

DEPRESIÓN

DEFINICIONES

DEPRESIÓN

Es un síndrome clínico caracterizado por ánimo depresivo, (tristeza patológica) irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer (anhedonia) alteraciones en el sueño y el apetito, agitación o retardo psicomotor, falta de energía, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, desvalimiento o culpa, pensamientos suicidas. La depresión en el adulto mayor es un problema tan frecuente, subdiagnosticado, siempre ligado al mismo proceso del envejecimiento, y tratado en forma inadecuada por la forma en la que se presenta.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
F33 – F32	Depresión Episodio depresivo

CLASIFICACIÓN

- Leve
- Severa

(Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE MODIFICADA)

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO

HALLAZGOS

ANAMNESIS

El diagnóstico de depresión en el paciente anciano requiere la comprensión de cómo la depresión geriátrica difiere de la depresión de una población más joven, y de un diagnóstico diferencial preciso

BUSQUE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- Estado de ánimo triste la mayor parte del día.
- Síntomas básicos: Ansiedad, apatía, irritabilidad y somatización.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes eran gratificantes, incluyendo la actividad sexual.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos.
- Pérdida o aumento importante de peso o apetito.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento o inquietud e irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Dolor precordial, mareos, falta de aire, palpitaciones, incontinencia, parestesias.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insomnio o excesivo deseo de dormir. ➤ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio; intentos de suicidios.(INVESTIGAR RIESGO). ➤ Síntomas físicos persistentes que no corresponden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos <p>Realice <u>VALORACIÓN SIQUICA</u> Utilizar la escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario breve en el cual se le pide al adulto mayor , responder a 15 preguntas, contestando si o no respecto; cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se realiza el cuestionario. • Una puntuación de 0 a 5 se considera normal de 6 a 10 indica depresión leve y de 11 a 15 indica depresión severa.
<p>EXÁMEN FÍSICO</p>	<p>-Buscar y descartar cuadros orgánicos: trastornos endocrinológicos (función tiroidea, suprarrenal, paratifoidea), infecciones, déficit neurológicos, psiquiátricos, insuficiencia cardíaca, renal, o malignidad oculta, causa secundaria de baja de peso, anemia.</p>
<p>EXÁMENES DE LABORATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biometría. • Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, perfil lipídico, ácido úrico) • Dosaje de vitamina B •EMO completo. •Electrolitos • Función tiroidea • Función renal
<p>GABINETE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Radiografía de tórax
<p>CRITERIOS PARA CONFIRMAR DIAGNÓSTICO</p>	<p>Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales DSM-IV, existen criterios establecidos:</p> <p>a) Al menos cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes durante el mismo episodio de dos semanas. En cualquier caso, debe presentarse al menos uno de los dos primeros síntomas (indicado por observación o información propia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interés o placer marcadamente disminuido en casi todas las actividades la mayor parte del tiempo. 2. Cambio de peso no intencionado de un 5% durante 1 mes. Aumento o descenso significativo del apetito durante la mayor parte del tiempo. 3. Insomnio o somnolencia persistente. 4. Agitación o retardo psicomotriz persistentes (observable)

- 5. Fatiga o pérdida de energía persistentes.
- 6. Sentimientos de desprecio o culpabilidad excesiva o inadecuada la mayor parte del tiempo.
- 7. Disminución de la capacidad de concentración o indecisión prominente.
- 8. Pensamientos recurrentes de muerte, o ideas suicidas.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor

- Valoración Clínica y Laboratorio

Superado el cuadro agudo Se aplicarán la valoración geriátrica integral, reconocida internacionalmente y sustentada en evidencias científicas, (ver anexos)

- Valoración Psíquica y escalas
- Valoración Funcional y escalas
- Valoración Nutricional y escalas
- Valoración Social y escalas

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Educación al paciente y la familia

1. Psicoterapia

- Terapia cognitiva: encaminada a modificar los pensamientos distorsionados del paciente depresivo
- Terapia interpersonal: encaminada a corregir los problemas interpersonales.
- Terapia familiar: para modificar la disfunción familiar que contribuye y perpetua los síntomas

Este tratamiento brinda apoyo a los pacientes, refuerza sus defensas y previene que empeoren en el curso de su tratamiento.

2. Algunos aspectos del tratamiento de apoyo para la depresión. (Schuyler)

- Una explicación que relacione los síntomas físicos del paciente con su depresión.
- Explicar que la enfermedad del paciente se curara sola y que

	<p>se pondrá bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la enfermedad del paciente a los familiares y comprometerlos para que ayuden a tratarlo. • Aceptar al paciente a pesar de que este rechace al terapeuta. • Animar la ejecución de métodos directos de auto expresión de los sentimientos del paciente. • Insistir al paciente que no debe enfrascarse en un cambio psicológico o social de primera importancia durante la evolución de la enfermedad. • Fomentar en el paciente la comprensión, la esperanza y la plantación apropiada para el futuro próximo. • Proteger al paciente anticipándose al riesgo de suicidio. • Brindar al paciente un programa diario bien estructurado si fuera necesario.
--	---

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia Ver a continuación el Protocolo Terapéutico
----------------------------------	--

Título: DEPRESIÓN REACTIVA

Codificación CIE 10

F32.9 episodio depresivo

Problema: Depresión moderada a severa, sin síntomas sicóticos. Trastorno afectivo frecuente, con afectación del humor, el apetito, el sueño, la libido y la actividad física. Se manifiesta por tristeza, desesperación e incapacidad para sentir placer. En la depresión menor se presentan de 2 a 4 síntomas depresivos, al menos durante dos semanas; suele ser de corta duración. Puede ser adaptativa a factores exógenos, reactivo frente a situaciones adversas severas o secundaria a otros trastornos o enfermedades sistémicas. Prevalencia en mujeres en proporción 2 a 1.

