el sueño.
- Quejas físicas, múltiples y variadas, que no se ajustan a ningún patrón orgánico de enfermedad, lo que da lugar a hiperfrecuentación y, en muchas ocasiones, a la realización de analíticas y pruebas complementarias que no serían necesarias si se llega a la sospecha diagnóstica precozmente.
- Dificultad para la expresión verbal de las emociones: la expresión facial, el tono de

voz, el llanto fácil ante cualquier tipo de comentario, pueden orientar sobre el estado anímico del paciente que los síntomas que refiere.

- Problemas de memoria: es un síntoma muy frecuente que obliga a descartar una posible depresión ante todo paciente que refiere pérdida de memoria.
- Ansiedad: si los síntomas aparecen por primera vez después de los 30 años, hay que pensar en un cuadro de depresión antes que en un cuadro de ansiedad.
- Tristeza, abatimiento, llanto y pérdida de apetito son síntomas con frecuencia expresados por el paciente en los casos en que el diagnóstico es sencillo.

Tratamiento farmacológico

Si el cuadro clínico lo permite, es razonable esperar dos o tres semanas antes de iniciar tratamiento con antidepresivos y observar la evolución tras advertir al paciente de que acuda antes si los síntomas empeoran, dado que es frecuente que casos leves remitan sin tratamiento. Si los síntomas son muy penosos para el enfermo o de larga evolución, es conveniente iniciar cuanto antes el tratamiento, ya que la duración, gravedad, riesgo de cronicidad y de complicaciones son menores si éste se inicia de forma preventiva.

Es muy importante informar al paciente de la existencia de un periodo de latencia, de al menos dos semanas, de los fármacos antidepresivos; durante este periodo no se debe esperar mejoría de los síntomas y hay que insistir en que se debe continuar el tratamiento a pesar de ello. Quizás ayude al cumplimiento añadir benzodiazepinas al inicio, sobre todo si existe insomnio o ansiedad, para que el alivio de estos síntomas tan molestos facilite la espera del comienzo de acción de los antidepresivos. Sea como sea, las benzodiazepinas se retirarán lo antes posible, una vez conseguida la mejoría del paciente.

Es conveniente comentar la posibilidad de la aparición de efectos secundarios, molestos para el paciente, que irán desapareciendo a medida que avanza el tratamiento.

Antidepresivos tricíclicos (ADT) y heterocíclicos

Inhiben la recaptación de varios neurotransmisores en la presinapsis neuronal (adrenali-

«De los pacientes con depresión, sólo un 10% es tratado por psiquiatras, el 90% restante recibe tratamiento en atención primaria»



na, noradrenalina, serotonina, histamina, acetilcolina, dopamina). Tienen una semivida larga, se metabolizan en el hígado y se excretan en el riñón. Producen efectos anticolinérgicos y cardiotoxicidad; son muy peligrosos en sobredosis.

El uso de estos fármacos requiere entrenamiento para el manejo de los efectos secundarios, que son molestos y, con frecuencia, graves. Mejoran tras los primeros días de tratamiento, no aumentan al incrementar la dosis. La dosis única nocturna mejora la tolerancia.

- Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, sedación, temblor, hipertensión ocular, hipotensión ortostática.
- Efectos adrenolíticos: bloqueo cardíaco, arritmias graves.
- Efectos antihistamínicos: sedación, aumento de peso.
- Efectos antidopaminérgicos: acatisia, síntomas psicóticos.

Estos efectos adversos hacen que los ADT estén contraindicados en pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio reciente, bloqueos cardíacos, alargamiento de la QT e insuficiencia cardíaca.

Pertenecen al grupo de los tricíclicos: imipramina, amitriptilina, clomipramina y trimipramina, y al de tetracíclicos: maprotilina, mianserina y trazodona.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): inhiben la recap-

«Los síntomas y signos con los que el paciente depresivo aparece ante nosotros son la auténtica fuente de datos para el diagnóstico»

tación de serotonina, con lo que aumenta su disponibilidad en el sistema nervioso central.

Hay pocas diferencias en eficacia, seguridad y tolerancia entre los distintos ISRS. Tienen menos efectos secundarios y menos graves que el grupo anterior, por lo que, actualmente, son los más prescritos.

