



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

**“ESTUDIO Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES
CON DEPRESIÓN EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE AMBATO”**

TESIS DE GRADO

PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

PRESENTADO POR

EDISSON GEOVANNY VALLE GALARZA

RIOBAMBA – ECUADOR

2009

DEDICATORIA

*A mis padres por su labor tesonera
A mi esposa e hijo mis amores
A mis hermanos por su apoyo*

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Al Hospital Provincial Docente Ambato por el apoyo brindado en la realización del trabajo investigativo y de manera especial a la Dra. Evelyn Salame psiquiatra de la institución.

Al Dr. Fausto Contero por su valiosa colaboración y asesoramiento en la dirección de la presente Tesis

A los Drs. Iván Toasa y Oswaldo Duque Miembros del Tribunal de Tesis por el gran aporte brindado en la elaboración del trabajo.

A todas las personas que colaboraron de cualquier manera para la culminación de este trabajo de investigación

FIRMAS DE AUTORIZACION

	FIRMA	FECHA
Dr. Edmundo Caluña DECANO DE LA FACULTAD	_____	_____
Dr. Carlos Donoso DIRECTOR DE ESCUELA BIOQUÍMICA Y FARMACIA	_____	_____
Dr. Fausto Contero DIRECTOR DE TESIS	_____	_____
Dr. Oswaldo Duque COLABORADOR DE TESIS	_____	_____
Dr. Iván Toaza COLABORADOR DE TESIS	_____	_____
Tecg. Carlos Rodríguez DIRECTOR DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN	_____	_____
NOTA DE TESIS ESCRITA	_____	

Yo, Edison Geovanny Valle Galarza, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en esta Tesis; y el patrimonio intelectual de la Tesis de Grado, pertenece a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

EDISSON GEOVANNY VALLE GALARZA

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AA	Antidepresivos atípicos
Ach	Acetilcolina
ADT	Antidepresivo tricíclico
COMT	Catecol-O-metiltransferasa
DSM-IV	Asociación Americana de Psiquiatría de 1994
IF	Intervención farmacéutica
IMC	Índice de masa corporal
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental
MAO	Monoaminoxidasa
PRM	Problema relacionado con los medicamentos
SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
S	Desviación estándar
S ²	Varianza
ISRS	Inhibidores selectivo de receptación de serotonina
IRSN	Inhibidores selectivo de receptación de serotonina y norepinefrina
IRND	Inhibidores selectivo de receptación de serotonina
IMAO	Inhibidores de Monoaminoxidasa
NASSA	Antidepresivos de acción noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
TB	Trastorno bipolar
TDM	Trastorno depresivo mayor
TEC	Terapia electroconvulsiva

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ANEXOS

INTRODUCCIÓN

1.	MARCO TEÓRICO	1
1.1	Depresión.....	1
1.1.1	Epidemiología de la depresión.....	2
1.1.2	Bases biológicas de la depresión.....	5
1.1.2.1	Fisiología del SNC.....	5
1.1.3	Causa de la depresión.....	9
1.1.4	Síntomas generales.....	12
1.1.5	Tipos de depresión.....	14
1.1.6	Diagnóstico.....	14
1.1.7	Medicación antidepresiva	17
1.1.7.1	Tratamiento farmacológico de la depresión.....	18
1.1.7.2	Fases del tratamiento.....	23
1.1.7.2.1	Fase aguda o inicial.....	23
1.1.7.2.2	Fase de continuación.....	28
1.1.7.2.3	Fase de mantenimiento.....	29
1.1.8	Otros tratamientos.....	29
1.1.8.1	Psicoterapia.....	29
1.1.8.2	Terapia electro convulsiva.....	34
1.2	Seguimiento farmacoterapéutico.....	35
1.2.1	Necesidad del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes depresivos.....	37
1.2.2	Medición de la necesidad de medicación.....	38
1.2.3	Indicaciones y utilidades de los principios activos antidepresivos...	39
1.2.4	Duración de los tratamientos. Supresión de la medicación.....	40
1.2.5	Adhesión al tratamiento. Como ayudar al paciente.....	41
1.2.6	Medición de la efectividad de la medicación.....	42
1.2.7	Interacciones que disminuyen la acción del antidepresivo.....	43
1.2.8	Escala a utilizar para controlar la efectividad del tratamiento.....	44
1.2.9	Test de ZUNG.....	44
1.2.10	Medición de la seguridad de la medicación.....	45

1.2.11	Uso de fármacos antidepresivos en poblaciones especiales.....	45
1.2.12	Uso de fármacos antidepresivos en poblaciones con depresión secundaria a otra enfermedad.....	47
2.	PARTE EXPERIMENTAL.....	49
2.1	Lugar de la investigación.....	49
2.2	Materiales, Equipos y Reactivos.....	49
2.2.1	Material Biológico.....	49
2.2.2	Equipos.....	49
2.2.3	Materiales de laboratorio y otros.....	49
2.2.4	Reactivos.....	50
2.3	Metodología.....	50
2.3.1	Fases de la metodología e instrucciones para llenar los impresos.....	50
2.3.1.1	Primera visita.....	50
2.3.1.2	Segunda visita.....	54
2.3.2	Tratamiento estadístico.....	57
3	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	58
4	CONCLUSIONES.....	69
5	RECOMENDACIONES.....	71
6	RESUMEN.....	72
7	BIBLIOGRAFÍA.....	74

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	Porcentaje de pacientes depresivos en función del sexo a los que se brindó el SFT.....	58
CUADRO No. 2	Clasificación de los pacientes depresivos en función de la edad a quienes se brindó el SFT.....	59
CUADRO No. 3	Otras patologías comunes presentes en los pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	60
CUADRO No. 4	Porcentaje de pacientes depresivos en función del tipo de depresión a quienes se brindó el SFT.....	61
CUADRO No. 5	Incidencia de PRM en el grupo de pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	62
CUADRO No. 6	Porcentaje de tipos de PRM detectados en el grupo de pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	63
CUADRO No. 7	Análisis estadístico de la depresión en el grupo de pacientes a quienes se brindó el SFT al inicio, intermedio y final del estudio.....	64
CUADRO No. 8	Tipos de antidepresivos recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	66
CUADRO No. 9	Porcentaje de ISRS recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	67
CUADRO No. 10	Porcentaje de ansiolíticos recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No. 1	Clasificación de los antidepresivos e incidencia de sus efectos indeseables.....	26
TABLA No. 2	Dosis orientativas de los antidepresivos.....	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1	Porcentaje de pacientes depresivos en función del sexo a los que se brindó el SFT.....	58
GRÁFICO No. 2	Clasificación de los pacientes depresivos en función de la edad a quienes se brindó el SFT.....	59
GRÁFICO No. 3	Otras patologías comunes presentes en los pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	60
GRÁFICO No. 4	Porcentaje de pacientes depresivos en función del tipo de depresión a quienes se brindó el SFT.....	61
GRÁFICO No. 5	Incidencia de PRM en el grupo de pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	62
GRÁFICO No. 6	Porcentaje de tipos de PRM detectados en el grupo de pacientes depresivos a quienes se brindó el SFT.....	63
GRÁFICO No. 7	Análisis estadístico de la depresión en el grupo de pacientes a quienes se brindó el SFT al inicio, intermedio y final del estudio.....	65
GRÁFICO No. 8	Tipos de antidepresivos recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	66
GRÁFICO No. 9	Porcentaje de ISRS recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	67
GRÁFICO No. 10	Porcentaje de ansiolíticos recetados en el grupo de pacientes con depresión a quienes se brindó el SFT.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA No. 1	Esquema de la neurotransmisión y de los mecanismos de recaptación y destrucción de neurotransmisores.....	6
FIGURA No. 2	Tratamiento del trastorno depresivo mayor en fase aguda.....	24

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO No. 1	Interacciones de los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.....	81
ANEXO No. 2	Interacciones de los inhibidores de la recaptación de serotonina.....	82
ANEXO No. 3	Interacciones de los monoaminooxidasa.....	83
ANEXO No. 4	Fase de estudio en el seguimiento farmacoterapéutico..	84
ANEXO No. 5	Tríptico de depresión entregado a pacientes.....	85
ANEXO No. 6	Bolsa con medicamentos.....	87
ANEXO No. 7	Historia farmacoterapéutica.....	88
ANEXO No. 8	Estado de situación.....	89
ANEXO No. 9	Intervención farmacéutica.....	90
ANEXO No. 10	Test de ZUNG realizado a un paciente.....	91
ANEXO No. 11	Análisis de varianza para la determinación del nivel de depresión antes, intermedio y al final del SFT.....	92
ANEXO No. 12	Hospital provincial docente Ambato.....	93
ANEXO No. 13	Historias clínicas de los pacientes depresivos.....	94
ANEXO No. 14	Revisión de las historias clínicas de los pacientes depresivos.....	95
ANEXO No. 15	Consultorio del hospital de la doctora Evelyn Salame.....	96
ANEXO No. 16	Paciente llenando el test de ZUNG.....	97
ANEXO No. 17	Ejemplos de antidepresivos.....	98
ANEXO No. 18	Ejemplos de ansiolíticos.....	99

INTRODUCCIÓN

Debido al ritmo de vida moderna, la depresión se ha convertido en una patología habitual en los países del primer mundo. Sin embargo no se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni de una señal de debilidad personal o emoción, que pueda alejarse voluntariamente. Tampoco de un defecto del carácter que pueda superarse simplemente con esfuerzo (24).

La depresión es una enfermedad del cuerpo, de la mente y del espíritu. Sentirse deprimido es una reacción natural a los golpes de la vida, estrés, cambios y desilusiones. El cambio para actuar y volverse a sentir bien comienza tomando conciencia de sí mismos: comprendiendo la depresión y dándonos cuenta de donde estamos (25).

Los expertos aseguran que actuamos y reaccionamos de acuerdo con pautas de pensamiento y de conducta adquiridas durante la niñez. Pero, puesto que dichas pautas son aprendidas, también se pueden “desaprender”. Comienza procurándote nuevos mensajes positivos y afirmativos (4).

La mayor parte de las cosas y situaciones de la vida ni son perfectas ni terribles, ni totalmente negras ni totalmente blancas (5).

El farmacéutico comunitario, mediante el Seguimiento Farmacoterapéutico de estos pacientes, puede ayudar en gran medida al cumplimiento del tratamiento y a garantizar la efectividad y seguridad de la medicación (24).

A pesar de que las sustancias psicotrópicas se vienen utilizando desde la antigüedad, no habían sido estudiadas con detalle, por lo que no resultaban suficientemente efectivas a la vez que producían problemas de seguridad en cuanto a conductas desadaptativas o alteraciones orgánicas. Sin embargo en los últimos cincuenta años esta situación ha cambiado y se han desarrollado fármacos realmente útiles, siendo actualmente cuando la

neurociencia está avanzando realmente en el conocimiento del sistema nervioso en general, y de la psicofarmacología más concretamente (2).

En estos pacientes, el problema del seguimiento de la enfermedad por parte del médico y de la farmacoterapia por parte del farmacéutico, radica en que no se disponen de pruebas de laboratorio ni de marcadores biológicos capaces de medir en qué punto se encuentra la enfermedad, sospechar una crisis o saber si la medicación está ayudando definitivamente al paciente (24).

La depresión dispone de tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, que pueden utilizarse independientemente o combinados y que consiguen ser efectivos, a pesar de que es conocida la tendencia a la cronicidad de este problema de salud. Raramente, en aquellas ocasiones en que no se pueden utilizar los medicamentos antidepresivos o éstos no son suficientemente efectivos, se debe recurrir a la terapia electroconvulsiva (11) (24).

Para el desarrollo de la presente investigación se ha realizado un estudio y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con depresión en consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato para lo cual se ha seleccionado un grupo de 21 pacientes con tratamiento antidepresivo de consulta externa. Se ha educado e informado al paciente sobre los beneficios de un seguimiento fármaco terapéutico. Se ha identificado y analizado los PRM en base a las historias clínicas de los pacientes y se ha impartido la información requerida a los pacientes sobre las inquietudes referentes a los fármacos. Se ha planteado la siguiente hipótesis: La aplicación de un seguimiento farmacoterapéutico en el área depresiva del Hospital Provincial Docente Ambato disminuirá los PRM, aumentando la eficacia del tratamiento.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas (14).

La depresión es un estado patológico de sufrimiento psíquico con pesadumbre del ánimo, tristeza íntima de minusvalía personal y sentimiento de impotencia para obrar y pensar. Su creciente prevalencia en la sociedad moderna y la incapacitación laboral que provoca convierten a la depresión en un trastorno mental de gran importancia social (13).

Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, está constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido (14).

1.1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Los criterios diagnósticos de la depresión se comenzaron a desarrollar en la década de los ochenta, y continúan en constante evolución tratando de diferenciar una depresión “normal”, causada por “un mal día”, de un verdadero trastorno del estado de ánimo, considerado ya como una auténtica psicopatía (26).

La incidencia es del 5-6% de la población, con una prevalencia del 5 al 11% a lo largo de la vida. La probabilidad de que se dé la enfermedad es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico de comienzo habitual entre 20 y 40 años. Son episodios de larga duración, con el 50% de recurrencias tras un único episodio, e incluso mayor si se han producido varios episodios previos. La morbilidad es similar a la de la angina de pecho o a la de la enfermedad aterosclerótica, y más debilitante socialmente que la diabetes o la artritis. Sólo la tercera parte de los pacientes se encuentran en tratamiento (45).

Los intentos de suicidio alcanzan al 10% de los pacientes deprimidos. El 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose, y de éstas, el 70% visitan al médico de cabecera unas 6 semanas antes del suicidio (45).

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004, señala que América Latina es una de las regiones del mundo que se agobia más fácilmente (17).

Según la investigación, realizada entre hombres y mujeres de 20 a 45 años, los países más "deprimidos" son Chile (9% de la población sufre de síndrome depresivo y tiene tendencias suicidas), el Ecuador (8%), el Brasil (7%), México (6%). En los EEUU (10%), Alemania (10%), Rusia (10%), la India (10%), el Canadá (5%). También calcula que una persona muere cada 40 segundos por suicidio en el mundo (17).

En los últimos años en el Ecuador se han producido múltiples fracturas a nivel social, económico y político lo que ha generado una serie de consecuencias, una de ellas la desilusión ante el funcionamiento institucional. Dicho de otro modo se ha producido

una ruptura con aquel mundo simbólico que de alguna manera garantiza y sostiene el funcionamiento regular de un grupo social. No nos parece que estamos especulando al afirmar que estos hechos están influyendo de manera directa en las manifestaciones psíquicas de la población, sea cual sea su situación social o económica (36).

Se calcula que un 1,5 millones de personas sufren de este estado de ánimo, y los niños (entre 5 y 11 años), jóvenes (14 y 20 años) y personas de la tercera edad son los más vulnerables en la actualidad (37).

La depresión, la soledad y la pobreza ocasionan en Ambato y Tungurahua lo que se ha denominado ola de suicidios. Este fenómeno afecta a los jóvenes de entre 16 y 24 años, aunque también se presentan casos entre personas de 25 a 30 años y mayores de 60 años (18).

Y aunque no es frecuente, también se registran, de vez en cuando, intentos de suicidio en menores de 14 años. Por ejemplo, un niño de 11 años ingirió veneno para ratas luego de discutir con su madre, pero además estaba deprimido por no haber aprobado los exámenes de ingreso a un popular colegio de Ambato (37).

La Policía cuenta con registros que indican las formas más utilizadas para quitarse la vida son: la ingesta de sustancias tóxicas, medicamentos, productos de limpieza, insecticidas, raticidas, combustibles, fósforo blanco (diablillos y sustancias explosivas). También se ahorcan, se disparan o se lanzan de los puentes (40).

La principal causa que motiva a las personas a tomar esta decisión es la depresión, pero también hay sentimiento de impotencia, desvalorización de sí mismos, aislamiento, delirio de persecución, desempleo, pobreza y, particularmente en los jóvenes, falta de apoyo y la emigración de sus padres. En menor escala se presentan por alcoholismo, consumo de drogas, trastornos de personalidad, ansiedad, maltrato y esquizofrenia.

Estos inconvenientes afectan el desenvolvimiento estudiantil de los adolescentes.

Por ello, la Dirección Provincial de Educación realizó una encuesta en 34 colegios y 121 escuelas de Tungurahua, en el 2005. El objetivo fue medir el grado de abandono en el cual se encuentran los niños, niñas y adolescentes, por la migración de los padres.

En las escuelas, de los 2.173 niños encuestados 2.095 viven sin sus padres, y en los colegios de 1.235 estudiantes consultados, 1.173 enfrentan la misma situación. Por esto se sugiere que se prevenga y se trate a tiempo el problema (37).

