

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESION

Puras G, Saenz del Burgo L

Atención Farmacéutica. OCW UPV/EHU 2014

Esquema

2

1. **Introducción**
 1. Epidemiología de la depresión
 2. Objetivos
 3. Tipos de depresión
2. **Fisiopatología de la depresión**
3. **Sintomatología general de la depresión**
4. **Manejo terapéutico**
5. **Atención farmacéutica: Seguimiento de pacientes**
6. **Poblaciones especiales**

1. Introducción

Qué NO es la depresión:

- No se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni de una señal de debilidad personal o emoción, que pueda alejarse voluntariamente.
- No es un defecto de carácter que pueda superarse simplemente con esfuerzo.

1. Introducción

Qué es la depresión:

- El trastorno depresivo es una enfermedad que **afecta a todo el cuerpo**, al estado de ánimo y a la mente. Afecta a la alimentación, al descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y de la vida en general.

1. Introducción: Epidemiología

5

- Criterios diagnósticos comenzaron a principios de los 80
→ depresión “normal” (un mal día) vs depresión (psicopatía)
- Incidencia 5-6% población, X2 en mujeres, áreas urbanas, 20-40 años, mayor en el norte de Europa
- 50% de recurrencias, 10% intentos de suicidio
- Predicción para 2020: 2ª enfermedad más incapacitante tras la cardiopatía isquémica
- Coste social importante, sanitario y familiar

1. Introducción: Objetivos

6

- ▣ Identificar casos no tratados (2/3 de enfermos no tratados)
- ▣ Mejorar los tratamientos con el fin de aumentar su efectividad
- ▣ Aumentar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes gracias al contacto con el farmacéutico

1. Introducción: Tipos de depresión

7

- *Trastorno depresivo mayor con características melancólicas:* severa, con agitación y anorexia. Responde bien a antidepresivos y a psicoterapia
- *Trastorno depresivo mayor estacional:* en otoño-invierno, por falta de exposición solar, no estrés social. Tratamiento: terapia lumínica 20 min/día
- *Depresión geriátrica:* edad avanzada + etapa de pérdidas, síntomas inespecíficos. Buena respuesta a fármacos. Ojo: disminución de aclaramiento renal y metabolismo hepático
- *Distimia:* leve pero duradero (>2 años), adolescencia, sin alteraciones del apetito o sexuales

1. Introducción: Tipos de depresión

8

- *Trastorno disfórico premenstrual*: más severo que el síndrome premenstrual, con ansiedad e irritabilidad. Tratamiento: evitar cafeína, alcohol, ejercicio, benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- *Depresión breve recurrente*: 1 vez/mes sin relación menstrual. Tratamiento: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y psicoterapia

Se pueden encontrar en la literatura otras clasificaciones similares de la depresión. Como muestra, el alumno puede consultar el siguiente link:

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>

2. Fisiopatología de la depresión

Existen distintas hipótesis:

1. Componente genético. Importante pero no el único...+ estresores externos, personalidad, otras enfermedades, apoyo social, etc.
2. Alteraciones de la neurotransmisión:
 1. Hipótesis monoaminérgica (disminución de neurotransmisores → fármacos inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
 2. Hipótesis de los receptores para neurotransmisores (NT): falta de NT → aumento de receptores post-sinápticos

2. Fisiopatología de la depresión

10

3. Alteraciones endocrinas: hipercortisolemia, alteraciones de TSH,...
4. Estrés social → además de fármacos es necesario tratamiento psicosocial que prevenga recaídas

3. Sintomatología general de la depresión

11

- Afecto deprimido: sentimiento de tristeza o vacío. 100% de los pacientes. Ánimo irritable en niños o adolescentes
- Pérdida de apetito (falta de 5-HT) y disfunción sexual (falta de noradrenalina (NA))
- Trastornos de la memoria reciente por falta de atención
- Falta de capacidad para experimentar placer y emociones
- Insomnio, despertar temprano
- Alteraciones cognitivas: baja autoestima, pesimismo, pensamientos de muerte, suicidio
- Alteraciones psicomotoras: agitación, nerviosismo, o bien, decaimiento, fatiga, lentitud

