



XV Curso
ONLINE

Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
4,4 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias en ancianos
9	Depresión
10	Osteoporosis
11	Hipertensión
12	Incontinencia urinaria
13	Estreñimiento
14	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
15	Cuidados de la piel senil
16	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Atención farmacéutica

TEMA 9

Depresión

Elena Rivas Díez, Víctor Rivas Díez, Nuria Mielgo García,
Beatriz Casas Torcida, Raquel Ramos Pérez,
Ramón Valdés Solís Fernández de Retana

Farmacéuticos comunitarios. Grupo Pharmateam. COFBI

Definición

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en la esfera afectiva.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo suele plantearse a partir de datos observacionales poco específicos, como deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, entecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...), alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la persistencia de la clínica, por su gravedad y por el grado de deterioro funcional y social.

La depresión puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo o condición social. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda prestar una especial atención a tres grupos que suelen verse afectados de manera desproporcionada: los jóvenes de 15 a 24 años, las mujeres en edad fértil (especialmente tras el nacimiento de un hijo), y las personas mayores de 60 años.



Clasificación

Según la cuarta actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los trastornos del estado de ánimo se clasifican en depresivos y bipolares (figura 1):

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno distímico.

Trastornos bipolares

- Trastorno bipolar I.
- Trastorno bipolar II.
- Trastorno ciclotímico.

Factores etiológicos

Aunque no puede hablarse de una causa concreta de la depresión, existen una serie de factores que se relacionan con ella:

Genéticos

Los familiares de primer grado de un paciente con depresión presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

Neuroquímicos

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina y la serotonina. Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la noradrenalina (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol) en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina en sus plaquetas. Tam-

bién se han detectado niveles bajos de 5-hidroxiindolacético en pacientes que se suicidaron, y se ha podido apreciar que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

Endocrinos

En la aparición de los cuadros depresivos se ven también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de la hormona del crecimiento, la hipersecreción de cortisol, la hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, y distintas alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

Fisiológicos

Los pacientes con depresión presentan alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

Anatómicos

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional, se han descrito alteraciones en el sistema límbico, en ganglios de la base y en el hipotálamo.

Epidemiología

La OMS estima que el número de personas que vive con depresión ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015. Globalmente, afectó en 2015 a más de 322 millones de personas, lo que equivale al 4,4% de la población mundial. Basándose en los datos epidemiológicos, la depresión es considerada a escala mundial como la principal causa de discapacidad, y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad. Además, es bien conocido que los trastornos depresivos pueden llevar al suicidio: anualmente, cerca de 788.000 personas con depresión se quitan la vida.

Por áreas geográficas mundiales, la incidencia de este trastorno oscila desde un 2,9% en la región del Pacífico occidental hasta un 5,8% en las Américas. En la región europea, es Noruega la que presenta la mayor incidencia de personas con depresión, con un 7,4%, lo que supone cerca de 353.000 personas, seguida de Holanda, con un 6,4% (1 millón). Con respecto a España, se estima que algo más de 2,4 millones de personas padecían depresión en 2015, lo que representa aproximadamente el 5,1% de la población.

Diagnóstico

El síndrome depresivo es básicamente igual en ancianos y en jóvenes. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a la frecuencia de comorbilidad somática, el déficit cognitivo, los factores psicosociales y los síntomas de ansiedad, que son más frecuentes en los ancianos. Además, los pacientes de mayor edad suelen presentar un período sintomático más largo antes de llegar al diagnóstico.

El proceso diagnóstico debe iniciarse con la historia y la exploración del paciente, que incluyen tanto una valoración neurológica como del estado mental. En el caso de las personas mayores, a menudo es necesario entrevistar a familiares y/o cuidadores, ya que es habitual que los pacientes presenten dificultades del habla o algún tipo de demencia. En este caso, existen al-

“ Se estima que, en España, algo más de 2,4 millones de personas padecían depresión en 2015, lo que representa aproximadamente el 5,1% de la población »