A pesar de las cifras, en Ambato ninguna institución trabaja para enfrentar directamente estos problemas. Algunas entidades lo hacen indirectamente, pero no existe un programa que trabaje en la prevención de suicidios (37).

En la provincia de Tungurahua existe un considerable número de pacientes atendidos por depresión y que llevan una terapia, la mayoría de estos casos son atendidos en el Hospital Provincial Docente Ambato. Esta entidad de salud está en funcionamiento desde 1884 con el nombre de Hospital San Juan de Dios, y desde 1965 como Hospital Provincial de Ambato.

En el H.P.D.A la depresión se ubicó en el primer lugar en el 2007 dentro de las principales causas de morbilidad de consulta externa dentro de las primeras consultas con un total de 136 casos divididos en 55 el primer semestre y 81 en el segundo semestre.

El flujo de pacientes es enorme cada día porque hay atención en nuevas especialidades: otorrinolaringología, dermatología, cirugía plástica, fisiatría, neurología, renocirugía y psiquiatría esta última creada desde 1995.

La doctora Evelyn Salame Médico-Psiquiatra es la especialista encargada del tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos siendo uno de los más frecuentes la depresión. Atiende en la mañana en promedio de 15 pacientes diarios y manifiesta que siendo el cuadro depresivo muy frecuente en nuestros días la casuística hospitalaria se ha incrementado notablemente y que el plan de tratamiento debe contemplar no solo el aspecto farmacológico sino también un adecuado cumplimiento del mismo para lo cual es necesario tomar en cuenta el aspecto humano y la connotación psicológica del paciente.

1.1.2 BASES BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

1.1.2.1. FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

La psicofarmacología actual se basa en la neurotransmisión química. Para entender los trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC) y la acción de los fármacos que tratan de mejorar esos trastornos, es necesario hacer un repaso de la fisiología del SNC y los principios de la neurotransmisión (24).

El cerebro tiene más de 10^{11} neuronas, aunque lo que determina su tamaño no es el número de neuronas, sino el crecimiento de éstas. Gracias al aumento del número de axones y dendritas, el cerebro llega a ser hasta cuatro veces mayor en el adulto que en el recién nacido (1).

El cerebro culmina su capacidad de desarrollo cuando establece asociaciones entre distintas áreas cerebrales, según lo requiera el entorno, esto es, según la necesidad de adaptación (1).

El SNC se representa como una serie de neuronas, que se conectan por sus axones. Los impulsos nerviosos que se envían y reciben no saltan directamente de unas neuronas a otras, sino que lo hacen a través de un neurotransmisor que lanza la neurona presináptica y que se une al receptor de la neurona postsináptica. Por tanto el impulso eléctrico se convierte en señal química en la sinapsis, y vuelve a convertirse en impulso eléctrico que desencadena respuestas bioquímicas en la segunda neurona (25).

Tanto las enzimas como los receptores, son moléculas de proteína que se sintetizan en el núcleo de la neurona y son transportadas hasta el terminal del axón. Las enzimas tienen distintas funciones como la fabricación y destrucción de neurotransmisores. A su vez, los receptores se encargan de capturar y reaccionar con los neurotransmisores de la sinapsis (26).

Por tanto, la neurotransmisión consiste en el siguiente proceso: el neurotransmisor es almacenado en vesículas en la neurona presináptica. Al llegar un impulso eléctrico el neurotransmisor se dispara, atravesando la sinapsis, buscando y uniéndose en el lugar

diana del receptor selectivo que se sitúa en la neurona postsináptica. Esto inicia el proceso que desemboca en un nuevo impulso eléctrico y en sus correspondientes respuestas bioquímicas (24)

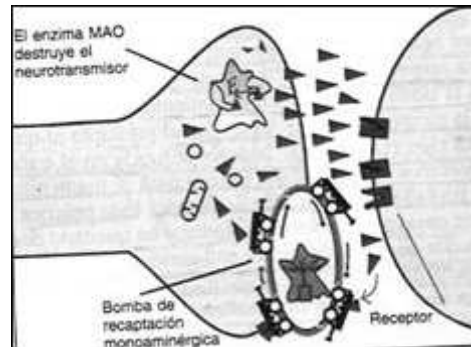


FIGURA No. 1 ESQUEMA DE LA NEUROTRANSMISIÓN Y DE LOS MECANISMOS DE RECAPTACIÓN Y DESTRUCCIÓN DE NEUROTRANSMISORES (Stahl, S. *En Psicofarmacología esencial*)

Así es como el cerebro hace sus trabajos (pensar, recordar, controlar movimientos...), por medio de las descargas eléctricas de las neuronas cerebrales y la síntesis de distintas sustancias gracias al proceso de neurotransmisión (29).

Las enfermedades mentales afectan a las distintas fases de la neurotransmisión, y los fármacos que actúan sobre el SNC, incluidos la cafeína, alcohol, drogas de abuso y nicotina, lo hacen sobre los distintos componentes de este proceso (1).

Por tanto, tres de los elementos más importantes de la neurotransmisión son los neurotransmisores, los receptores y las enzimas:

1. La misión de los neurotransmisores es salir “disparado” desde el axón de la neurona presináptica, buscar e impactar en el lugar diana del receptor específico. Actúa como una llave que encaja en la cerradura receptora, para conseguir transmitir el impulso eléctrico (24).

Una vez liberados los neurotransmisores en la sinapsis, pueden seguir distintos caminos:

- Unirse al sitio específico del receptor de la neurona postsináptica.

- Sufrir una recaptación hacia la neurona presináptica por medio de un transportador o “bomba recaptadora”, después de haberse unido a su receptor y haber participado en la neurotransmisión. Este es un sistema de reutilización de los neurotransmisores.
- Reincorporarse a la neurona presináptica al ser degradado, convertido en metabolito inactivo, por una enzima como la monoaminoxidasa (MAO).
- Ser metabolizado, y por tanto destruido, por una enzima como la catecol-O-metiltransferasa (COMT) en la sinapsis.

2. Actualmente se da mucha importancia a la interacción selectiva entre el único sitio de unión del neurotransmisor y los receptores, ya que ésta es la forma en que la información es codificada y decodificada. De la misma manera que se ha dicho que es posible que varíen las cantidades de producción de neurotransmisor también puede ocurrir que se modifiquen las tasas de síntesis de receptores, con lo que se consigue modificar la sensibilidad de la sinapsis. Cuando una sinapsis se usa demasiado, es decir cuando hay una hiperactividad por exceso de neurotransmisor, se disminuye la producción de receptor, de manera que al haber menos receptores en los terminales se produce una menor tasa de neurotransmisión. Este efecto se denomina regulación a la baja (down regulation) (24).

Por el contrario cuando la actividad es insuficiente, por falta de neurotransmisor, se aumenta la sensibilidad de la sinapsis aumentando la síntesis de receptor, de forma que se incrementa la neurotransmisión. Este efecto se denomina regulación al alza (up regulation). Estos mecanismos de regulación de la sensibilidad sináptica permiten que cada circuito neuronal cerebral funcione correctamente. Si la sensibilidad de algún circuito fuera anormalmente alta aparecerían continuamente calambres, convulsiones, tras- 9 tornos psicóticos y mentales. Esta alteración es la que se sospecha en algunos trastornos mentales como veremos a continuación (24).

3. Por último la función de las enzimas es convertir el precursor del neurotransmisor en la molécula de neurotransmisor activa y una vez que éste ha actuado en el receptor se une a él para destruirlo. Se trata de una unión muy selectiva. La variación en los niveles de enzimas afecta a la cantidad disponible de neurotransmisor y por tanto a la neurotransmisión (24).

Esta posible variación se utiliza en psicofarmacología para controlar la depresión (24).

Hay muchos neurotransmisores que se liberan a las distintas sinapsis, y hoy ya se conocen varias decenas. Comentamos a continuación los más implicados en los trastornos depresivos:

Acetilcolina (Ach)

Es secretada por neuronas en muchas áreas del cerebro. En general tiene un efecto excitador. Se trata de un neurotransmisor inductor del sueño REM, facilitador de la memoria y que tiene el control neuromuscular del movimiento. Los receptores de Ach disminuyen en la vejez, en la enfermedad de Alzheimer y en pacientes esquizofrénicos, encontrándose aumentados en la depresión y el alcoholismo (45).

Dopamina

Los receptores del sistema dopaminérgico están en regiones cerebrales que hacen posible el pensamiento, la toma de decisiones, el movimiento corporal, la exaltación del ánimo y la agresividad. Su efecto suele ser inhibitorio. La dopamina disminuye en la vejez, en la enfermedad de Alzheimer, Parkinson y en la esquizofrenia (1).

Noradrenalina

La noradrenalina se sintetiza a partir de la dopamina por medio de la dopamina- β -hidroxilasa en las vesículas presinápticas. Participa en el control sueño-vigilia, en la disminución de la agresividad, la buena memoria y aprendizaje, además regula el humor y la conciencia, aumentando el estado de alerta. Se dan niveles alterados de noradrenalina en la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, manía y depresión (46).

Serotonina

Participa en el control del sueño y vigilia, en la exaltación del ánimo, contribuye a la disminución de la sensibilidad al dolor, a la regulación del apetito y del estado afectivo.

Los cambios en los niveles de este neurotransmisor influyen en las patologías relacionadas con el ánimo, la sensibilidad al dolor y el apetito (49).

Los receptores y los enzimas son el blanco de las acciones de los fármacos que actúan sobre el SNC. En ocasiones se intenta, modificar la acción del neurotransmisor sobre su receptor, mientras que en otras, se ocupa el receptor directamente para bloquearlo.

Sobre los enzimas, se actúa inhibiéndolas de forma reversible o irreversible (49).

1.1.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza o endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa (8).

Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los distintos pacientes.

Las causas de depresión son el resultado de la acción de varios factores: Factores, químicos, hormonales, genéticos y psicosociales, es decir, el entorno en el que crecemos o vivimos (8).

A. Factores químicos

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de depresión, se ven alterados los siguientes:

- Serotonina (Íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo)
- Acetilcolina (Responsable de muchas de la estimulaciones musculares, y participa en la programación del sueño).
- Catecolaminas: Dopamina, (Interviene en el deseo y en la sensación de placer), Noradrenalina (puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso), y Adrenalina (La sustancia de la “acción” por antonomasia).

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión (8).

B. Factores Hormonales

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones (8)

Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

Normalmente, la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación. Si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad, se origina la depresión. Por ejemplo, en la depresión mayor se pueden observar niveles elevados de cortisol (8).

Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas (45).

En las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, juegan un papel en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del crecimiento también pueden desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la depresión (54).

C. Factores genéticos

La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella (8).

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar (8) (25).

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio (8).

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Sea hereditario o no, lo cierto es que el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: Disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos (8).

D. Factores psicosociales

La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés (28).

Obviamente, en la gestación de la depresión también influyen ciertos patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad (5).

Los trastornos de inseguridad o de ansiedad, suelen originarse en la infancia, bien por un conflicto puntual o por un ambiente familiar en el que el sujeto ha sido privado de afecto, ha sido sobreprotegido o ha tenido que vivir circunstancias traumáticas (5).

E. Otras causas

Causas médicas

Los trastornos médicos generales más depresógenos son el fracaso renal avanzado, el posinfarto de miocardio, el cáncer y el SIDA. Los enfermos de las cuatro primeras clases mencionadas son afectados por la depresión en una proporción entre el 20 y el 50 por ciento. La mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales se acompañan de depresión con alta frecuencia. Así ocurre con la enfermedad de Parkinson, los traumatismos craneoencefálicos y un largo etcétera (8).

Adicciones

Es rara la existencia de una droga que no determine un estado depresivo con cierta frecuencia. El alcohol y las drogas son las sustancias responsables de la mayor parte de las depresiones adictivas (8).

1.1.4 SÍNTOMAS GENERALES

Los síntomas propios del trastorno depresivo son:

Afecto deprimido: Se presenta en el 100% de los casos; suele ser menor por la tarde. Se define como sentimiento de tristeza o vacío y/o apariencia triste. En niños y adolescentes aparece como ánimo irritable (13).

Insomnio: Se presenta en el 80-85% de los casos, con despertar temprano porque se adelanta el ciclo de sueño-vigilia (26).

Pérdida de apetito y disfunción sexual: La serotonina regula el apetito y la noradrenalina el funcionamiento sexual. La falta de estos neurotransmisores provoca los síntomas (25).

Falta de capacidad para experimentar placer y emociones: Estos pacientes suelen perder el deseo sexual y llegan a perder la habilidad para experimentar emociones normales como el llanto (8).

Alteraciones psicomotoras: Se presentan tanto en forma de agitación (sensación de ansiedad y nerviosismo) como de retardo (decaimiento, fatiga, lentitud en las respuestas) (24).

Alteraciones cognitivas: Baja autoestima, pesimismo, desesperanza, pensamientos de muerte y suicidio.

Trastornos en la memoria reciente: Se deben a las obsesiones que ocupan la mente unido a la falta de atención propia de la alteración psicomotora (24).

El médico de atención primaria o el especialista se basan en estos síntomas para diagnosticar la enfermedad. Aunque pueden ayudar los sistemas de clasificación que establecen distintos criterios diagnósticos, siempre se requiere de experiencia y capacidad para detectar los signos propios del trastorno (24)

Existen hoy día distintas pruebas de laboratorio, que se utilizan en investigación que, en caso de que lleguen a desarrollarse de forma fiable, serán de gran ayuda para el diagnóstico por parte del médico y el seguimiento posterior de la efectividad de la medicación por parte del farmacéutico. Se trata de ensayos como el estudio de alteraciones del sueño, la prueba de supresión con dexametasona, la disminución del 5-HIAA (Ácido 5- Hidroxi-indol-acético, metabolito de la Serotonina) en líquido cefalorraquídeo, prueba de estimulación con TRH, etc (26).

1.1.5 TIPOS DE DEPRESIÓN

Durante los años setenta y ochenta se estableció una clasificación de tipos de depresión según algunas características clínicas, pero ha dejado de utilizarse por no tener utilidad diagnóstica. Esta clasificación incluía la depresión familiar y no familiar, la aguda y la crónica, la endógena y la reactiva, etc. Actualmente se utiliza otra clasificación sin relación con las características biológicas del trastorno. Destacamos a continuación los trastornos más habituales:

- **Trastorno depresivo mayor con características melancólicas.** La clasificación del DSM-IV la define como una depresión mayor unida a características que la

convierten en severa y endógena, con marcada agitación, retardo y anorexia. Responde bien a los antidepresivos y no solo a la psicoterapia (42).

- **Trastorno depresivo mayor estacional.** Los episodios se dan en otoño o invierno y remiten en primavera. Se debe a la falta de exposición solar, no requiriendo de estrés social. Tratamiento: terapia lumínica (luz solar) durante 20 minutos diarios (42).
- **Depresión geriátrica.** Este tipo va en aumento en los últimos años y es de prevalencia superior que la de la población general. Es de difícil diagnóstico porque el declive general se considera como algo propio de la edad. Se debe a la idea de edad avanzada, junto al hecho de ser una etapa de decepción y pérdidas. Presenta síntomas inespecíficos (el paciente se encuentra mal) y no refiere problemas anímicos frecuente mente. Tratamiento: responde bien a antidepresivos, que se mantienen durante largo tiempo. Hay que tener en cuenta la disminución del metabolismo hepático y del aclaramiento renal así como la presencia de enfermedades concomitantes habituales en esta época de la vida (42).
- **Distimia.** Trastorno depresivo leve pero duradero (más de 2 años) y muy recurrente. Suele comenzar en la adolescencia y se alterna con periodos cortos de bienestar. Presenta los síntomas normales de la depresión sin alteraciones del apetito, sexuales o psicomotores (45).
- **Trastorno disfórico premenstrual.** Es un trastorno más severo que el síndrome premenstrual. Consiste en síntomas depresivos en la mayoría de los ciclos menstruales, con más síntomas afectivos que somáticos. Tratamiento: cambios dietéticos (evitar cafeína, alcohol, sal. Añadir vitamina B6 y B12), ejercicio, antidepresivos ISRS, benzodiazepinas (24).
- **Depresión breve recurrente.** Episodios depresivos de corta duración, una vez al mes sin relación con el ciclo menstrual. Tratamiento: antidepresivos ISRS y trifluoperazina junto con psicoterapia (42).

1.1.6 DIAGNÓSTICO

Los Manuales de diagnóstico describen, fundamentalmente, dos tipos de depresión unipolar: el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y la Distimia (1).