Las principales reacciones adversas son nerviosismo, insomnio, náuseas, cefaleas y temblores, que desaparecen al continuar con el tratamiento. Quizás el efecto que más trastorno produce a largo plazo es la disfunción sexual (alteraciones de eyaculación e impotencia en hombres, anorgasmia en mujeres) porque, a diferencia de los anteriores, no desaparece al continuar el tratamiento.

La suspensión brusca de las dosis suele dar lugar a «síntomas de discontinuación», como mareos, náuseas, temblores, parestesias, ansiedad y palpitaciones, por lo que se recomienda ir disminuyendo progresivamente la dosis hasta suprimir el tratamiento. Son de este grupo: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram.

Inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina

A este grupo pertenecen venlafaxina, con acción dual en dosis elevadas (actúa en dosis bajas como un ISRS más), y duloxetina, con efecto dual en las dosis habituales.

Pueden ser útiles en casos de fracaso terapéutico con otros tratamientos.

Otros grupos

Existen otros grupos de antidepressivos muy poco prescritos por los médicos de atención primaria; su uso queda limitado prácticamente al ámbito de médicos psiquiatras:

- Inhibidores de la aminoxidasa (IMAO).
- Antagonistas de receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos 5HT₂ y 5HT₃ (mirtazapina).
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (reboxetina).
- Inhibidores mixtos de la recaptación de noradrenalina y dopamina (bupropión).
- Antagonistas de receptores 5HT₂ (trazodona y nefazodona).

Interacciones

En general, los antidepressivos no causan importantes interacciones farmacológicas, sobre



«Si el cuadro clínico lo permite, es razonable esperar dos o tres semanas antes de iniciar tratamiento con antidepresivos y observar la evolución»

todo los ISRS; sin embargo, el paciente depresivo, sobre todo el de edad avanzada, suele tener prescritos tratamientos previos cuando inicia la toma de fármacos para la depresión, por lo que esta circunstancia condiciona, a veces, la elección del fármaco. Así, en pacientes polimedicados suele ser una buena elección citalopram, con menos interacciones, mientras que los tricíclicos deben evitarse en consumidores de alcohol o sustancias sedantes.

Actitud práctica

Actualmente, los ISRS han desplazado en la práctica a los ADT, y se consideran de elección en la mayoría de los casos, especialmente en ancianos, pacientes con cardiopatías o con problemas de próstata o alcohol, con depresión asociada a trastornos de pánico y de adaptación con inhibición social importante.

En jóvenes, sin cardiopatía subyacente o pacientes que los hayan tolerado bien previamente, puede iniciarse tratamiento con ADT, pues no producen disfunción sexual y la eficacia antidepresiva es la misma.

En ocasiones, también pueden utilizarse los efectos adversos de los fármacos en beneficio del paciente; en caso de insomnio o de falta de apetito, por ejemplo, puede recomendarse un antidepresivo sedante por las noches (p. ej.: mirtazapina, trazodona o tricíclicos). Si lo que preocupa es el sobrepeso, fluoxetina ayuda a reducir el ansia de

picotear. En pacientes enuréticos, puede ser útil el efecto anticolinérgico de los tricíclicos, que produce retención urinaria. En caso de eyaculación precoz, los ISRS pueden ser también de utilidad.

Síndrome serotoninérgico

Está inducido por medicación y atribuido a una estimulación excesiva del sistema serotoninérgico. Aparece con más frecuencia en enfermos tratados con dos o más fármacos a la vez (ISRS + ISRS o un ISRS + IMAO), aunque, en ocasiones, puede producirse en pacientes que toman un único fármaco ISRS.

Los principales síntomas son inquietud, letargia, confusión, rubefacción, temblor y mioclonías. Progresivamente, van apareciendo hipertermia, hipertensión, rabdomiólisis, insuficiencia renal y muerte.

Es necesario diagnosticar rápidamente el síndrome, para retirar la medicación e iniciar las medidas de apoyo de forma urgente.

Remisión, mantenimiento y prevención de recaídas

El tratamiento farmacológico de la fase aguda tiene por objeto resolver los síntomas depresivos. Esto se consigue en un 65-75% de los casos con dosis adecuadas de un único antidepresivo. El inicio del tratamiento puede hacerse con la mitad de la dosis y, en un periodo de cinco a siete días, puede pasarse a dosis completa, teniendo en cuenta que la respuesta clínica al tratamiento no se producirá hasta pasadas 2-4 semanas.