4. Manejo terapéutico

12

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

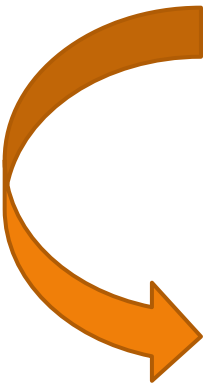
- IMAO: moclobemida
- Antidepresivos Tricíclicos: amitriptilina, imipramina, maprotilina
- * ISRS: citalopram, fluoxetina, sertralina
- Otros: Inhibidores de la recaptación de NA (reboxetina), de dopamina (DA) y NA, de 5-HT y NA (venlafaxina), antagonistas de receptores 5-HT₂ (trazodona)

4. Manejo terapéutico

13

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El problema del tratamiento con antidepresivos reside en que existe un **retraso en la mejora clínica, además, no todos los pacientes responden.**



Duración mínima del tratamiento suele ser de 6 meses antes de probar otros fármacos

4. Manejo terapéutico

14

PSICOTERAPIA

- Previene recaídas y alarga el tiempo entre episodios, manteniéndose sin medicación

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

- En formas graves de depresión
- Eficaz, de rápido inicio pero de duración limitada
- Riesgo de anestesia general, se han descrito alteraciones de memoria

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

15

- Requiere protocolos validados para trabajar y evaluar el proceso de recuperación con un determinado tratamiento
- Puede parecer difícil....
 - ▣ Comunicación complicada, incumplimiento del tratamiento, dificultad para medir la efectividad y la seguridad del tratamiento (falta de parámetros medibles)
- En general, inseguridad del farmacéutico, PERO su papel es fundamental:
 - ▣ **APOYO importante en el cumplimiento, mejora de la satisfacción con el tratamiento, detección y solución de problemas relacionados con la medicación, ...**

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

16

1. **Cómo sabemos si un paciente necesita medicación**

Es necesario saber:

1. Indicaciones de los fármacos antidepresivos: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, dolor crónico, estrés post-traumático, trastornos de la alimentación...
2. Interacciones: ej: en diabetes, mejor ISRS; ej: con úlcera, mejor tricíclicos que disminuyen la secreción ácida
3. Duración del tratamiento: recuperación en 6-8 semanas, mínimo 6 meses (mejor 12)
4. Supresión de la medicación: gradualmente (1 mes) → síndrome de retirada (náuseas, diarrea, insomnio, pesadillas, ansiedad, irritabilidad) → atento a detectarlo

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

17

1. **Cómo sabemos si un paciente necesita medicación**
 5. Adhesión al tratamiento. Cómo se siente el enfermo, lo que tenemos que saber para poder ayudarlo:
 1. Sienten rechazo a la medicación (enfermo psiquiátrico) porque suelen recibir comentarios desesperanzadores sobre la medicación
 2. Pauta de medicación compleja y tratamiento largo
 3. Otras enfermedades → más medicación
 4. Miedo a la dependencia o a los efectos adversos
 5. Efectos adversos pueden ser molestos
 6. No son conscientes de su importancia

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

18

1. Cómo sabemos si un paciente necesita medicación

5. Adhesión al tratamiento. Cómo se siente el enfermo, lo que tenemos que

Cómo ayudar al enfermo:

1.

→ INFORMACION

2.

→ Fomentar la relación de confianza y empatía

3.

4.

5.

6.

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

19

2. **Qué necesitamos saber para medir la efectividad de la medicación**

1. Mecanismo de acción de los distintos fármacos
2. Posología, ventana terapéutica y variabilidad interindividual. No hay relación dosis-mejor clínica
3. Interacciones que disminuyen la acción del fármacos:
Ej: tricíclicos con antiepilépticos, L-dopa o tabaco → disminución del efecto por inducción enzimática
4. Escalas para medir la efectividad del tratamiento: Escala de Hamilton (HAM-D) (profesional sanitario), Inventario de depresión de Beck (BDI) (auto aplicada)