El TDM es un severo disturbio del humor que debe tener, por lo menos, dos semanas consecutivas de evolución y se caracteriza por alteraciones en el sueño, el apetito, el interés, las satisfacciones, la energía y los pensamientos (4).

Trastorno Depresivo Mayor: signos y síntomas típicos

- a. Cansancio y pérdida global de la vitalidad con incapacidad para sentir emociones.
- b. Pérdida del interés o placer en la mayor parte de las actividades.
- c. Disminución de la atención y concentración, olvidos.
- d. Alteraciones en el apetito y el sueño (despertarse muy temprano es “clásico”).
- e. Disminución de la energía o libido.
- f. Baja autoestima, culpa excesiva o ideas de inutilidad.
- g. Desesperanza o pesimismo.
- h. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- i. Retardo o agitación psicomotora, muchas veces irritabilidad.
- j. A veces cuadros psicóticos (delirios, alucinaciones).
- k. En ancianos o niños/adolescentes puede presentarse con cuadros atípicos.

El desenlace de los episodios depresivos es, por lo general, bueno, y en la mayoría de los pacientes puede lograrse una total recuperación si reciben el tratamiento adecuado (4).

El 20% de los TDM puede tener un curso recurrente y el 30% una evolución crónica.

El TDM no debe incluir, a lo largo de la vida del paciente, episodios maníacos o hipomaníacos, a diferencia del Trastorno Bipolar (TB) en el que alternan episodios de depresión con otros de elevación anormal del estado de ánimo (hipomanía, manía) (25).

El TB tipo I, consiste en episodios de Manía alternando con otros de Depresión Mayor; el Trastorno Bipolar II (TB II) es un cuadro de Depresión Mayor alternando con estados Hipomaníacos (26).

El término “depresión atípica” muchas veces se aplica para describir la depresión caracterizada por aumento de peso más que pérdida, hipersomnias más que insomnio, estado de ánimo reactivo más que depresión constante, una sensación de “parálisis

insensible”, gran ansiedad y marcada sensibilidad hacia los factores medioambientales (26).

Los Trastornos por Ansiedad tienen una alta comorbilidad con el TDM (26).

Estos desórdenes, aún cuando no se asocian a depresión, pueden presentar similitudes clínicas que hagan difícil su diferenciación diagnóstica. En los cuadros de ansiedad hay también sobrevaloración de los problemas, angustia, expectación aprehensiva, dudas e indecisión, pero falta la anergia, la culpa, las ideas depresivas y se alteran menos los ritmos biológicos que en la Depresión (26).

Los niños y los adolescentes se presentan con cuadros menos clásicos de depresión, tales como bajo rendimiento en la escuela, irritabilidad, abuso de sustancias o pasaje al acto (*acting out*). Los pacientes depresivos ancianos pueden presentarse con un cuadro más “somatizado”, en el cual el humor depresivo es minimizado o negado. La inhibición o la inquietud pueden provocar, a esta edad, una merma en las capacidades cognitivas, así el anciano depresivo puede confundirse con un enfermo demente (4).

La depresión puede ocultarse tras la máscara de una enfermedad clínica o cognitiva, como así también tras la aparición de otro trastorno psiquiátrico (alcoholismo, dependencia a otras drogas, búsqueda de riesgos). Por definición, los síntomas de un episodio depresivo mayor no deben estar producidos directamente por sustancias que se sabe que pueden provocar depresión o por enfermedades como el hipotiroidismo. El TDM debe ser diferenciado también de la tristeza y de las pérdidas.

Tristeza normal o pérdidas no complicadas

- Comúnmente no está asociada con períodos prolongados (> 3 meses) de incapacidad.
- Frecuentemente no está vinculada con signos neurovegetativos severos (pérdida de peso importante, despertarse muy temprano, retardo psicomotor, etc.).
- Raramente está asociada con intención suicida.

- Habitualmente no está acompañada de pérdida severa de la autoestima o culpa excesiva.
- Usualmente hay una respuesta “positiva” a los eventos positivos del entorno (4).

La Distimia (neurosis depresiva) es cualitativamente similar al TDM, pero tiende a ser mucho *menos* severa y debe estar presente en un período de al menos dos años. Muchas personas con Distimia sufren la experiencia depresiva a lo largo de toda su vida. Los tratamientos son muy similares para ambos cuadros. Asimismo, muchos pacientes sufren de la llamada “depresión doble” (comorbilidad entre TDM y Distimia) y suele ser dificultoso determinar cuál de estos trastornos es el que ha comenzado primero (29).

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, cuál es su intensidad? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio (8).

El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos? (28).

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva (8).

1.1.7 MEDICACIÓN ANTIDEPRESIVA

El tratamiento de la depresión pretende disminuir la morbi-mortalidad debida a este trastorno: suicidio o intento de suicidio, accidentes debido a la pérdida de atención, fracasos en los estudios, pérdidas de trabajo y los costes derivados como problemas familiares, absentismo laboral o disminución en la productividad, costes sanitarios, etc (24).

Diversos estudios concluyen que los episodios de depresión no tratados duran de 6 a 24 meses, y solo se alarga más de 2 años en el 5-10% de los casos. Sin embargo el

tratamiento permite acelerar la recuperación y evitar las recaídas y recurrencias, evitando que se convierta en un problema crónico (58).

El tratamiento de la depresión puede realizarse con tratamiento farmacológico, psicoterapia, una combinación de medicación y psicoterapia y con terapia electroconvulsiva (25).

Algunos autores sugieren tener en cuenta los siguientes factores a la hora de indicar un tratamiento farmacológico: cronicidad de la depresión, presencia de síntomas residuales entre los distintos episodios, recurrencias frecuentes, antecedentes familiares de trastornos afectivos, severidad de los síntomas, comorbilidad médica o psiquiátrica, respuesta a tratamientos previos y preferencia del paciente. Esta última puede (y debe) ser tomada en cuenta cuando el cuadro lo permite, pero cuando el malestar del paciente compromete su vida cotidiana, y con más razón cuando las ideas de muerte o de suicidio se hacen presentes, el tratamiento farmacológico resulta imprescindible (58).

1.1.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

Para el tratamiento de la depresión se utiliza un grupo de medicamentos muy heterogéneo, que se clasifican actualmente por sus efectos sobre los neurotransmisores. Los antidepresivos son medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la depresión. La mayoría de las personas con depresión mejoran con este tratamiento (24).

La mayoría de los antidepresivos funcionan retardando la eliminación de algunos de los neurotransmisores o sustancias químicas producidas en el cerebro. Los neurotransmisores son necesarios para el funcionamiento normal del cerebro. Los antidepresivos ayudan a las personas con depresión aumentando la disponibilidad de estas sustancias químicas en el cerebro. Es por ello que su uso se recomienda durante por lo menos cuatro a seis meses, en algunos incluso por un tiempo más largo (43).

Los antidepresivos se clasifican en grupos considerando las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales éstos tienen efecto. Por ello existen muchas clases de antidepresivos entre los que se pueden mencionar:

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o SSRI

- Citalopram (nombre de marca: Celexa)
- Escitalopram (nombre de marca: Lexapro)
- Fluoxetina (nombre de marca: Prozac)
- Paroxetina (algunos nombres de marca: Paxil, Pexeva)
- Sertralina (nombre de marca: Zoloft)

Estos medicamentos tienden a tener menos efectos secundarios que otros antidepresivos. Algunos de los efectos secundarios incluyen resequedad en la boca, náusea, nerviosismo, insomnio (dificultad para conciliar el sueño), problemas sexuales y dolor de cabeza (6).

Tricíclicos

- Amitriptilina (nombre de marca: Elavil)
- Desipramina (nombre de marca: Norpramin)
- Imipramina (nombre de marca: Tofranil)
- Nortriptilina (nombre de marca: Aventyl, Pamelor)

Los efectos secundarios comunes por causa de estos medicamentos incluyen resequedad en la boca, visión borrosa, constipación, dificultad para orinar, empeoramiento del glaucoma, dificultad para pensar y cansancio. Estos antidepresivos también pueden afectar la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca (6).

Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) o SNRI

- Venlafaxina (nombre de marca: Effexor)
- Duloxetina (nombre de marca: Cymbalta)

Algunos efectos comunes por causa de estos medicamentos incluyen náusea y pérdida del apetito, ansiedad y nerviosismo, dolor de cabeza, insomnio y cansancio. Resequedad

en la boca, constipación, pérdida de peso, problemas sexuales, también puede ocurrir un aumento de la frecuencia cardíaca y de los niveles de colesterol (6).

Inhibidores de re captación de norepinefrina y dopamina (IRND) o NDRI por su sigla en inglés

- Bupropión (nombre de marca: Wellbutrin)

Algunos de los efectos secundarios comunes en las personas que están tomando IRND incluyen agitación, náusea, dolor de cabeza, pérdida del apetito e insomnio. También puede causar un aumento de la presión sanguínea en algunas personas (6).

Inhibidores de recaptación y bloqueadores de receptores combinados

- Trazodona (nombre de marca: Desyrel)
- Nefazodona (nombre de marca: Serzone)
- Maprotilina
- Mirtazpina (nombre de marca: Remeron)

Los efectos secundarios comunes de estos medicamentos son somnolencia, resequedad en la boca, náusea y vértigo. Si tiene problemas relacionados con el hígado no debe tomar nefazodona. Si sufre de convulsiones no debe tomar maprotilina (6).

Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO) o MAOIs por su sigla inglés

- Isocarboxazida (nombre de marca: Marplan)
- Fenelzina (nombre de marca: Nardil)
- Tranilcipromina (nombre de marca: Parnate)

Los IMAO se usan con menos frecuencia que los otros antidepresivos. Estos pueden causar efectos secundarios graves, incluso debilidad, vértigo, dolores de cabeza y temblores. Tomar un antidepresivo IMAO mientras se está tomando otro medicamento

antidepresivo o ciertos medicamentos para el resfriado y la gripe que se obtienen sin prescripción médica puede causar una reacción peligrosa (22).

Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente (31).

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo (31).

Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido (22).

Al contrario de lo que algunas personas creen, los medicamentos antidepresivos no crean hábito. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica (45).

Hay un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que están tomando esta clase de antidepresivos deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un

IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular (43).

El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias (10).

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo--recetados, sin receta o prestados--sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar (11).

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos, que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos, sin embargo, por si solos no son efectivos para tratar la depresión. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para tratar la depresión. Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión (12).

Se debe tener precaución y hacer saber al médico que indica el tratamiento los otros medicamentos que está tomando el paciente porque son importantes las reacciones medicamentosas que producen algunos de ellos (22).

Todos los antidepresivos tienen aproximadamente la misma efectividad, pero en casos leves se tiende a prescribir fármacos de pocos efectos secundarios como los ISRS, que son, por tanto, de primera elección (22).

Aproximadamente dos terceras partes de los pacientes que utilizan antidepresivos responden al tratamiento. Los primeros signos de mejoría aparecen después de una semana de tratamiento, pero la recuperación significativa no se inicia hasta 3 o 6 semanas después del inicio del tratamiento, y la recuperación completa después de 6 a 8 semanas (12).

La duración mínima de tratamiento debe ser de 6 meses, alcanzando la estabilización del paciente, ya que el mayor riesgo de recaída se da entre 4 y 6 meses después del inicio de la mejoría. Se observa hasta un 69% de recaídas por interrupción del tratamiento. En caso de finalización de la medicación, la interrupción siempre debe ser gradual (24).

Si hay recurrencia, lo recomendado es prescribir el fármaco antidepresivo que fue útil en el primer episodio. Como ya se ha indicado, los casos refractarios o de mucha recurrencia requieren tratamiento de mantenimiento (24).

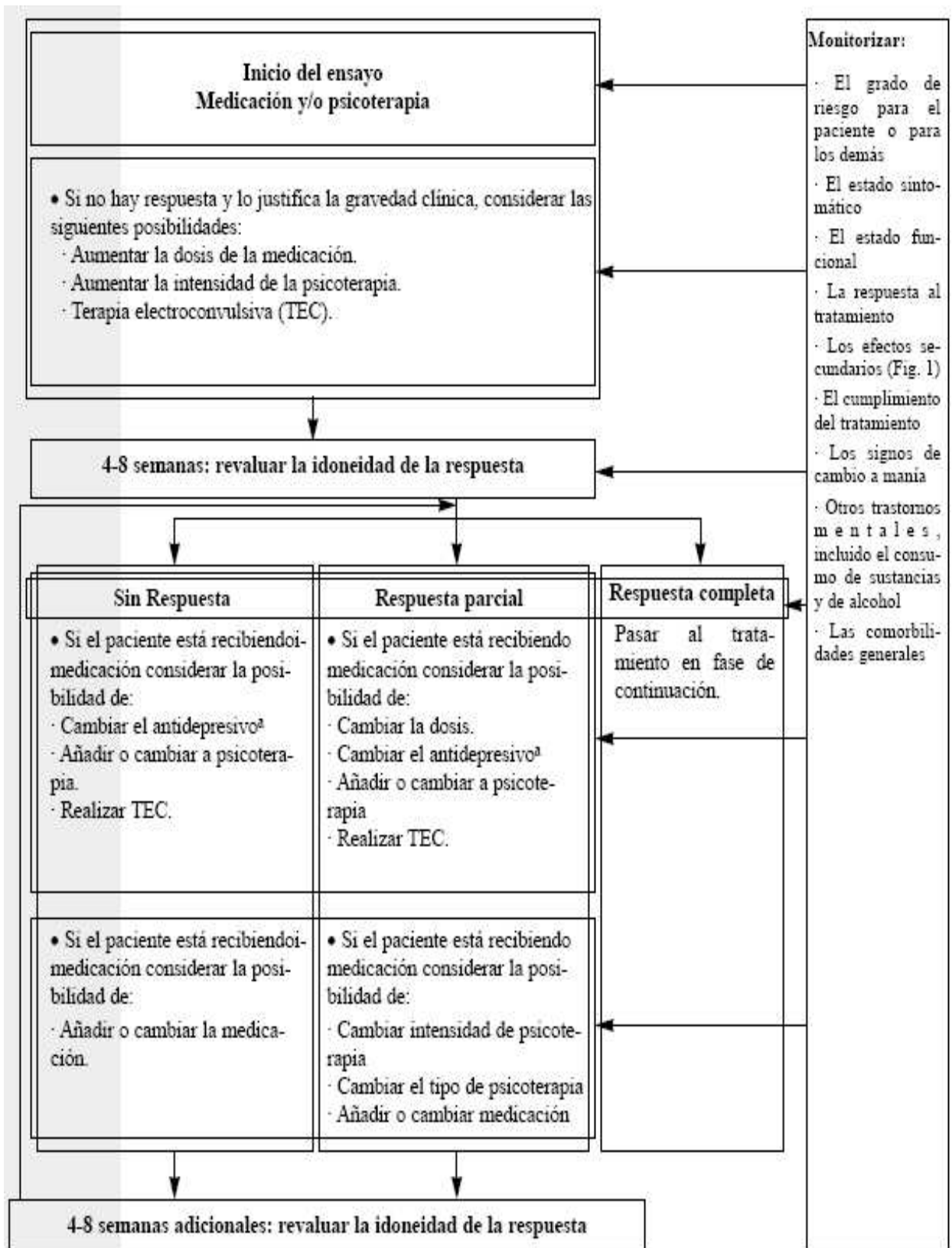
1.1.7.2 FASES DEL TRATAMIENTO

1.1.7.2.1 Fase aguda o inicial

El objetivo principal de esta etapa es lograr la remisión, ya que la persistencia de síntomas depresivos, aun dentro del rango subsindrómico, augura mayor riesgo de recaídas y recurrencias. Para ello luego del diagnóstico, el psiquiatra decide si el plan incluirá psicoterapia, medicación, o una combinación de ambos. De ser el caso seleccionará el antidepresivo que juzgue más adecuado para el paciente, dará las indicaciones para alcanzar la dosis efectiva y realizará el monitoreo tanto de la respuesta terapéutica como de los efectos adversos. Si luego de 4 a 12 semanas la respuesta no fue satisfactoria, lo usual es indicar un cambio de fármaco, con lo que se inicia una nueva fase inicial de duración. Como se dijo, la fase aguda concluye cuando se alcanza la remisión del cuadro depresivo (2).

Elegir otro antidepresivo de la misma clase. Si dos ensayos previos con medicación de la misma clase han resultado inefectivos, elegir un antidepresivo de una clase diferente (31).