Puede evaluarse al paciente al final de la tercera semana y, si no se produce ninguna mejoría, aumentar la dosis; si se produce mejoría, aunque sea leve, debe esperarse.

Una vez conseguida la desaparición de los síntomas o su remisión, se trata de evitar la recaída y, para ello, se continúa con el tratamiento de mantenimiento en las mismas dosis durante al menos 6 meses más.

La probabilidad de sufrir una recaída es mucho menor si se ha realizado correctamente el tratamiento de mantenimiento. A pesar de ello, más de un 10% presentará nuevos episodios de depresión, por lo que conviene advertir al paciente y a su familia de esta posibilidad, y de la conveniencia de reconocer precozmente los síntomas para iniciar tratamiento cuanto antes y evitar la exacerbación completa.

© QUAVONDO NGUYEN/STOCKPHOTO



«Cualquier miembro del equipo de atención primaria que tenga sospecha diagnóstica de un caso de depresión debe poner al enfermo en situación de recibir ayuda»

Retirada del tratamiento

Una vez superado el periodo de riesgo de recaídas, se plantea la suspensión del tratamiento. Debe hacerse de una forma gradual, disminuyendo la dosis a lo largo de al menos cuatro semanas, para reducir la posible aparición del síndrome de retirada. Si, a pesar de estas medidas, se presentan síntomas, puede añadirse una benzodiacepina o sustituir el fármaco que se está retirando por fluoxetina en las mismas dosis, ya que, al tener una semivida mayor, permite una retirada más cómoda.

Derivación a salud mental

El médico de atención primaria es el encargado de la detección precoz y el abordaje del enfermo con trastornos afectivos; es, por tanto, el responsable de la valoración de la gravedad del proceso y de decidir la conveniencia o no de derivar al paciente a otro nivel asistencial.

Existen una serie de síntomas o situaciones que aconsejan el envío del enfermo al psiquiatra:

- Presencia de síntomas psicóticos.
- Ideas suicidas.
- Trastorno bipolar.
- Síndrome depresivo grave.
- Falta de respuesta a un tratamiento farmacológico adecuado.
- Petición del paciente.
- Dudas diagnósticas, graves efectos secundarios o enfermedades concomitantes que dificulten el manejo de antidepresivos.

En algunas de estas situaciones, se requerirá hospitalización; en otras, es necesario asociar al antidepresivo neurolépticos o terapia anticonvulsivante; en todos los casos, se trata de una enfermedad grave que debe ser manejada por el especialista en psiquiatría.

Papel del equipo de atención primaria

Es muy importante que cualquier miembro del equipo de atención primaria que tenga sospecha diagnóstica de un caso de depresión actúe y ponga al enfermo en situación de recibir ayuda. A veces, el paciente desconoce por completo su situación de enfermedad, otras se considera enfermo pero desconoce que existe posibilidad de tratamiento y, en algunos casos, rechaza el diagnóstico por asociarlo a connotaciones sociales negativas («van a creer que estoy loco...»).

En personas diagnosticadas y que acaban de iniciar el tratamiento, el refuerzo de la información en la farmacia es una gran ayuda; debe insistirse en el periodo de latencia y en la posibilidad de efectos secundarios, así como en la detección de posibles incompatibilidades farmacológicas.

Cuando se haya conseguido la remisión, también se requiere consejo sobre la necesidad de continuar con el tratamiento y el momento de la retirada; la explicación y vigilancia de la pauta medicamentosa requiere colaboración médico-farmacéutico. ■

Bibliografía

- De La Gándara JJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20(7): 389-394.
- Grupo de trabajo de depresión de la semFYC. Depresión.
- Grupo de trabajo de salud mental de SEMERGEN. Depresión y ansiedad.
- Grupo de trabajo de la Comisión Nacional para uso racional de los medicamentos antidepresivos. Servicio de Documentación y publicaciones del Instituto Nacional para la Salud.
- Molina Martín JD y Andrade Rosa C. Manejo de la enfermedad depresiva en atención primaria. Ergon Eds. 2006.
- OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid. 1992.
- OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria. Meditor. Madrid. 1996.
- Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Grupo Aula Médica. 1998.