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

20

2. Qué necesitamos saber para medir la efectividad de la medicación

5. Otros factores:

- Conocer el diagnóstico (distintos tipos → distintos tratamientos)
- Elección del tratamiento según tipo de depresión, eficacia anterior, perfil de efectos adversos...
- Dedicar tiempo a educar tanto al paciente como a la familia recordando que no somos psicólogos
- Conocer el nivel de cumplimiento del tratamiento y si no es bueno, saber por qué (incumplimiento por efectos adversos o interacciones?)
- Cambios posológicos escalonados individualizados
- Si recuperación parcial → más riesgo de recaídas

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

21

2. **Qué necesitamos saber para medir la efectividad de la medicación**

6. Saber que existen fármacos potenciadores de la efectividad antidepresiva: agonistas dopaminérgicos, litio (evita recaídas, tratamiento combinado clásico), ansiolíticos (si cursa con ansiedad)...

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

22

3. **Qué necesitamos saber para medir la seguridad de la medicación**

1. Mecanismo de acción y posología
2. Efectos adversos (principal criterio de selección): menores molestias = mayor cumplimiento. Normalmente aparece tolerancia a ellos.
 1. IMAO: crisis hipertensivas, insomnio, náuseas, discinesia
 2. ADT: hipotensión, mareos, anticolinérgicos, alteraciones memoria, temblores, sedación (puede ser más o menos beneficiosa)
 3. ISRS (baja incidencia): náuseas, diarrea, cefaleas, disfunción sexual, insomnio...dependientes de dosis

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

23

3. Qué necesitamos saber para medir la seguridad de la medicación

3. Soluciones a los Efectos adversos

1. Hipotensión: evitar cambios de postura rápidos, muchos líquidos, algo de cafeína
2. Efectos anticolinérgicos: reducción de dosis o esperar la tolerancia, para la sequedad de boca: caramelos sin azúcar, saliva artificial o enjuagues
3. Estreñimiento: medidas dietéticas
4. Sedación: tomar el fármaco al acostarse o con cafeína
5. Insomnio: tomar por la mañana, con benzodiazepinas o cambiar a un fármaco antidepresivo tricíclico sedante

5. Atención farmacéutica: seguimiento de pacientes

24

3. **Qué necesitamos saber para medir la seguridad de la medicación**
4. Interacciones con medicamentos o alimentos: estudio individualizado
OJO: IMAO irreversible+ tiramina → crisis hipertensivas (mortales): queso, embutidos, chocolate, vino tinto, cerveza, café en grandes cantidades...

6. Poblaciones especiales

25

EMBARAZO

- 10% de las embarazadas sufre trastornos depresivos durante el embarazo → descuido personal, malnutrición, abuso de alcohol y tabaco → tratamiento indispensable
- Los fármacos, en general, atraviesan la barrera placentaria pero no parecen tener efectos teratogénicos → FDA recomienda fluoxetina o sertralina

6. Poblaciones especiales

26

LACTANCIA

- Los fármacos pasan a la leche
- Recomendados: amitriptilina, sertralina, fluoxetina, nortriptilina

6. Poblaciones especiales

27

NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Dificultades:
 - ▣ Desarrollo neuronal incompleto
 - ▣ Situación del enfermo referida por la madre (sintomatología bastante subjetivo)
- Tratamiento farmacológico (ADT o ISRS) + psicoterapéutico individual y con la familia en función del origen

6. Poblaciones especiales

28

ANCIANOS

- Incidencia de aproximadamente el 15% (sólo 4% tratados) → enfermedad que pasa desapercibida porque los síntomas somáticos son inespecíficos
- Tratamiento farmacológico se complica por incumplimiento y enfermedades concomitantes, insuficiencias renal y hepática, aparición más frecuente de efectos adversos e interacciones con otros medicamentos
- Normalmente se utilizan ISRS

6. Poblaciones especiales

29

DEPRESION SECUNDARIA A OTRA ENFERMEDAD

- En pacientes con enfermedad cerebrovascular o cardiaca: incidencia de depresión 40%
- En Parkinson: incidencia de depresión 50%
- En Cáncer: incidencia de depresión 70%
- En Diabetes: incidencia de depresión 30%