FIGURA No. 2 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN FASE AGUDA



Selección del antidepresivo

Esta es la decisión más importante en esta etapa. La indicación, idealmente, debe calzar como un traje hecho a medida: debe aliviar los síntomas de la depresión en el menor tiempo posible, no debe producir efectos adversos o estos deben ser mínimos y debe ser económicamente accesible por un período prolongado de tiempo. Lamentablemente no siempre esto es posible. La selección en general se apoya en la experiencia personal del psiquiatra, en el perfil de efectos adversos de los distintos antidepresivos y su posible tolerabilidad para un paciente determinado y en los antecedentes personales o familiares de respuesta a un compuesto en particular (29).

TABLA No 1. CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS E INCIDENCIA DE SUS EFECTOS INDESEABLES.

Fármaco	Sedación	Anticolinergia	Hipotensión	Toxicidad cardíaca	Convulsión	Peso
Antidepresivos clásicos						
Amoxapina	++	+++	++	++	++++	+
Amitriptilina	++++	++++	+++	+++	+++	+++
Clomipramina	++++	++++	++	+++	++++	++
Doxepina	++++	+++	++	++	+++	+++
Imipramina	+++	+++	++++	+++	+++	+++
Maprotilina	+++	+++	++	++	++++	++
Nortriptilina	++	++	+	++	++	++
Trazodona	++++	+/-	+++	+/-	++	+
ISRS						
Fluoxetina	0	0	0	+/-	++	0
Fluvoxamina	+	0	0	0	++	0
Paroxetina	++	+	0	0	++	0
Sertralina	0	0	0	+/-	++	0
IMAO						
Fenelcina	++	++	++	0	++	++
Tranilcipromina	+/-	++	++	0	++	+
Moclobemida	0	+	++	0	++	+/-
Otros antidepresivos						
Mirtazapina	++	++	+++	++	+	0
Nefazodona	+++	+/-	+++	+/-	++	+
Venlafaxina	0	+	+/-	+/-	++	0

*Tomado de: www.capsmfyc.com/home.htm
 +++++ = muy frecuente; +++ = frecuente; ++ = poco frecuente; + = muy poco frecuente; +/- = raro; 0 = no

Titulación de la dosis

La tabla 2 muestra la dosis media para cada antidepresivo y la dosis con que conviene iniciar el tratamiento. Cuando el aumento de dosis es gradual, los ajustes pueden hacerse a lo largo de 7 a 14 días, según la tolerancia y la presencia de efectos adversos (25).

No es conveniente comenzar el tratamiento con dosis altas, ya que los efectos adversos pueden inducir a abandonarlo. Los antidepresivos con efectos anticolinérgicos o los que ejercen efecto bloqueante de los receptores adrenérgicos deben ser aumentados gradualmente (25).

Una vez alcanzada la dosis terapéutica media, conviene esperar cuatro semanas, al cabo de las cuales debe evaluarse la respuesta obtenida. Si ésta no es satisfactoria hay que llevar la dosis a la máxima tolerada, respetando, por supuesto, los rangos terapéuticos conocidos para cada droga (29).

TABLA No 2. DOSIS ORIENTATIVAS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Fármaco	Dosis inicial (mg/día)	Rango terapéutico (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)
Antidepresivos clásicos			
Amoxapina	50	100-400	400
Amitriptilina	25-50	100-300	300
Clomipramina	25-50	100-250	300
Doxepina	25-50	100-300	300
Imipramina	25-50	100-300	300
Maprotilina	25-50	100-225	225
Nortriptilina	25-50	50-150	250
Trazodona	50-100	150-400	400
ISRS			
Fluoxetina	10-20	10-80	80
Fluvoxamina	50	50-300	300
Paroxetina	20	20-50	50
Sertralina	50	100-200	200
IMAO			
Fenelcina	15	15-90	90
Tranilcipromina	20	20-60	60
Moclobemida	300	300-600	600-900
Otros antidepresivos			
Mirtazapina	15	15-45	45
Nefazodona	200	300-600	600
Venlafaxina	75	75-375	375

Indicaciones especiales a fin de minimizar los efectos adversos

En la tabla 1, al que nos referimos se detallan los efectos adversos característicos de los distintos antidepresivos y se proponen las medidas con que aquellos pueden atenuarse (29).

Muchas veces las reacciones adversas son el resultado de la aprehensión con que el paciente encara el tratamiento. Prevenir esta situación poniéndose a su disposición para

auxiliarlo en caso de molestias o dudas suele ser una medida efectiva en la mayor parte de los casos (29).

Información al paciente

Como se mencionó anteriormente, la mayor tasa de abandonos del tratamiento se produce entre el primer y el tercer mes de tratamiento (29).

Esto se explica porque en esta etapa los efectos antidepresivos todavía no son evidentes, pero sí lo son los efectos adversos que, como se dijo, deben ser prevenidos o manejados una vez presentes. Por otro lado el paciente debe ser advertido acerca de la latencia que tiene la acción de todos los antidepresivos. Esta conducta proporciona un marco realista a las expectativas de curación, y previene que la frustración por la falta de cambios en el estado de ánimo precipite el abandono, con lo que la depresión se perpetúa y, además, el paciente adquiere la creencia de que los antidepresivos no lo pueden ayudar. Al igual que en el tratamiento de todas las afecciones, ponerse a disposición del paciente para cualquier consulta que sea necesaria al inicio del tratamiento suele también disminuir la ansiedad y mejorar la adhesión, lo que se refleja en el mediano plazo en una mejor evolución (29).

Evaluación de la respuesta terapéutica.

Una vez indicado el antidepresivo y mientras se alcanza la dosis adecuada, debemos evaluar la respuesta al tratamiento. Es razonable pautar entrevistas periódicas, con más frecuencia al inicio del tratamiento, para poder garantizar el acompañamiento del paciente en esta etapa, evaluar y manejar los efectos adversos, y conocer la evolución (25).

1.1.7.2.2 Fase de continuación

Una vez obtenida la remisión del cuadro depresivo el tratamiento debe mantenerse, sin modificar la dosis del antidepresivo, por al menos 9 meses. No está de más enfatizar que éstos se calculan a partir del momento en que el paciente alcanza su máxima respuesta, por lo que la duración mínima de un tratamiento farmacológico oscila entre 8

y 11 meses, suponiendo que la mejoría se hubiera observado entre el primero y el tercer mes (24).

El objetivo de esta fase es prevenir las recaídas. Cuanto más larga es la fase de continuación, menor es el riesgo de recaídas.

Concluida la fase de continuación, si no se presentaron síntomas del trastorno depresivo, puede considerarse la terminación del tratamiento. El antidepresivo debe ser suspendido muy lentamente, a lo largo de semanas, durante las cuales debe observarse cuidadosamente la reaparición de síntomas (24).

1.1.7.2.3 Fase de mantenimiento

La continuidad en el tratamiento farmacológico está indicada en los pacientes que corren riesgo de sufrir recurrencias: aquellos con tres o más episodios previos de depresión mayor, distimia previa al último episodio depresivo, pacientes en los que los episodios depresivos son o hayan sido severos, los que tienen antecedentes familiares de trastornos depresivos, que presentaron respuesta parcial en la fase de continuación, comorbilidad con ansiedad o con abuso de sustancias, o aquellos pacientes en los que el primer episodio se presentó después de los 50 años (2).

La duración del tratamiento de mantenimiento no está clara. Algunos autores proponen que puede ser de 2 a 5 años, aunque algunos pacientes pueden mostrar síntomas de recaída al intentar la supresión y requerir, por lo tanto, tratamientos más prolongados o de por vida (2).

1.1.8 OTROS TRATAMIENTOS

1.1.8.1 PSICOTERAPIA

La psicoterapia es sumamente eficaz, bien por sí sola o bien como complemento de un tratamiento medicamentoso. La eficacia de un tratamiento a base de antidepresivos combinados con psicoterapia es superior a un tratamiento con antidepresivos solos y esta superioridad está demostrada científicamente. Unas cuantas sesiones semanales

durante dos o tres meses, en las que se converse con el médico para analizar los distintos sentimientos del enfermo, son mucho más útiles que el simple tratamiento medicamentoso. Estas sesiones de psicoterapia pueden ser practicadas por el médico de cabecera, pero si a los dos o tres meses persisten algunos problemas importantes, puede ser necesaria una psicoterapia más profunda que debe ser practicada por un psicólogo o psiquiatra (47).

Terapias Psicológicas

Existen tres grandes tratamientos psicológicos de eficacia comprobada, estos tratamientos son la terapia conductual, la terapia cognitiva o terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal (8).

La Terapia Conductual

Tiene como objetivo promover cambios ambientales que posibiliten un aumento en la recepción de estímulos positivos e incide en mejorar las habilidades personales del paciente para poder encontrar más estímulos positivos (8).

La Terapia Cognitiva

Los pacientes depresivos tienen pensamientos displacenteros (angustiantes, negativos, autodestructivos) respecto a sí mismos, al mundo que los rodea y respecto al futuro que les espera. Estos pensamientos no suelen ser totalmente conscientes y se producen en forma automática sin intervención de la voluntad del paciente (pensamiento automático negativo). Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza (8).

La Terapia Cognitiva de la Depresión intenta corregir estas "distorsiones cognitivas" (8).

Dichas distorsiones son de 3 tipos (**tríada cognitiva**):

1. **Visión negativa e irrealista de la realidad** (visión negativa del mundo).
2. **Pérdida de la esperanza respecto al futuro** (visión negativa del futuro).
3. **Baja autoestima y pensamientos autodestructivos** (visión negativa de si mismos).

1. Quienes padecen de depresión suelen tener una visión de las circunstancias que los rodean, de su enfermedad y de la vida, más negativa de lo que en realidad es. Se sienten derrotados socialmente. Consideran al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida. Es como si su atención se centrara más en los aspectos negativos, estando casi imposibilitados de ver los aspectos positivos de la realidad. Hay un dicho popular que dice que "uno debe ver la mitad del vaso lleno y no la mitad del vaso vacío". Los depresivos ven, en general, la sólo la mitad del vaso vacío. La vida esta llena de cosas buenas y malas. Una visión objetiva de la realidad nos ayuda a vivir mejor (8).

2. En la depresión la visión del futuro se pierde. Los pacientes suelen referir "no ver ningún futuro" o "verlo todo negro". Esta imposibilidad de poder ver un futuro posible feliz o agradable lleva a la pérdida de la esperanza. Esta pérdida de la esperanza retroalimenta la depresión, incluso muchos pacientes están convencidos que nunca se recuperarán de su padecimiento y se niegan a recibir ayuda profesional. Ven el futuro desde una perspectiva negativa y le dan vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que sufrirán otras mucho peores en su vida (8).

3. La baja autoestima y confianza en si mismos genera en los pacientes que padecen de depresión una gran sensación de angustia, inseguridad, soledad y desamparo, sienten que sus familiares, pareja y amigos más íntimos no los quieren (aunque la realidad no sea esa). En palabras simples: los pacientes que padecen de depresión no se quieren a si mismos y por consiguiente les es muy difícil concebir la idea que alguien pueda quererlos. También es común escuchar a los pacientes depresivos decir frases tales como "no valgo nada", "no sirvo para nada", "no sé para que vivo", etc. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma y cree que los demás la rechazarán (8).

En conclusión tienden a deformar sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Exageran o generalizan excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, tienden también a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro. Todo siempre va a ir contra sí mismo, acentuando lo negativo hasta casi excluir los hechos positivos (8).

La Terapia Cognitiva tiende a que el paciente vea claramente estos mecanismos que retroalimentan su estado depresivo y pueda suplantarlos por modos de ver la vida más acordes a su realidad, es decir que el pensamiento "lógico pragmático" y el sentido común (el menos común de los sentido) se vean fortalecidos. Vale la pena aclarar que estamos tratando el tema de Depresiones Primarias, es decir, aquellas que no son debidas a situaciones o factores externos (Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo). En este segundo caso lo anteriormente expuesto no es aplicable, ya que es la realidad que le toca vivir al paciente lo que lo lleva a sentirse deprimido (28).

En conclusión pretende enseñar al paciente a reconocer las distorsiones con las que percibe su vida. Se entrena al paciente para que identifique y modifique sus pensamientos erróneos, así como la conducta que le ha llevado al estado depresivo (28).

La Psicoterapia Interpersonal

Trata la depresión como una enfermedad asociada a un problema en las relaciones personales por lo que se incide en la mejoría de dichas relaciones (8).

Autoayuda

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta exhausto, inútil, desesperanzado y desamparado. Esas maneras negativas de pensar y sentirse hacen que las personas quieran darse por vencidas. Es importante ser consciente de que las maneras negativas de ver las cosas son parte de la depresión. Estas son distorsiones que, por lo general, no se basan en circunstancias reales. Los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento empieza a hacer efecto. Mientras tanto:

- Fíjese metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no trate de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
- Divida las metas en partes pequeñas, establezca prioridades y haga lo que pueda cuando pueda.
- Trate de estar acompañado y de confiar en alguna persona; siempre es mejor que estar solo y no hablar con nadie.
- Tome parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor.
- Haga ejercicio liviano, vaya al cine, vaya a un juego deportivo, o participe en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo. Todo eso puede ayudar.
- No espere que su estado de ánimo mejore de inmediato, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
- Es aconsejable que posponga las decisiones importantes hasta que la depresión mejore. Antes de hacer cambios importantes, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse, consulte con personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.
- La gente rara vez sale de una depresión de un día para el otro. Pero se puede sentir un poco mejor cada día.

Recuerde, patrones positivos de pensamiento eventualmente van a reemplazar los pensamientos negativos que son parte de la depresión. Los patrones negativos van a desaparecer tan pronto su depresión responda al tratamiento. Recuerde, tan pronto su depresión responda al tratamiento, los pensamientos negativos van a ser reemplazadas por pensamientos positivos.

Deje que sus familiares y amigos le ayuden (8).

Familiares

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarlo a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar al paciente para que no deje el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (varias semanas). Tal vez implique ayudarlo a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico (25).

A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento. A la persona deprimida se le debe recordar que obedezca las órdenes médicas con respecto a beber bebidas alcohólicas mientras está medicado (10).

Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención. No minimice los sentimientos que el paciente expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza. No ignore comentarios o alusiones al suicidio. Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio (7).

Invite a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades. Persista con delicadeza si su invitación es rechazada. Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso (7).

No acuse a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni espere que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora. Tenga eso presente y continúe repitiéndole a la persona deprimida que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor (7).

1.1.8.2 TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA (TEC)

Es el tratamiento consistente en el uso de shocks eléctricos para inducir una convulsión controlada, con el objetivo de tratar los desequilibrios químicos del cerebro (24).

Se utiliza en las formas más graves de depresión. Es un tratamiento eficaz y rápido en su inicio, aunque con duración limitada y relativamente seguro, ya que tiene los riesgos de la anestesia general y la posibilidad de producir alteración en la memoria (24).

1.2 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado (SFT), es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente (24).

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), como cualquier otra actividad sanitaria, necesita para ser realizada con la máxima eficiencia, de unos procedimientos de trabajo protocolizados y validados a través de la experiencia, que permitan una evaluación del proceso, y sobre todo, de los resultados (9).

Un método para hacer SFT es el **método Dáder**, desarrollado en la Universidad de Granada en el año 1999, el cual está siendo utilizado en distintos países por cientos de farmacéuticos asistenciales en miles de pacientes (2).

El método Dáder se basa en la obtención de la Historia Farmacoterapéutica del paciente, es decir los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza. A partir de estos datos se obtiene el Estado de Situación del paciente a una fecha determinada (44).

Este Estado de Situación es evaluado, con el objetivo de identificar y resolver los posibles Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) que el paciente pueda estar padeciendo. Tras esta identificación se realizan las intervenciones farmacéuticas necesarias para resolver los PRM, para evaluar finalmente los resultados obtenidos (44).

El Documento de Consenso en Atención Farmacéutica, auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, define Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM) (24).

Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente (24).

El concepto de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) queda enunciado en el Segundo Consenso de Granada como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados (24).

Este Segundo Consenso de Granada sobre PRM, también propone una clasificación de PRM en 3 supracategorías y 6 categorías, que supone una herramienta de trabajo útil para identificar, prevenir y resolver estos PRM, objetivo prioritario del Seguimiento Farmacoterapéutico (24).

Se entiende por problema de salud cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/ o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente (44).

Además:

- Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.
- Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.
- Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud.
- Un PRM se considera cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

1.2.1 NECESIDAD DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DEPRESIVOS

El Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes depresivos puede parecer difícil, debido a que son personas con las que la comunicación puede ser complicada, que tienden a incumplir la medicación, y en los que puede ser complicada medir la efectividad y seguridad del tratamiento por falta de parámetros medibles y la presencia de otras enfermedades concomitantes (24).