Objetivos terapéuticos:

1. Mejorar el tono afectivo, el humor y la conducta social
2. Evitar complicaciones como el suicidio
3. Prevenir la aparición de otros episodios

Tratamiento no farmacológico:

La terapia de estos enfermos requiere mucho más que medicamentos, como la psicoterapia y consulta con médico especialista, en particular para confirmar el diagnóstico y los resultados del tratamiento.

- La terapia cognitiva es una forma directa de sicoterapia basada en la interpretación de situaciones (estructura cognitiva de experiencias), que determinan como un individuo siente y se comporta, basada en la premisa de que el conocimiento, el proceso de adquirirlo y modelar creencias, es un determinante primario del estado de ánimo y la conducta.(la técnica consiste en bloquear, los pensamientos negativos y cambiarlos por positivos, como quien cambia una diapositiva por otra) Esta terapia emplea técnicas verbales y de comportamiento para identificar y corregir el pensamiento negativo que es la raíz de las conductas aberrantes. Tiene el inconveniente de que actúa a largo plazo y es muy costosa.

Selección del medicamento de elección:

	<i>Principios activos</i>	Eficacia	Seguridad	Conveniencia	Niveles
1	Fluoxetina	+++	+++	+++	1-2-3
2	Amitriptilina	+++	++	++	1-2-3

Medicamento de primera elección - condiciones de uso:

Principio activo: *fluoxetina*

Presentación:

Cápsulas y tabletas 20 mg.

Posología:

20 - 60 mg, una vez al día, am.

Duración:

Los efectos terapéuticos se observan a partir de la tercera o cuarta semana de tratamiento.

Instrucciones:

Administrar la dosis por la mañana. En casos necesarios, por la mañana y al mediodía.

Precauciones:

Si se presenta ansiedad, nerviosismo, insomnio o pérdida de peso hay que suspender el tratamiento.

Se puede activar la manía o hipomanía.

En pacientes con cirrosis se debe reducir la dosis. Puede ser necesario ajustar la dosis de hipoglicemiantes orales o insulina.

Efectos indeseables:

Ansiedad, nerviosismo, insomnio, somnolencia, fatiga, astenia, temblores, transpiración, anorexia, náusea, diarrea, mareos, inestabilidad.

Medicamento de segunda elección:

Amitriptilina

Tabletas de 10 y 25 mg.

Dosis adulto inicialmente 25 - 75 mg al día, vía oral, en dosis divididas o una sola dosis al acostarse. Se puede aumentar gradualmente a 150 - 200 mg como sea necesario. En ancianos se recomienda comenzar el tratamiento con la mitad de la dosis usual.

Precauciones:

No administrar a pacientes menores de 16 años, tampoco a pacientes con historia de lesión cardíaca o hepática, epilepsia, historia de manía o sicosis (puede agravar los síntomas sicóticos). Puede empeorar la capacidad para realizar operaciones motoras. Retirar en forma progresiva. No utilizar en hipertrofia prostática

Efectos adversos:

Sedación, boca seca, visión borrosa, náusea; cambios electrocardiográficos, arritmias, hipotensión postural, síncope; trastornos en la conducta, hipomanía o manía, confusión, delirio; convulsiones, cefalea, hiperreflexia, mioclonus, disquinesias, parestesias; ginecomastia, galactorrea; agranulocitosis, leucopenia, purpura, trombocitopenia, entre los más importantes.

Observaciones:

- * La fluoxetina se emplea en todas las formas de depresión.
- * No hay diferencia en eficacia entre la fluoxetina y los antidepresivos tricíclicos; se prefiere a la primera por su menor efecto sedante o vegetativo, su inicio de acción más rápido y su mejor tolerancia.
- * Los antidepresivos deben ser probados por un tiempo mínimo de cuatro semanas antes de ser cambiados.
- * Los pacientes con fluoxetina abandonan el tratamiento en menor porcentaje que con antidepresivos de otro tipo.
- * El riesgo de suicidio es similar en pacientes que reciben fluoxetina y los otros grupos de antidepresivos.
- * Al momento, las evidencias señalan que no hay una diferencia significativa en eficacia en ancianos, entre fluoxetina y los otros grupos de antidepresivos.
- * Los antidepresivos se emplean en todas las formas de depresión, no existe forma de saber cuál será más eficaz.
- * Los antidepresivos tricíclicos tienen efectos farmacológicos parecidos, se escogen por su tolerancia y tiempo de acción.
- * La amitriptilina tiene mayores propiedades sedantes que los otros tricíclicos y se la prefiere en casos de agitación e insomnio. La imipramina tiene menores propiedades sedantes y se la prefiere cuando hay un déficit motriz. Se recomiendan en una sola dosis, de preferencia en la noche.
- * Con respecto a eficacia, los antidepresivos deben ser probados por un tiempo mínimo de cuatro semanas antes de ser cambiados.

FLUJOGRAMA