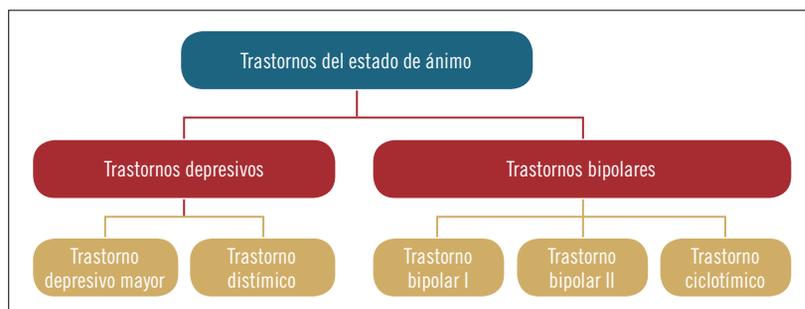


Figura 1. Trastornos del estado de ánimo

Tabla 1. Escala de depresión de Yesavage

Preguntas que realizar	
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SÍ
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SÍ
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	SÍ
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SÍ
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SÍ
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SÍ
¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ
¿Está frecuentemente preocupado por el futuro?	SÍ
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SÍ
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SÍ
¿Está muy preocupado por el pasado?	SÍ
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SÍ
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ
¿Se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas?	SÍ
¿Tiene ganas de llorar a menudo?	SÍ
¿Tiene problemas para concentrarse?	SÍ
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SÍ
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como acostumbraba a estarlo?	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la tabla, y la suma total se valora como sigue: 0-5: normal; 6-9: depresión leve; >10: depresión establecida.

gunos signos que pueden ayudar a detectar la depresión:

- Baja reactividad al entorno.
- Agitación diurna.
- Ansiedad afectiva (llanto...).
- Lentitud del habla.
- Retraso psicomotor.
- Demanda excesiva de atención.
- Autoagresiones.
- Pérdida de apetito.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor.

Existen diferentes herramientas para valorar la depresión. Una de las más utilizadas es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que se compone de 30 preguntas (ninguna de ellas de tipo somática) cuyas respuestas son dicotómicas. También se dispone de una versión reducida que consta sólo de 15 preguntas. Es útil tanto para el cribado de la depresión como para la monitorización de la respuesta terapéutica. Se asigna un punto por cada

respuesta que coincida con la reflejada en la tabla 1, y la suma total se valora como sigue:

- 0-5: normal.
- 6-9: depresión leve.
- >10: depresión establecida.

Aunque no existen pruebas analíticas específicas para diagnosticar la depresión, sí que se realizan algunas determinaciones para excluir las posibles alteraciones que pueden causar la. Entre las más habituales destacan los niveles de TSH, electrolitos, vitamina B₁₂ y folatos.

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si su origen puede estar relacionado con alguna patología, como infecciones virales, endocrinopatías (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo...), neoplasias (linfomas, leucemias, cáncer de páncreas...), enfermedades cerebrovasculares (infartos lagunares, accidente cerebrovascular, demencia vascular...) o trastornos mentales. También debe descartarse su posible relación con el consumo de fármacos o drogas de abuso.

Tratamiento farmacológico y pautas de administración (tabla 2)

Los antidepresivos constituyen una familia de fármacos muy heterogénea en cuanto a su estructura química y efecto sobre la neurotransmisión cerebral. Se clasifican en tres grandes grupos en función de su acción predominante:

Serotoninérgica

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina (IRAS).

Noradrenérgica

- Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (ACC).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).

Tabla 2. Pautas de administración de los tratamientos farmacológicos en los trastornos depresivos