Este proyecto permitirá profundizar en cada uno de los tipos de PRM que se pueden encontrar al estudiar la medicación antidepresiva del paciente, en cuanto a necesidad, efectividad y seguridad, para facilitar y apoyar esta labor farmacéutica.

Hace ya algún tiempo que se viene investigando, en la posibilidad de que el farmacéutico colabore en la mejora de resultados clínicos en este tipo de pacientes. Sin embargo, hay estudios cuyas conclusiones indican que, en general, los farmacéuticos no se sienten seguros a la hora de dar respuesta a las necesidades de los pacientes con depresión, a pesar de que éstos acuden frecuentemente a requerir información sobre su medicación antidepresiva, y que los farmacéuticos se consideran capacitados en los aspectos farmacológicos para responder. Para ayudar a estos pacientes consideran que es necesario mejorar la colaboración con los médicos de atención primaria (24).

Muchos estudios apoyan la idea de que el paciente depresivo acude al farmacéutico en busca de ayuda relacionada con su medicación y su salud. En España los problemas relacionados con el sistema nervioso son uno de los ocho tipos de consultas más frecuentes en la farmacia comunitaria. En Estados Unidos los aspectos relacionados con la depresión son de las cinco consultas más frecuentes al farmacéutico, incluyendo efectividad y efectos adversos de la medicación antidepresiva. Por otra parte, una vez implementado un servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico del paciente antidepresivo, el 32% de éstos consideran que el farmacéutico es una buena ayuda para resolver problemas relacionados con la medicación antidepresiva, ya que el 83% reconoce que olvida o añade dosis del tratamiento o incluso lo abandona, y que el farmacéutico le ayuda a cumplir mejor y a sentirse más satisfecho con la medicación (24).

Actualmente se están llevando a cabo proyectos de colaboración del farmacéutico comunitario con el resto del equipo de salud de pacientes depresivos, con el objetivo de mejorar la información, manejo y adhesión al tratamiento para mejorar los resultados de efectividad.

Por todo ello, el farmacéutico puede jugar un papel importante en el seguimiento de la medicación antidepresiva desde el principio del tratamiento ayudando en la solución de PRM, aumentando la satisfacción del paciente con su medicación y colaborando en el cumplimiento terapéutico (24).

1.2.2 MEDICIÓN DE LA NECESIDAD DE MEDICACIÓN

Después del estudio de la medicación del paciente, el farmacéutico que realiza el seguimiento ha de preguntarse si el paciente tiene algún PRM de necesidad:

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita (44).

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita (44).

Para medir la necesidad de medicación antidepresiva en nuestro paciente, será necesario conocer una serie de factores, siempre respetando la prescripción por parte del médico de cabecera o especialista del paciente:

- Indicaciones y utilidades de los fármacos antidepresivos.
- Duración del tratamiento. Supresión de la medicación.
- Adhesión al tratamiento. Cómo ayudar al enfermo.
- ¿Están diagnosticados los pacientes depresivos existentes?

1.2.3 INDICACIONES Y UTILIDADES DE LOS PRINCIPIOS ACTIVOS ANTI-DEPRESIVOS

La principal indicación de los fármacos antidepresivos es la depresión mayor, siendo de primera elección los antidepresivos tricíclicos, principalmente nortriptilina y lofepramina por ser los más seguros, y los ISRS sobre todo en ancianos (29).

Los antidepresivos tricíclicos son los más clásicos y utilizados para la depresión común. Mientras que los IMAO se usan en depresiones resistentes a los tricíclicos. En la distimia están también indicados los antidepresivos, siendo de primera elección los IMAO y los ISRS, encontrándose en segundo lugar los tricíclicos. La única excepción en cuanto a las indicaciones generales es el bupropion (IRND), que en España está indicado para la deshabituación tabáquica y no para la depresión (45).

Cuando la depresión se complica con agitación, insomnio o ansiedad es de elección la doxepina (ADT) por ser el antidepresivo más sedante (24).

Estos fármacos también se utilizan para otros trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos, a veces sin que tengan oficialmente reconocida esa indicación. En este sentido se conoce su utilidad en el tratamiento del trastorno de angustia (ISRS), trastorno obsesivo-compulsivo (ISRS, clomipramina), trastorno de estrés postraumático (fluoxetina, sertralina), dolor crónico (ADT), trastornos de la alimentación (ADT y ISRS para bulimia) y enuresis nocturna (ADT)

En el caso de depresión secundaria a otras enfermedades (cáncer, infarto, diabetes), los pacientes suelen responder muy bien a los tratamientos, principalmente a los ADT, aunque se utilizan mucho los ISRS para evitar problemas de seguridad (24).

Si hay enfermedades concurrentes y necesidad de utilizar antidepresivos hay que tener en cuenta las posibles interacciones medicamentosas (2).

Enfermedad cardíaca: se suelen prescribir ISRS, mianserina (NASSA), alprazolam (benzodiazepina antidepresiva y ansiolítica), nefazodona (AA) o venlafazina (IRSN) (39).

Diabetes: por sus pocos efectos sobre la glucemia se prescribe ISRS y venlafaxina (39).

Obesidad: todos producen aumento de peso. Los más recomendados ISRS y trazodona (AA).

Enfermedad ulcerosa: los tricíclicos disminuyen la secreción ácida gástrica (39).

1.2.4 DURACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS. SUPRESIÓN DE LA MEDICACIÓN

El tiempo necesario para que se inicie una mejoría significativa es de 2 a 3 semanas, mientras que una recuperación realmente importante requiere de 6 a 8 semanas de tratamiento. Ningún tratamiento debe durar menos de 6 meses para evitar el riesgo de recurrencias (24).

Actualmente, y por ese motivo, los expertos recomiendan un tratamiento de continuación que dura de 6 a 12 meses, después de la remisión de los síntomas. En caso de depresión muy resistente, se recomienda un tratamiento de mantenimiento (o profilaxis) que puede durar desde 1 año a toda la vida el enfermo.

El tratamiento de mantenimiento se prescribe de acuerdo con la historia clínica del paciente, y aunque no hay acuerdo entre los expertos generalmente se instauro cuando se han producido 3 episodios graves en un tiempo de 2 a 5 años (24).

En caso de que el médico decida finalizar el tratamiento, es importante insistirle al paciente que debe hacerlo gradualmente, de forma que termine completamente de tomar la medicación al cabo de un mes, ya que la **supresión brusca** puede provocar **el síndrome de retirada:** problemas de salud con sintomatología muy variada. Estos problemas se dan principalmente cuando el tratamiento previo ha sido de larga duración, no tratándose de una dependencia del fármaco. Suelen aparecer los síntomas pocos días después de dejar el tratamiento y se distinguen bien de las recaídas, porque se resuelven rápidamente si se vuelve a tomar la medicación. Algunos de los síntomas son: náuseas, diarrea, insomnio, pesadillas, sudor, dolores de cabeza, irritabilidad,

ansiedad. Los síntomas propios de ISRS son vértigo, sensibilidad a la luz, calambres. El síndrome de retirada se da con frecuencia (50% de los pacientes que suspenden tratamientos bruscamente, parece que con menor frecuencia con ISRS debido a su larga vida media) y muchas veces no se relaciona con dicha supresión (24) (39).

Si el paciente comenta esta sintomatología y el farmacéutico detecta que se debe a la finalización brusca del tratamiento, puede que esté ante un PRM1, ya que aparece un problema de salud como consecuencia de no tomar un medicamento que necesita (24).

1.2.5 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO. CÓMO AYUDAR AL PACIENTE

El cumplimiento terapéutico (evitando tanto el aumento como la disminución de la dosis), es importante en todos los tratamientos farmacológicos para poder evaluar los resultados de la medicación, evitar efectos secundarios e interacciones medicamentosas por variaciones en la dosis (24).

El papel del farmacéutico a la hora de ayudar al paciente a cumplir las instrucciones del médico es muy importante, ya que es un profesional sanitario accesible, al que el paciente acude con frecuencia y con el que tiene confianza (3).

En el seguimiento de la medicación pueden aparecer PRM de necesidad, si el paciente deja completamente de tomar el medicamento que necesita persistiendo algún problema de salud, o porque tome una medicación sin prescripción de su médico, situaciones que se dan frecuentemente en pacientes depresivos (24).

El paciente que sufre un trastorno psiquiátrico suele incumplir el tratamiento por algunas de las siguientes razones:

- Saberse enfermo psiquiátrico le produce rechazo de la medicación.
- Los comentarios desesperanzadores sobre los resultados de la medicación prescrita para su trastorno.
- Seguimiento y continuidad en el cuidado del paciente insuficiente.
- Pauta de tratamiento complejo.

- El coste de la medicación antidepresiva, que suele ser cara, sobre todo si debe tomar varios fármacos. (En España no suele darse este problema si el paciente accede al Sistema Nacional de Salud).
- La presencia de otras enfermedades crónicas que también supongan la toma de medicamentos, aumentando el número de fármacos a tomar.
- La idea de que la medicación crea dependencia o puedan provocar efectos secundarios. Los efectos secundarios reales que se presentan y que pueden ser molestos, incluso intolerables.
- No ser consciente de la importancia de la medicación (24). La forma de ayudar al paciente es explicarle el trastorno en sí y los niveles de recuperación, la medicación que ha de tomar y como actúa el medicamento (41).

También es importante advertirle, al inicio del tratamiento, que serán necesarias varias semanas para que note una mejoría visible y así evitar que piense, antes de tiempo, que el fármaco no está siendo efectivo. Cuando se haya iniciado la mejoría habrá que explicarle la razón de la duración total del tratamiento para evitar las recurrencias, enfatizar en la necesidad del cumplimiento de la pauta para mejorar la efectividad y disminuir los efectos secundarios, y sobre todo crear un ambiente de confianza y una relación empática, para que el paciente consulte todo lo que crea necesario para mejorar su salud (41).

1.2.6 MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA MEDICACIÓN

Siguiendo la sistemática de clasificación de PRM, una vez que el farmacéutico ha comprobado los PRM de necesidad, ha de pasar a estudiar los de efectividad:

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación (24).

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación (24).

Para la detección de estos PRM, se deben estudiar los aspectos de la medicación que se tratan a continuación:

- Mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos.
- Posología, ventana terapéutica y variabilidad interindividual.
- Interacciones que disminuyen la acción del antidepresivo.
- Posibles escalas para controlar la efectividad del tratamiento.
- Otros factores a tener en cuenta sobre la efectividad.
- Estrategias más habituales en el tratamiento de la depresión.
- Fármacos potenciadores de la efectividad antidepresiva.

1.2.7 INTERACCIONES QUE DISMINUYEN LA ACCIÓN DEL ANTIDEPRESIVO

Si se presenta una interacción entre un antidepresivo y otro fármaco o alimento, a lo largo del tiempo que dura el tratamiento de un paciente, puede que ésta produzca una disminución o aumento de la acción del antidepresivo. Si se da un aumento de la acción antidepresiva, sin llegar a niveles tóxicos, no estamos ante un PRM, ya que esa interacción puede favorecer la recuperación que busca el tratamiento. Pero si se da una interacción que disminuye la acción del antidepresivo, nos encontraríamos ante un PRM de efectividad, causado por una interacción (24).

En general el tratamiento concomitante de antidepresivos tricíclicos con antiepilépticos (carbamazepina, barbitúricos), o con L-dopa provoca una disminución de los niveles plasmáticos del antidepresivo por inducción enzimática. Esto mismo ocurre si el paciente fuma mientras está en tratamiento (42).

También está descrita una disminución de la acción antidepresiva cuando se combina un tratamiento con sucralfato y amitriptilina. El mismo problema parece que se presenta al combinar colestiramina y doxepina o imipramina (42).

En el caso de los fármacos ISRS se inhibe la acción antidepresiva en la combinación fluoxetina-ciproheptadina, paroxetina-ciproheptadina, ambos por inducción del

metabolismo hepático y paroxetina-antiepilépticos por antagonismo de acción sobre la serotonina (43).

Los fármacos tipo IMAO no tienen descritas este tipo de interacciones, pero sí ocurre con los de efecto dual, como la combinación mianserina-antiepilepticos, mirtazapina-antiepilepticos, trazodona-antiepilepticos por inducción del metabolismo hepático (45).

1.2.8 ESCALA A UTILIZAR PARA CONTROLAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

La medición de la efectividad de los fármacos antidepresivos es complicada, como ya se ha indicado, porque en muchas ocasiones no se corresponde la dosis de fármaco con el efecto que se produce, y porque no hay un parámetro fiable que permita comprobar la mejoría de la enfermedad y la efectividad del tratamiento. Por estas razones se han desarrollado distintas escalas que tratan de facilitar esta labor al profesional sanitario (53).

1.2.9 TEST DE ZUNG

Es una prueba que evalúa estados de depresión, en forma rápida y económica. Consta de 20 items, de los cuales 10 tienen junto al número de orden un asterisco, para identificar que su valoración es inversa (23).

Los items: 1-3-4-7-8-9-10-13-15-19

Se califican:

Nunca o muy raramente	= 1
Algunas veces	= 2
Con bastante frecuencia	= 3
Siempre o la mayor parte del tiempo	= 4

Los items: 2-5-6-11-12-14-16-17-18-20

Se califican:

Nunca o muy raramente	= 4
Algunas veces	= 3

Con bastante frecuencia	= 2
Siempre o la mayor parte del tiempo	= 1

Una vez calificados, se suman todos los puntajes obtenidos en los 20 ítems y resulta un puntaje total, el mismo que tiene la siguiente apreciación diagnóstica:

40-47 puntos DEPRESIÓN MODERADA

48-58 PUNTOS DEPRESIÓN MARCADA

59 o + puntos DEPRESIÓN GRAVE

1.2.10 MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN

Para concluir con la sistemática de clasificación de PRM, comprobados los PRM de efectividad, el farmacéutico debe pasar a estudiar los PRM de seguridad:

PRM 5. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento (24).

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento (24).

Para medir la seguridad de estos tratamientos será necesario estudiar los siguientes puntos relativos a la medicación:

- Mecanismos de acción y posología de los fármacos antidepresivos.
- Tratamiento. Efectos adversos de los fármacos antidepresivos.
- Interacciones que pueden provocar inseguridad del tratamiento.

1.2.11 USO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN POBLACIONES ESPECIALES

- **Embarazo:** se calcula que alrededor del 10% de mujeres embarazadas sufren depresión mayor o menor. Durante mucho tiempo se pensó que el embarazo protegía de los trastornos psiquiátricos, aunque hoy día se sabe que esto no es cierto. Una depresión no tratada durante el embarazo puede llevar a descuido personal,

malnutrición, abusos de alcohol o tabaco por lo que el tratamiento farmacológico es indispensable (42).

Aunque todos los psicofármacos atraviesan la barrera placentaria, todos los estudios realizados a los ADT e ISRS demuestran que ninguno de ellos está contraindicado durante el embarazo; prácticamente no tienen efectos teratogénicos. La decisión de instaurar el tratamiento depende de la severidad del trastorno. La Food and Drug Administration recomienda principalmente **fluoxetina, maptrotilina o sertralina**.

- **Lactancia:** la posible necesidad de fármacos antidepresivos durante la lactancia comienza en el puerperio en aquellos casos en que se produzca una depresión postparto.

Como en el caso anterior, la decisión de tratar o no el trastorno se suele basar en la severidad del episodio, ya que todos los psicofármacos se excretan en la leche materna, pero si no se trata el problema puede afectar a la relación madre-hijo y puede hacerse crónico. Los estudios realizados desvelan que **amitriptilina, nortriptilina, clomipramina y sertralina** son recomendables durante la lactancia. **Fluoxetina y doxepina** han provocado algunos efectos adversos en los lactantes (42).

- **Niños y adolescentes:** el tratamiento debe ser considerado de distinta manera que en los adultos debido a que el desarrollo neuronal puede no ser completo. El diagnóstico y la evaluación de efectividad del tratamiento deben basarse estrictamente en criterios diagnósticos y escalas de medida, porque la situación del enfermo suele ser la que refiere la madre, de forma subjetiva. La estrategia terapéutica tiende a ser una combinación entre fármacos y tratamiento psicoterápico individual y psicosocial con la familia (42).

En cuanto a la efectividad del tratamiento farmacológico, hay poca investigación sobre la utilización de antidepresivos en niños y jóvenes. Los estudios abiertos alcanzan respuesta positiva tanto para los **ADT** (70% en niños, 59% en adolescentes) como para los **ISRS** (75% en adolescentes), pero los pocos estudios

controlados que se han hecho revelan que no está plenamente demostrada la eficacia de ningún antidepresivo durante la infancia y la adolescencia (16).

- **Ancianos:** la prevalencia de la depresión entre los ancianos es alta (15%), y sin embargo se estima que sólo un 4% está siendo debidamente tratado. Los ancianos no suelen presentar como síntoma principal la bajada de ánimo, si no síntomas somáticos inespecíficos, por lo que la enfermedad puede pasar desapercibida. La tasa de respuesta a los tratamientos antidepresivos es similar a la de los jóvenes. En cualquier caso el tratamiento farmacológico se complica debido a las enfermedades concomitantes (problemas cardiacos, demencia, etc), el incumplimiento, es frecuente una disminución de la función renal y hepática y la variabilidad interindividual de las concentraciones plasmáticas se altera aun más con la edad. Son especialmente sensibles a los efectos secundarios anticolinérgicos y cardiacos de los ADT y es importante controlar la posible aparición de hipotensión ortostática. Se utilizan normalmente **ISRS** (precaución con las de acción prolongada: **fluoxetina**), **nefazodona**, **venlafaxina** (15).

1.2.12 USO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN POBLACIONES CON DEPRESIÓN SECUNDARIA A OTRA ENFERMEDAD

1. Enfermedad cerebrovascular o cardíaca: la incidencia de depresión entre los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular es alto (40%). Esta depresión aumenta el riesgo de mortandad debido a que los síntomas conllevan un deterioro que no beneficia la recuperación. Debido a los efectos secundarios cardiacos, es mejor evitar el tratamiento farmacológico. En caso de necesidad se utilizan **ISRS**, **trazodona**, **nefazodona** (riesgo de hipotensión y aumentar niveles de digoxina), **venlafaxina** (riesgo de subidas de tensión arterial), **nortriptilina** (25).

2. Parkinson: la incidencia de depresión en este grupo también es muy alta (hasta el 50%). Se utilizan antidepresivos colinérgicos, porque suelen mejorar los síntomas del parkinson: amitriptilina, doxepina. Los ISRS pueden no ser muy bien tolerados. (24).

3. Cáncer: muy alta incidencia de depresión (hasta el 68%). Este trastorno produce déficit inmunitario y favorece la progresión del cáncer. Se pueden utilizar ADT, que producen aumento de peso, pero debido a los efectos secundarios se prefieren los **ISRS** (29).

4. Diabetes: la prevalencia llega a ser del 27%. Se utilizan medicamentos con poca acción sobre la glucemia, como Venlafaxina, o con efectos hipoglucémicos, como ISRS. Los IMAO producen hipoglucemias severas, los ADT complican el control glucémico debido al aumento de apetito, problemas con la concentración e hiperglucemias (29).

5. Obesidad: todos los antidepresivos producen aumento de peso, los que tienen menor incidencia son los ISRS y trazodona

6. Enfermedad ulcerosa péptica: se deben evitar los ISRS, por aumento del riesgo de hemorragia. Se utilizan ADT porque el bloqueo de los receptores de la histamina reduce el ácido gástrico.

7. Glaucoma de ángulo cerrado: se deben evitar los ADT, por los efectos anticolinérgicos. Se utilizan ISRS y nefazodona (25).

CAPÍTULO II

2. PARTE EXPERIMENTAL

2.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevo a cabo en el Hospital Provincial Docente Ambato en el departamento de consulta externa del área de Psiquiatría.

2.2 MATERIALES, EQUIPOS Y REACTIVOS

2.2.1 MATERIAL BIOLÓGICO

La presente investigación se llevo acabo con la colaboración de 21 pacientes con depresión del mencionado hospital.

2.2.2 EQUIPOS

- Computadora
- Flash memory
- Copiadora
- Escáner
- Cámara digital

2.2.3 MATERIALES DE LABORATORIO Y OTROS

- Internet
- Hojas
- Bolígrafos

- Encuestas
- Trípticos
- Transporte

2.2.4 REACTIVOS

La presente investigación no requirió de reactivo alguno.

2.3 METODOLOGÍA

FASE PREVIA

Se seleccionó a los pacientes de entre los que acuden a la consulta externa del HPDA escogiendo los que son más cumplidos con la medicación y las citas.

Se les ofertó este servicio de seguimiento del tratamiento farmacológico, siempre en el sentido positivo y no en el negativo.

Una vez seleccionado al paciente, se pacta la primera entrevista, solicitando al paciente traer todos los medicamentos de su botiquín en una bolsa. También se le informó que se va a tardar unos 15 a 20 minutos en la entrevista.

2.3.1 FASES DE LA METODOLOGÍA E INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LOS IMPRESOS

2.3.1.1 PRIMERA VISITA

Preocupaciones de salud

Pregunta abierta. Después de saludarle, se le pidió al paciente que hable de lo que le preocupa de su salud y de sus medicamentos tomando nota de la información que va aportar el paciente en una hoja en blanco.

Se trató que el paciente sólo hablase en esta primera fase de la entrevista, de los problemas de salud que le preocupan más. La información acerca de los demás problemas de salud que el paciente presentaba se obtuvo en la segunda fase (Bolsa con medicamentos) o de la tercera (Repaso).

Los problemas de salud descritos por el paciente se anotaron con el lenguaje utilizado por el mismo, si le preocupan bastante (B), regular (R) o poco (P).

Bolsa con medicamentos

- El objetivo fue obtener toda la información posible de cada uno de los medicamentos, uno a uno y con ellos en la mano.
- Fue necesario que el paciente responda a cada una de las preguntas cerradas (Ver anexo 6), y una vez respondidas todas, se las calificó de bien (B), regular (R) o mal (M) el cumplimiento y el conocimiento del medicamento por parte del paciente; en casos que en los cuales no obtuvimos resultados satisfactorios se efectuó otra pregunta complementaria.
- Si se considera que el paciente toma un medicamento, cuando lo hace de forma continua, discontinua o esporádica, y que no lo toma cuando ya no lo toma, en cuyo caso sólo se le hizo las preguntas 1, 3, 4 y 10.
- La pregunta 7 (¿cómo lo toma?) se hizo para averiguar si lo toma antes, durante o después de las comidas, si lo hace con agua o leche, etc.
- Se aprovechó esta fase de la Visita para desechar (con la suficiente información al paciente) los medicamentos caducados o que por precisar de prescripción médica no se deban mantener en el botiquín (Anexo 6).

En esta fase no se omitió ningún juicio de valor referente a la farmacoterapia, puesto que sería necesario para ello estudiar a fondo toda la medicación en el paciente

Repaso

El Repaso se inició con una frase en que se le dijo al paciente que ya ha terminado la entrevista, pero que vamos a proceder a un repaso rápido por si hemos olvidado algo, enumerando a continuación de forma rápida todo el listado (siempre preguntando:

“¿toma algún medicamento para ...?”) y deteniéndose sólo en los apartados en que sea preciso hacerlo, para conseguir todos los objetivos.

- Con esta fase de la visita se alcanzó tres objetivos:
- Se obtuvo información de otros medicamentos que esté usando el paciente y que no trajo en la bolsa (formas emulsiones que no considera medicamentos y que tiene en el baño, plantas medicinales, etc.). De cada uno de los medicamentos que aparecieron se obtuvo la misma información que de los anteriores.
- Se obtuvo información de otros problemas de salud que aquejaban al paciente y que los ha olvidado en la primera fase o le preocupan menos.
- Se obtuvo información complementaria útil para la evaluación posterior, deteniéndose en donde era preciso, incluida dieta o hábitos del paciente.
- Tanto las situaciones fisiológicas (embarazo, lactancia) como las alergias a medicamentos, son extremadamente importantes para la evaluación de la medicación, por lo que en ningún caso se las pasó desapercibidas.

Otros datos del paciente

Se anotaron los datos del paciente que se considero más relevantes, completándose en las sucesivas visitas.

Se tomó al menos el número de teléfono, imprescindible para concretar una cita o para realizar consultas, que se consideró importante a la hora de hacer la evaluación y que olvidamos preguntarle en la Primera Visita.

Resumen de la entrevista

- Tras la pregunta al paciente de ¿cree que hay alguna cuestión que se nos haya olvidado preguntarle?, fue necesario ratificar si hemos comprendido bien toda la información que nos ha transmitido.
- Para conseguirlo, se le dijo: “entonces Usted tiene los problemas de salud enumerando lo más sencillamente posible y sobre sus medicamentos enumeran también lo más sencillamente posible aquellas cuestiones que fueron importantes”.

Fin de la primera visita

- Se procedió al fin de la visita trasmitiendo al paciente, que merece la pena trabajar juntos y que seguramente conseguiremos mejorar bastante la efectividad de su medicación, que estudiaremos con detalle toda la información y que le llamaremos para citarle e informarle de todo (Anexo 7).

Estado de situación

El objetivo que perseguimos con esta fase, fue el de disponer de forma resumida de la información más relevante obtenida en la Primera Visita, de forma que sea más fácil estudiar con este impreso los medicamentos (utilizados o por utilizar), frente a los problemas de salud del paciente.

También se anotó aquí, los nuevos medicamentos y los nuevos problemas de salud que surgieron en visitas posteriores para volver a hacer un nuevo estudio y evaluación (Anexo 8).

Fase de estudio

Se estudió en este punto todos y cada uno de los medicamentos que el paciente usó hasta la fecha, buscando una posible relación con sus problemas de salud.

Así mismo se estudió la información que se necesitó referente a cada problema de salud.

Esta fase fue necesario repetirla de forma completa, cada vez que se produjo una nueva situación de cambio de dosis, de medicamento o surgió un nuevo problema de salud.

Evaluación global, sospechas de PRM

Después del estudio de cada medicamento y/o problema de salud, se procedió a clasificar las sospechas de PRM actuales, siempre (como se ha dicho anteriormente) pensando en las condiciones de Necesidad, Efectividad y Seguridad, según el Consenso de Granada.

Posteriormente se fue añadiendo con su fecha correspondiente las nuevas sospechas de PRM que surgieron como consecuencia de nuevas situaciones en el paciente.

Una vez lleno este impreso, se priorizó las actuaciones para conseguir resolver los PRM identificados, de forma que fue preferible comenzar con uno solo de ellos, (que no tuvo por qué ser ni el más importante ni el más urgente, sino el más próximo a cumplirse por parte del paciente, y que lógicamente tuvo que ser de entre los que más le preocupaban, el que tenga más fácil solución; dejando para más adelante, cuando ya exista una confianza mayor, otros problemas de más compleja resolución). A continuación se cita al paciente para una fecha determinada (que debe pasarse a agenda), para comentarle el problema y su posible solución.

Las actuaciones necesarias, que no sean intervenciones farmacéuticas, es decir, que no sean modificaciones de algún aspecto de la farmacoterapia, se anotarán al pie de la hoja de Evaluación Global. Debe quedar claro que estas actuaciones sobre hábitos de vida o nutricionales, no forman parte del Seguimiento farmacoterapéutico, sino de la educación sanitaria que también se debe hacer con los pacientes.

2.3.1.2 SEGUNDA VISITA

En dicha fecha, se comunicó al paciente el problema detectado y la solución que puede tener desde nuestro punto de vista, y se pacta con él cómo solucionarlo, acordando entre los dos una fecha para una próxima visita que puede ser presencial o telefónica.

Si para la solución se necesita al médico (porque se pretenda proponer un cambio de medicamento prescrito, dosis, duración o supresión), se transmitirá al paciente que el problema, desde el punto de vista de un experto en medicamentos, es ese; pero que de ningún modo tiene por qué explicarse de forma exclusiva por la relación con el medicamento, sino que puede explicarse por otras enfermedades, y es el médico quien únicamente sabe de enfermedades, de diagnóstico y de pronóstico; que es lo mismo que cuando un analista o un radiólogo emite un informe para el médico.

Intervención farmacéutica (IF)

Cada hoja sirve para un solo PRM. Es posible que intervengan dos o más medicamentos en un mismo problema de salud y un medicamento puede provocar uno o varios problemas de salud. Pero NUNCA habrá más de un problema de salud por PRM. Recordemos que PRM es un problema de salud relacionado con la farmacoterapia.

Se ha llenado una hoja de Intervención sólo cuando se ha pactado con el paciente un modo de solucionarlo. La fecha de este pacto se consideró como fecha a escribir en la hoja de Intervención

La hoja de Intervención se identificó con el nombre del paciente.

Se escribió el número del tipo de PRM objeto de intervención. Se escribió la palabra “manifestado” o “no”.

Se escribió completo el nombre que identifica unívocamente a la especialidad farmacéutica. Esto sirve también para los PRM tipo 1, en donde habrá que decir cual es el medicamento que se prescribió o indicó para tratar de resolver el PRM.

En el apartado de Problema de Salud se escribió el problema de salud origen del PRM.

Se añadió una descripción del PRM en un máximo de dos líneas. Esta descripción tendrá SIEMPRE la estructura siguiente y comenzará SIEMPRE con una de estas tres palabras:

- Necesidad (o No necesidad) de por...
- Inefectividad de por ...
- Inseguridad de por....

Se pretende con esta descripción, que otro farmacéutico entienda el PRM que se ha evaluado y la información que se ha identificado, sin necesidad de estudiar toda la documentación del paciente.

De las causas, hay que seleccionar marcando con una cruz, una de las cuatro opciones.

En el apartado “Qué se pretende hacer para resolver el PRM” hay que especificar EXACTAMENTE qué se propone como solución al PRM concreto; NO: “curar al enfermo” o “que desaparezca el dolor”. Algunos ejemplos pueden ser: que se le cambie el medicamento por otro, que se le aumente la dosis, que se le prescriba (o indique) un nuevo medicamento, etc., pero nunca serán las actuaciones propuestas: controlar la presión arterial, controlar su glucemia, que le desaparezca el dolor de codo, o mejorar su calidad de vida.

La Vía de comunicación sólo puede ser de una de las descritas y habrá de señalarse con una cruz. Es obvio que si se entrega al paciente una carta (escrita), no se hace en silencio; por tanto la escrita incluye la verbal.

Llegada la fecha de consecución esperada, que debe anotarse en una agenda (o dietario), sólo habrá tres posibilidades:

- Se ha resuelto el PRM, es decir, HA DESAPARECIDO O MEJORADO el problema de salud origen del PRM.
- No se ha resuelto el PRM, es decir, no ha desaparecido o mejorado el problema de salud origen del PRM
- No se puede verificar si se ha resuelto o no, por lo que habrá que esperar más tiempo para comprobarlo.

El número de medicamentos que se anotó, es el número de medicamentos de la hoja de “Estado de Situación” que no estaban reflejados con “fecha de fin”, es decir, que el paciente los siguió tomando en el momento de la intervención, que solucionó o no el PRM.

El número de Visitas que se anotó en el impreso de “Intervención”, fue el correspondiente a contar las casillas del problema de salud objeto de la intervención (véase apartado siguiente), incluida aquella en la que se comprobó la mejoría o desaparición del problema de salud. No se tuvo en cuenta, por tanto, las visitas en las que no se ha tratado este problema de salud, y que tendrán la casilla en blanco (Anexo 9).

Visitas

Se consideraron Visitas, tanto las presenciales como las telefónicas. Entre las primeras están incluidas algunas (no todas) de las consistentes en retiradas de medicamentos en el mostrador (ver apartado siguiente).

Siempre que sea posible, el farmacéutico habrá estudiado la documentación del paciente antes de cada Visita.

El impreso de visitas consiste en una tabla en la que se utiliza cada columna (vertical) para un problema de salud de los detectados en el paciente, y en cada fila (horizontal) el resumen de la visita, poniendo la fecha en la primera casilla. Si en una visita no se trata alguno de los problemas de salud, su casilla se dejará en blanco.

El resumen que se anotará en el impreso de Visitas serán los datos más relevantes de cada una de ellas. Por ejemplo, observaciones del paciente, evolución del problema de salud, nuevos problemas o nuevas medicaciones, etc. Cualquier cambio en este sentido o de dosis o pauta habrá que transcribirlo también a la hoja de “Estado de Situación”.

Finalmente, hubo que anotar los minutos aproximados que ha durado cada Visita.

Nota: Cabe manifestar que para ver los resultados del seguimiento farmacoterapéutico se realizaron tres Tests de Zung a cada paciente para evaluar su evolución a lo largo del tratamiento al inicio, intermedio y final del SFT.

2.3.2 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se realizó la prueba de ANOVA previo la realización del test de ZUNG.