Grupo	Fármaco	Dosis en personas mayores (mg/día)	Cómo tomarlo
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluvoxamina	50-300	• Una única toma por la noche con o sin alimentos
	Fluoxetina	20	• Dosis única o fraccionada, con o sin alimentos
	Paroxetina	40	• Dosis única por la mañana con alimentos • El comprimido debe deglutirse y no masticarse
	Sertralina	50-200	• Dosis única por la mañana o por la noche con o sin alimentos
	Citalopram	40	• Dosis única con o sin alimentos
	Escitalopram	10-20	• Dosis única con o sin alimentos
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina (IRAS)	Trazodona	100-300	• Dosis única por la noche antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Venlafaxina	75-375	• Con alimentos en una toma única o fraccionada
	Desvenlafaxina	50-200	• Dosis única con o sin alimentos
	Duloxetina	60-120	• Dosis única con o sin alimentos
Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA)	Mirtazapina	15-45	• Dosis única por la noche antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Clomipramina	75-250	• Dosis única o fraccionada (mañana y noche) con alimentos
	Amitriptilina	25-150	• Repartir en 2 tomas, con o sin alimentos
	Nortriptilina	30-50	• 2 o 3 tomas al día, con alimentos
	Imipramina	25-200	• De 1 a 3 tomas al día, con o sin alimentos • Conseguir dosis de mantenimiento final entre 50-100 mg/día
	Maprotilina	25-150	• Iniciar dosis de 25 mg 1 vez/día, con o sin alimentos • Si es necesario, aumentar gradualmente en 2 o 3 tomas/día
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)	Reboxetina	8-12	• 2 tomas al día, con o sin alimentos • No masticar el comprimido
Otros antidepresivos	Bupropión	150-300	• Dosis única por la mañana, con o sin alimentos • No triturar ni masticar
	Mianserina	30-90	• Dosis única antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos

Dual

- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
- Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA).
- Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (antidepresivos tricíclicos [ATC]).

Los ISRS son los que presentan mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección. Los IRSN (o «duales») y otros fármacos más recientes no han demos-

trado ser más eficaces ni más seguros que los ISRS, por lo que su uso debería reservarse para pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran. Los antidepresivos tricíclicos (ATC), en cambio, dado su perfil de efectos adversos, sólo están indicados en depresión grave y/o resistente a otros tratamientos.

Efectos adversos de los antidepresivos

La mayoría de los antidepresivos presentan los efectos adversos caracterís-

ticos de los anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria...). Otra característica común a muchos de ellos es el efecto sedante e hipotensor. En la tabla 3 se recogen las principales reacciones adversas de estos fármacos.

Muchos efectos adversos suelen aparecer al inicio del tratamiento y desaparecen progresivamente a lo largo del primer mes. Por este motivo suele iniciarse con dosis bajas que se van incrementando de forma gradual para mejorar la tolerancia. En cual-

Tabla 3. Principales efectos adversos de los antidepresivos

Medicamento	Acción sedante o hipotensión	Efecto anticolinérgico	Otros efectos adversos
Tricíclicos:			<ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Trastornos del ritmo y la conducción cardiaca
• Amitriptilina	+++	+++	
• Clomipramina	+	++	
• Imipramina	++	++	
• Nortriptilina	+	+	
Duloxetina	+	+	• Náuseas, vómitos y molestias gastrointestinales
Mianserina	+++	-	• Discrasias sanguíneas
Mirtazapina	+++	-	
Trazodona	+++/+	-	• Náuseas, vómitos, hipotensión ortostática
Venlafaxina	+	+	• Náuseas, hipertensión
Reboxetina	+	+	• Náuseas, vómitos y molestias gastrointestinales
Bupropión	-	+	• Insomnio, cefalea, náuseas, vómitos, convulsiones, hipertensión
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, fluoxetina, sertralina...)	-	-	• Náuseas, cefaleas o insomnio

quier caso, se recomienda que para la segunda semana ya se haya alcanzado la dosis mínima terapéutica. El efecto antidepresivo debería comenzar a notarse antes de finalizar la tercera semana, aunque a menudo es necesario seguir realizando ajustes de dosis.

Una vez conseguida la remisión del episodio depresivo se recomienda mantener el tratamiento entre 6 y 12 meses sin reducir la dosis para evitar recaídas. Pasado este plazo, puede procederse a su retirada de forma gradual a lo largo de 1-3 semanas, según la semivida del fármaco, con el fin de evitar la aparición de un síndrome de retirada. Sin embargo, en algunos casos es necesario mantener un tratamiento profiláctico de mantenimiento, durante años o incluso de forma indefinida.