CAPÍTULO III

– RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO No. 1 PORCENTAJE DE PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DEL SEXO A LOS QUE SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Sexo	Nº Paciente	Porcentaje (%)
Masculino	6	28,6
Femenino	15	71,4
Total	21	

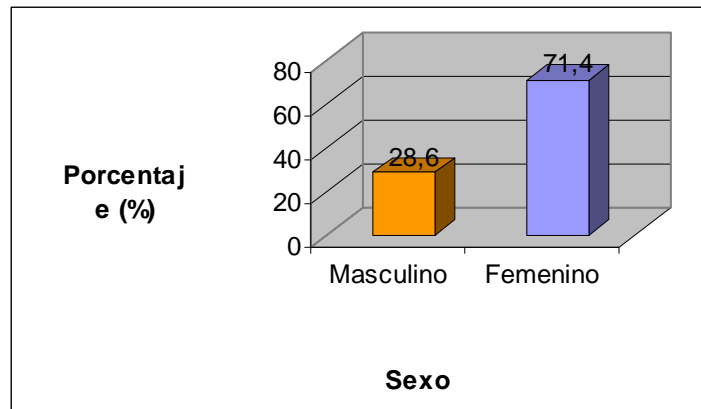


GRÁFICO No. 1 PORCENTAJE DE PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DEL SEXO A LOS QUE SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

El trabajo de investigación se realizó con 21 pacientes de consulta externa con depresión del H.P.D.A de ambos géneros, quienes aceptaron el servicio SFT de forma voluntaria. Se observó un porcentaje de sexo femenino del 71,4%, y del sexo masculino con un valor de 28,6%; observándose claramente una gran mayoría en la atención por parte de las mujeres con respecto de los hombres; lo cual, se asemeja a lo dicho en bibliografía que dice que las mujeres son el doble más propensas a adquirir la depresión

con respecto a los hombres, porque ellas reaccionan de esta más de esta manera hacia con sus preocupaciones, en cambio los hombres se refugian en el alcohol y hasta terminan suicidándose con mayor frecuencia con respecto a las mujeres (24).

CUADRO No. 2 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS ETÁREOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Edades	Nº Paciente	Porcentaje (%)
15-19	1	4,8
20-35	5	23,8
36-49	12	57,1
50-64	2	9,5
65 o más	1	4,8
Total	21	

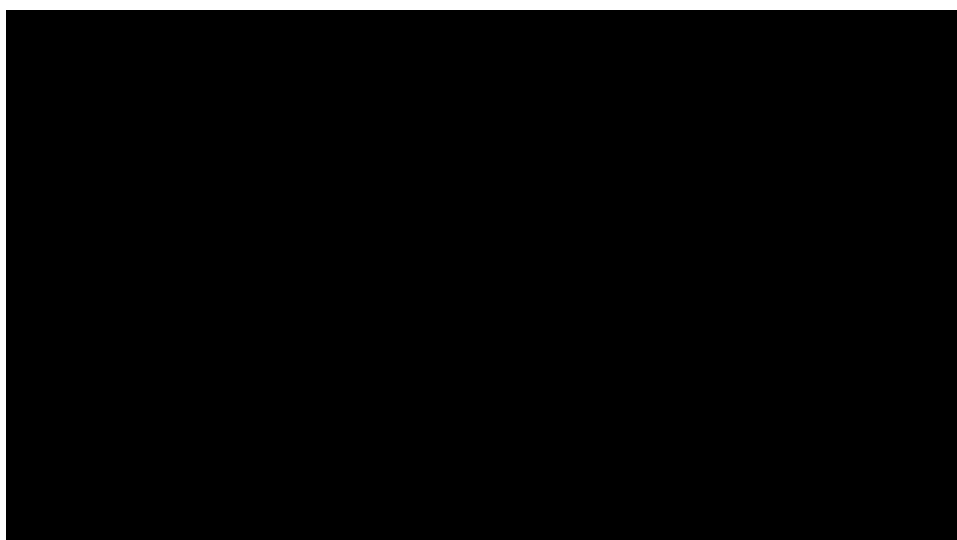


GRÁFICO No. 2. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

De los grupos clasificados por edades realizados el estudio de SFT se destaca como el de mayor relevancia las edades comprendidas entre 36 hacia los 49 años, seguida del intervalo de 20 a 35 años que se relacionan con bibliografía que dice que las edades de mayor prevalencia para la depresión se encuentran entre los 20 hasta los 42 años (41).

CUADRO No. 3 OTRAS PATOLOGÍAS COMUNES PRESENTES EN LOS PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Otras patologías	Nº Paciente	Porcentaje (%)
Ansiedad	7	33,3
Gastritis	5	23,8
Alcoholismo y drogadicción	3	14,3
Ninguna	6	28,6
Total	21	

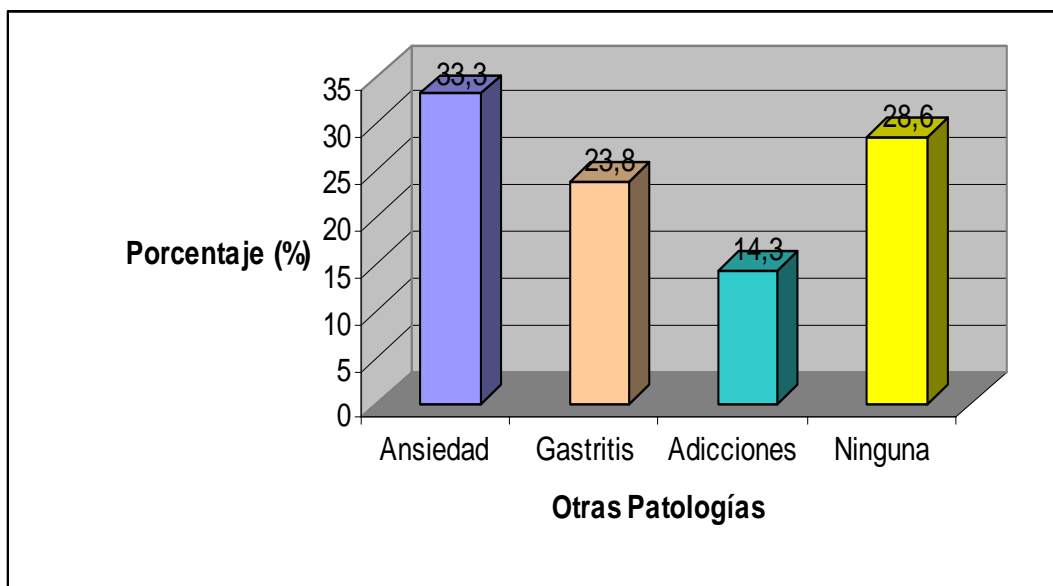


GRÁFICO No. 3 OTRAS PATOLOGÍAS COMUNES PRESENTES EN LOS PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Hubo otras patologías relevantes encontradas a parte de la depresión entre las que se destacan la ansiedad con un 33,3 % confirmando eficazmente con bibliografía que dice que uno de los síntomas más relevantes para adquirir una depresión se da por una ansiedad marcada. Otras patologías encontradas fueron la gastritis con 23,8% originada en su mayoría por nuestra mala alimentación y el alcoholismo y drogadicción muy común en este tipo de pacientes depresivos con 14,3% (11).

CUADRO No. 4 PORCENTAJE DE PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Tipos de depresión	Nº Paciente	Porcentaje (%)
Moderada	4	19,0
Marcada	8	38,1
Grave	9	42,9
Total	21	100,0

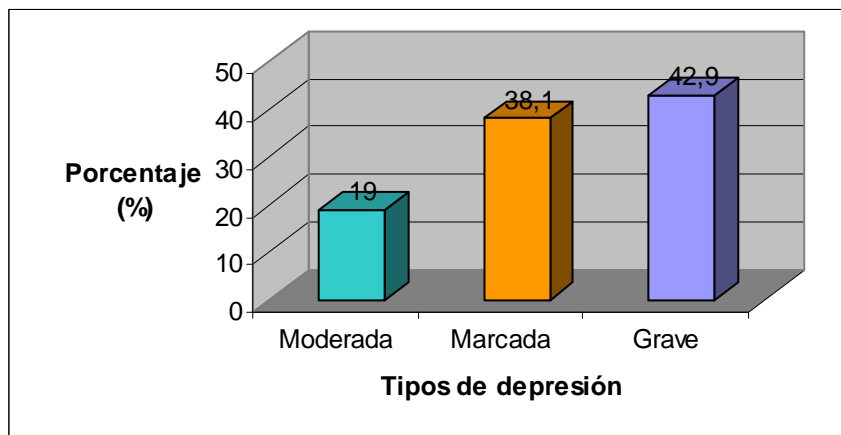


GRÁFICO No. 4 PORCENTAJE DE PACIENTES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

El tipo de depresión que se determinó en su mayoría en los pacientes fue la de tipo grave con un 42,9%; seguida de la marcada con un 38,1% confirmándose claramente con bibliografía donde se manifiesta que existe una gran cantidad de personas deprimidas en el Ecuador (17).

CUADRO No. 5 INCIDENCIA DE PRM EN EL GRUPO DE PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Presencia de PRM	Nº Paciente	Porcentaje (%)
Si	19	90,48
No	2	9,52
Total	21	

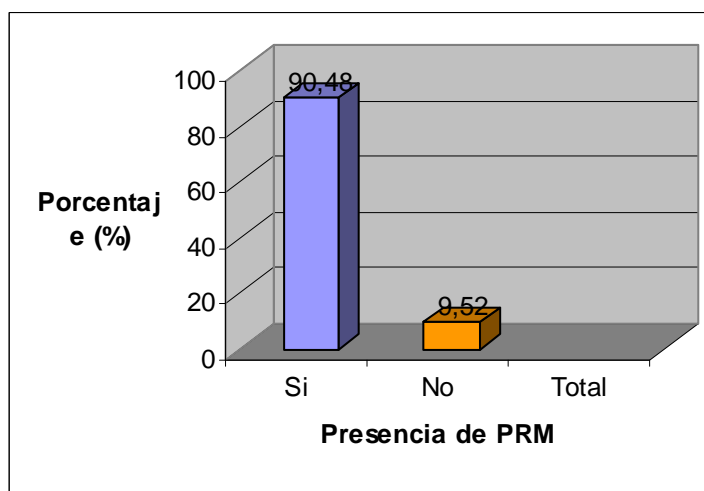


GRÁFICO No. 5 INCIDENCIA DE PRM EN EL GRUPO DE PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

En los pacientes estudiados se encontró una mayoría preocupante de PRM de distintos tipo con un valor del 90,48%, respecto a los pacientes donde no se encontraron PRM, verificándose con ello la importancia relevante que tiene el farmacéutico en el campo sanitario (3).

CUADRO No. 6 PORCENTAJE DE TIPOS DE PRM DETECTADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

Paciente	PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6
1	X	X				X
2		X				
3	X					
4	X					
5		X				X
6			X			
7	X					
8		X				
9				X		
10					X	
11	X					X
12		X				
13					X	
14	X					
15					X	X
16		X				
17					X	
18						X
19		X				X
20						
21						

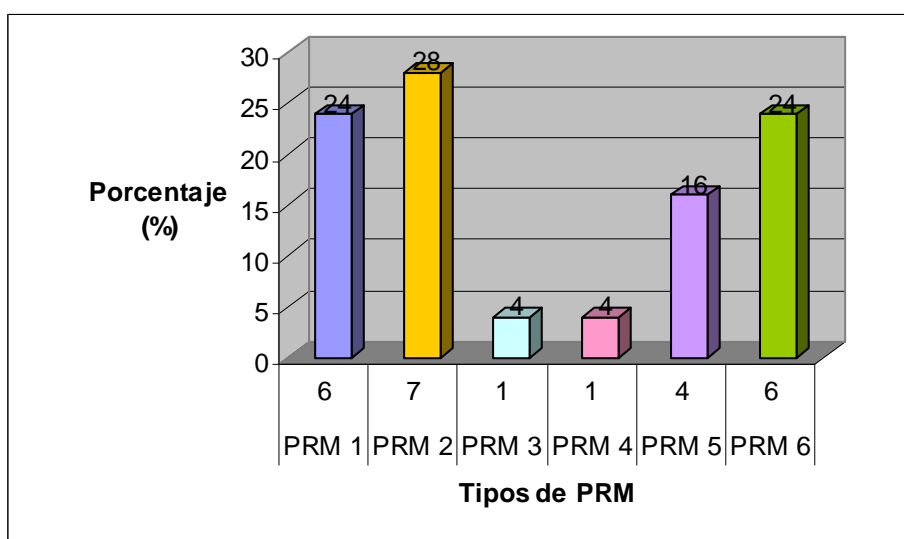


GRÁFICO No. 6 PORCENTAJE DE TIPOS DE PRM DETECTADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES DEPRESIVOS A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

Los PRM encontrados en los pacientes con depresión se ubicaron dentro de todas las categorías: necesidad, efectividad, seguridad; encontrándose mayormente el PRM2 con un valor de 28%, luego se encontró el PRM 1 con 24% al igual que el PRM6; comprobándose especialmente este último con bibliografía que dice que estos medicamentos son muy delicados que pueden producir algunos efectos secundarios como: nerviosismo, insomnio, problemas sexuales, etc (39).

CUADRO No. 7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE PACIENTES A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT AL INICIO, INTERMEDIO Y FINAL DEL ESTUDIO EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

Paciente	Antes	Intermedio	Después
1	63	60	48
2	61	55	47
3	58	56	55
4	62	60	54
5	47	42	40
6	55	53	50
7	66	65	40
8	63	61	54
9	44	45	38
10	46	55	39
11	59	60	45
12	67	65	62
13	70	50	45
14	73	52	56
15	56	50	42
16	45	48	43
17	72	65	55
18	59	54	50
19	43	44	38
20	55	45	40
21	60	55	45

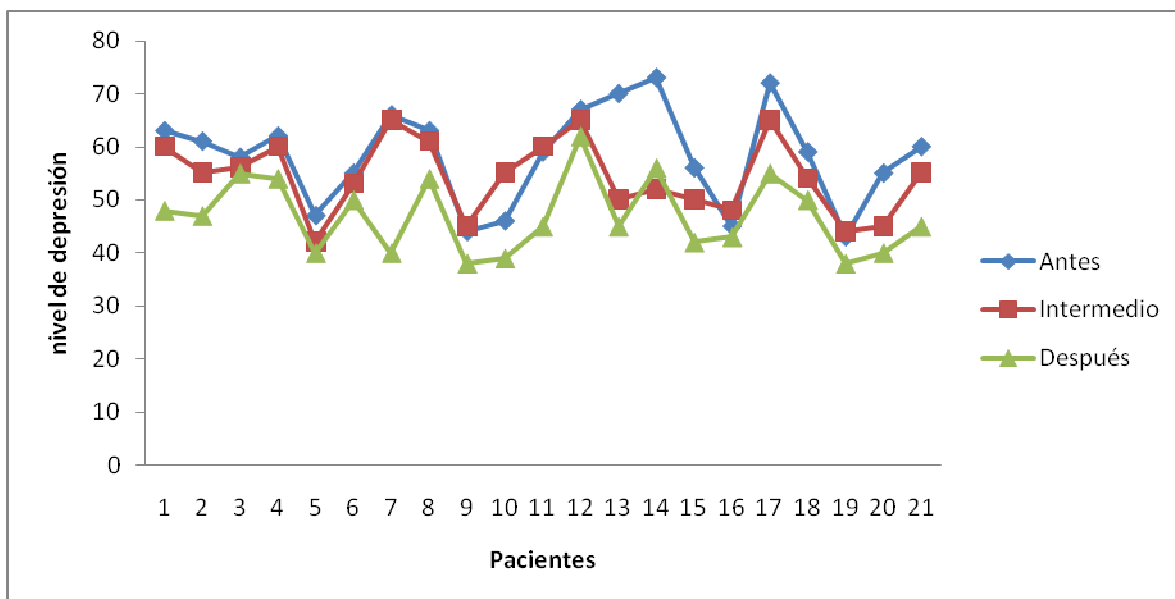


GRÁFICO No. 7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE PACIENTES A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT AL INICIO, INTERMEDIO Y FINAL DEL ESTUDIO EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

Esta gráfica demuestra la evolución de cada paciente a lo largo de su SFT obtenido por los datos logrados gracias al Test de Zung realizado al principio, intermedio y final del estudio. Como se aprecia hay una gran disminución de la enfermedad depresiva en la mayoría de los pacientes demostrando así el papel fundamental del farmacéutico en la búsqueda y solución de PRM (44).

En el análisis realizado con la prueba de ANOVA se rechaza la hipótesis nula porque el valor calculado para F (11.412) es mayor que el valor crítico (3.15). Se concluye que si hay diferencia en las tres fases del tratamiento (Anexo 11).