Interacciones de los antidepresivos

Las principales interacciones de los distintos grupos de antidepresivos son las siguientes:

- Antidepresivos tricíclicos:
 - La administración conjunta con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) puede potenciar la toxicidad,

con aparición de taquicardias, náuseas, hipertermia y alteraciones de la conducta.

- Los antidepresivos pueden potenciar los efectos antiespásticos del baclofeno, con el consiguiente riesgo de atonía muscular e incapacidad motriz.
- La asociación de ATC con antipsicóticos puede dar lugar a una sobreestimulación del sistema nervioso central, con la posible aparición de temblores o arritmias cardíacas.
- Los anticolinérgicos pueden potenciar el efecto anticolinérgico, con la aparición de manifestaciones tóxicas.
- Los barbitúricos pueden reducir las concentraciones plasmáticas de amitriptilina y nortriptilina.
- El hipérico puede reducir las con-

centraciones plasmáticas de amitriptilina y nortriptilina.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:
 - La asociación con hipérico puede producir síndrome serotoninérgico o sedación intensa.
- IMAO:
 - El uso conjunto con simpaticomiméticos de acción indirecta puede producir crisis hipertensivas. La incidencia de esta interacción no es frecuente, pero cuando se produce es muy grave.
 - Analgésicos narcóticos con IMAO. Si los inhibidores de la monoaminoxidasa son administrados junto a meperidina (y, en menor proporción, junto a otros analgésicos narcóticos) pueden producirse reacciones graves, caracterizadas por

“ Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los que presentan mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección »

excitación, sudoración, rigidez e hipertensión.

Papel del farmacéutico

La farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario muy frecuentado por las personas mayores, lo que facilita la detección de posibles casos de depresión. En la tabla 4 se recogen las situaciones que hacen aconsejable la remisión al médico.

En cuanto a los pacientes ya diagnosticados, debe tenerse en cuenta que el abandono prematuro de la medicación disminuye en gran medida el éxito terapéutico, por lo que es de vital importancia realizar un seguimiento de la adherencia al tratamiento. En este sentido, ha de prestarse especial atención durante el primer mes, período en que los fármacos presentan una baja o nula actividad antidepressiva, por lo que es más probable que el paciente deje de tomarlos porque percibe una falta de eficacia.

Para evitarlo, conviene informar al paciente y a sus familiares o cuidadores de esta probable demora en la mejoría de los síntomas depresivos, ya que el tiempo de respuesta a un nuevo tratamiento es aún mayor en personas ancianas.

Tabla 4. Criterios de derivación al médico

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Marcada disminución del interés en general
- Pérdida significativa de peso sin estar a dieta, o aumento significativo
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva
- Menor capacidad de pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir) e ideación suicida

También debe tenerse en cuenta que, en este periodo, es probable que se presenten muchos de los efectos adversos que, paradójicamente, acabarán desapareciendo a medida que progresa el tratamiento, por lo que el farmacéutico deberá informar de ello al paciente y a sus cuidadores para reforzar la adherencia.

Desde la farmacia comunitaria se ha de hacer especial hincapié en la importancia de seguir las pautas establecidas por el médico, e informar adecuadamente sobre si los medicamentos deben tomarse con o sin alimentos.

En las personas mayores es especialmente importante permanecer atento a los posibles efectos adversos. Además, es más probable que exista polimedicación, por lo que el riesgo de interacciones es mayor y su detección resulta un aspecto clave en el seguimiento de estos pacientes. ●

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2013.
- Bot Plus 2.0 [internet]. Madrid: Consejo General de colegios oficiales de Farmacéuticos, 2018. Disponible en: <http://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx#>
- Del Moral EJ, Puigdemont D, Serrano D, Pérez J. Depresión en el anciano. Epidemiología, clínica y diagnóstico. *Jano*. 1995; 49: 79-84.
- Depression in primary care. Detection and diagnosis. Clinical Practice Guideline. 2002; 32. Disponible en: https://www.chpw.org/resources/Providers/BH_Screening_Clinical_Practice_Guidelines.pdf
- Fichas técnicas de los medicamentos antidepressivos. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guideline on the treatment and management of depression in adults. CG90, 2009 (Updated edition 2016).