CUADRO No. 8 TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

Nº Paciente	ISRS	TRICICLICOS	IRSN
21	15	2	4
Porcentaje (%)	71,4	9,5	19

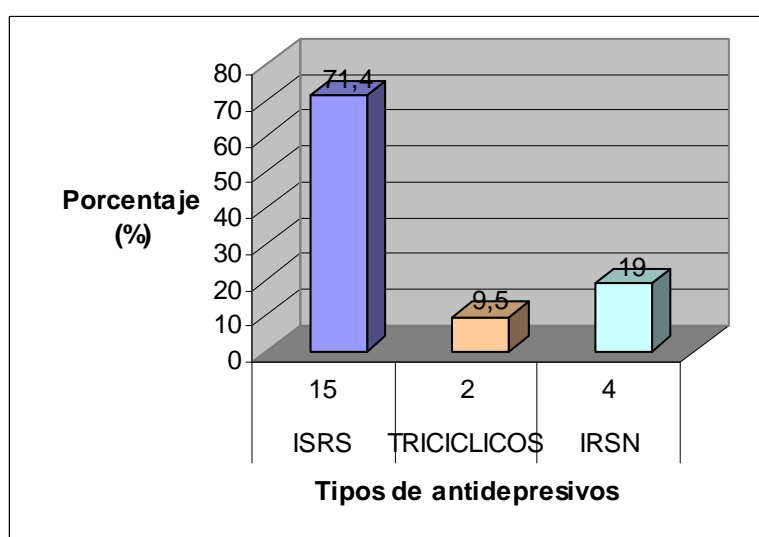


GRÁFICO No. 8 TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

De los diferentes antidepresivos recetados a los pacientes estudiados, se destacan los ISRS con un 71,4%; por ser los más seguros y producir la menor parte de efectos adversos, corroborada esta prescripción por bibliografía (39).

CUADRO No. 9 PORCENTAJE DE ISRS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

ISRS	Nº Pacientes	Porcentaje (%)
Paroxetina	4	26,7
Escitalopram	4	26,7
Fluoxetina	2	13,3
Sertralina	3	20
Total	15	

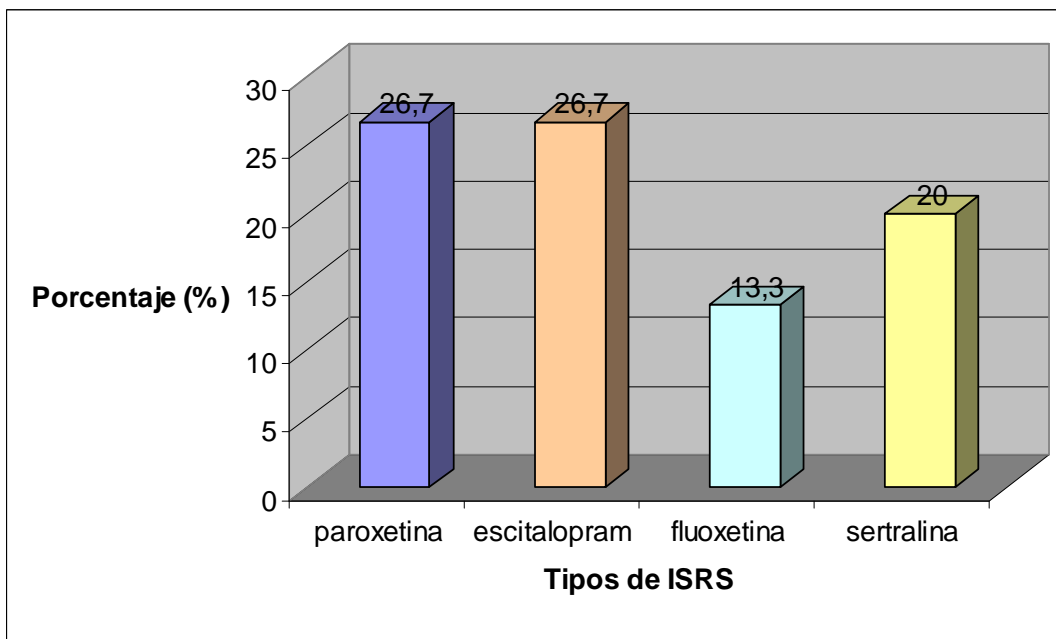


GRÁFICO No. 9 PORCENTAJE DE ISRS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008.

De los ISRS el que más fue recetado fue la paroxetina y el escitalopram con un 26,7% por ser los de mejor asimilación, seguidos de la sertralina con un 20% que también fue bien tolerada por los pacientes, relacionándose con bibliografía (42).

CUADRO No. 10 PORCENTAJE DE ANSIOLÍTICOS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Ansiolíticos	Nº Pacientes	Porcentaje (%)
Alprazolam	4	57,1
Clonazepam	2	28,5
Ketasolam	1	14,4
Total	7	

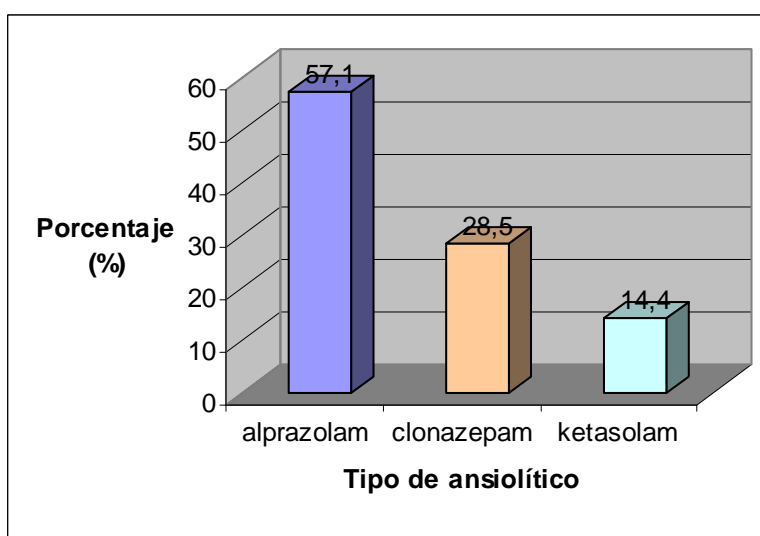


GRÁFICO No. 10 PORCENTAJE DE ANSIOLÍTICOS RECETADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN A QUIENES SE BRINDÓ EL SFT EN EL H.P.D.A DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-NOVIEMBRE 2008

Para los pacientes que presentaron a más de la depresión, ansiedad y para mejorar su tratamiento la doctora prescribió algunos tipos de ansiolíticos entre los que se destaca el alprazolam con un 57,1% por encontrarse como único ansiolítico en el stock de medicamentos gratuitos en la farmacia del hospital.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES

- El trabajo de investigación se realizó con 21 pacientes con depresión de consulta externa del H.P.D.A de ambos géneros, quienes aceptaron el servicio SFT de forma voluntaria. Se observó un porcentaje de sexo femenino del 71,4%, y del sexo masculino con un valor de 28,6%; observándose claramente una gran mayoría en la atención por parte de las mujeres con respecto de los hombres (Gráfico 1).
- De los grupos clasificados por edades realizados en el estudio de SFT se destaca como el de mayor relevancia las edades comprendidas entre 36 hacia los 49 años que corresponde al 57,1%, seguida del intervalo de 20 a 35 años con 23,8% (Gráfico 2).
- Hubieron otras patologías relevantes encontradas a parte de la depresión entre las que se destacan la ansiedad con un 33,3 % (Gráfico 3).
- El tipo de depresión que se determinó en su mayoría en los pacientes estudiados fue la de tipo grave con un 42,9% ; luego la depresión marcada con un 38,1% (Gráfico 4).
- En los pacientes estudiados se encontró una mayoría preocupante de PRM de distintos tipo con un valor del 90,48%, respecto a los pacientes donde no se encontraron PRM que corresponde a 9,52% (Gráfico 5).
- Los PRM encontrados en los pacientes con depresión se ubicaron dentro de todas las categorías: necesidad, efectividad, seguridad; encontrándose mayormente el PRM2 con un valor de 28%, luego se encontró el PRM 1 con 24% y el PRM6 con 24% (Gráfico 6).

- Se logró demostrar la evolución de cada paciente a lo largo de su SFT obtenido por los datos logrados gracias al Test de Zung realizado al principio y al final del estudio. Como se aprecia hay una gran disminución de la enfermedad depresiva en la mayoría de los pacientes demostrando así el papel fundamental del farmacéutico en la búsqueda y solución de PRM (Gráfico 7).
- De los diferentes antidepresivos recetados por la Psiquiatra a los pacientes estudiados, se destacan los ISRS con un 71,4%; por ser los más seguros y producir la menor parte de efectos adversos (Gráfico 8).
- De los ISRS el que más fue recetado fue la paroxetina y el escitalopram con un 26,7% por ser los de mejor asimilación, seguidos de la sertralina con un 20% que también fue bien tolerada por los pacientes (Gráfico 9).
- Para los pacientes que presentaron a más de la depresión, ansiedad y para mejorar su tratamiento se prescribió algunos tipos de ansiolíticos entre los que se destaca el alprazolam con un 57,1% por encontrarse como único ansiolítico en el stock de medicamentos gratuitos en la farmacia del hospital (Gráfico 10).

CAPÍTULO V

5. RECOMENDACIONES

- Lo primero que debemos conocer cuando dispensamos un antidepresivo es la indicación, ya que también se utilizan para otros problemas de salud, como migrañas (ADT), dolores neurálgicos (ADT) y trastornos de ansiedad no asociados a depresión (ISRS). También es muy importante, después de conocer la indicación, discernir si se trata de un tratamiento de inicio, de continuación o de recaída.
- Como pudimos apreciar el SFT se ve imprescindible en todos los pacientes, especialmente en aquellas personas que son tratadas con medicamentos muy delicados como los antidepresivos. Pero la parte fundamental para su mejoría está a más de nuestra ayuda profesional el brindar nuestro apoyo moral y espiritual para que estas personas superen su estado depresivo.
- Se debería concretar la idea que había en este Hospital de un centro de apoyo para orientarles a estas personas que tanto necesitan integrarse a la sociedad compartiendo momentos agradables con otras personas realizando actividades musicales, intelectuales, recreativas, etc. que ayuden a mejorar su estado de ánimo.
- Sugerir al hospital especialmente a su servicio de farmacia la ampliación de su stock de medicamentos como en este caso los antidepresivos que no habían de ninguna clase y los pacientes tenían que comprar afuera al costo que sea. Con ello no cortarían mucho su tratamiento por el elevado costo que implica y su largo tiempo de duración.

CAPÍTULO VI

6. RESUMEN

En el área de Psiquiatría del Hospital Provincial Docente Ambato se aplicó el Seguimiento Fármaco Terapéutico a pacientes con depresión para mejorar la calidad de vida de los mismos; al detectar y resolver sus problemas relacionados con los medicamentos (PRM). El estudio se realizó con 21 pacientes, hombres y mujeres, la mayoría entre 36 y 49 años de edad, desde febrero hasta noviembre del 2008. El tipo de depresión que se determinó en su mayoría fue la de tipo grave con un 42,9%; luego la depresión marcada con un 38,1%. Otra patología relevante encontrada fue la ansiedad con un 33,3 %. El estudio reveló un 90,48% de Problemas Relacionados con los Medicamentos, ubicándose éstos dentro de todas las categorías; encontrándose mayormente el PRM2 con un 28%, PRM 1 con 24% y PRM6 con 24%.

De los diferentes antidepresivos recetados, se destacan los Inhibidores de Receptación de Serotonina (ISRS) con un 71,4%; por ser los más seguros y disminuir los efectos adversos. De éstos el que más fue recetado fue la Paroxetina y el Escitalopram con un 26,7% por ser los de mejor asimilación, seguidos de la Sertralina con un 20% que también fue bien tolerada por los pacientes.

Existió una gran disminución de la enfermedad depresiva manifestados con los valores del Test de Zung en la mayoría de pacientes demostrando así el papel fundamental del farmacéutico en la búsqueda y solución de PRM e indicando su gran importancia dentro del equipo de salud como debe ser médico-farmacéutico y paciente.

SUMMARY

In the Psychiatry Area of the Hospital Docente Ambato the medicine-therapeutic follow-up was applied to patients with depression to improve their life quality upon detecting and solving their problems related to the medicines. (PRM) The study was carried out with 21 patients, males and females, most of them from 36 to 49 years old, from February to November, 2008. The depression type was serious in most of them with 42.9%; then a marked depression with 38.1%. Another significant pathology was anxiety with 33.3%. The study revealed a 90.48% of the Problems Related to Medicines which are within all the categories, mainly PRM2 with 28%, PRM 1 with 24% and PRM6 with 24%.

Of the different anti-depressives the Inhibitors of Serotonine Reception (ISRS) are outstanding with 71.4% because they are safer and diminish the adverse effects. Of these, the most prescribed were the Paroxetine and the Escitalopram with a 26.7% because they are better assimilated, followed by Sertraline with a 20% which was also well tolerated by patients.

There was a great decrease of the depressive disease manifested through the values of the Zung Test in most patients, showing this way the main role of the medicine in the search and solution of the PRM and indicating its great importance within the health team i.e. pharmacist and patient.

CAPITULO VII

7. BIBLIOGRAFÍA

1. **ALARCÓN, R.** 2005. Psiquiatría. 9ª ed. México: Panamericana. pp. 122
2. **ALIMENTACIÓN CONTRA DEPRESIONES**
<http://www.diariolosandes.com.ec/content/view/201/50/20060213>
3. **ARONA, G.** 2002. Drogas psiquiátricas. 9ª ed. México: Panamericana. pp. 24, 70, 76
4. **ATENCIÓN FARMACÉUTICA**
<http://www.atencion-farmaceutica.com/20030103>
5. **BENNASON, R.** 1999. Trastornos del humor. 9ª ed. España: Panamericana. pp. 317
6. **BERGER, K.** 2004. El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia. 9ª ed. México: Panamericana. 314p.
7. **CAMPOS, L.** Antidepresivos en el tratamiento de las crisis de depresión
<http://www.salud.cibercuba.com/2008/04/25/1166/20080425>
8. **CLAVES PARA SER FELIZ**
<http://www.amorpostales.com>
20080203

9. CÓMO SUPERAR LA DEPRESIÓN

<http://www.depression.org/articulos/articulo.php?id=9>
20070512

10. DEPRESIÓN

<http://www.radiosalut.com/guia/guiat18.htm#6>
20031020

11. DEPRESIÓN

<http://www.psiquiatria.com/areas/depression/>
20010318

12. DEPRESIÓN EN ANCIANOS

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>
20070517

13. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>
20070517

14. DEPRESIÓN EN ECUADOR

http://www.hoy.com.ec/NoticiaNue.asp?row_id=194221
20060514

15. DEPRESIÓN EN TUNGURAHUA

<http://www.elheraldo.com.ec/index.php?fecha=&seccion=Ciudad¬icia=6432>
20060105

16. EDITORIAL THOMSON PLM. 2006. Diccionario de especialidades farmacéuticas. Ecuador. pp. 187, 497, 775

17. EL MEDICO INTERACTIVO

http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_ace2005/temas/tema5-6/abordaje9.htm
20050605

18. EL SUICIDIO EN LA JUVENTUD

http://www.elheraldo.com.ec/heraldo/index.php?option=com_content&task=view&id=678&Itemid=27
20070622

19. EL USO DE MEDICINAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

<http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s6377.asp>
20050214

20. ESCALA DE ZUNG

http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php
20041004

21. GARCÍA, A., GASTELORRUTIA M. y MORENTE, D. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión

http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf
20040315

22. GELDER, O. 1995. Psiquiatría. 2ª ed. Madrid: Marban. pp. 125

23. GRAHAM, A. Depresión y ansiedad. 5ª ed. Barcelona: Norma. pp. 48

24. GOODMAN y GILMAN. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11ª ed. México. McGraw Hill. pp. 429-453.

25. HAYES, N. 1999. Psicología. 2ª ed. Boston: Harcourt. pp. 155

26. HOWARD, G. 2005. Psiquiatría General. 5ª ed. Atlanta: Jasen. pp. 323

27. **KAPLAN, H.** 2002. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. México: Panamericana.
pp. 1007

28. **KRAMER, P.** Protocolo para el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes
con depresión.
<http://www.dicaf.es>
20050601

**29. LA DEPRESIÓN ANSIOSA CONSTITUYE EL 90 POR
CIENTO DE LAS CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS
REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

http://www.acceso.com/display_release.html?id=8891
20021121

**30. LA DEPRESIÓN: TRISTEZA LLEVADA A SUS EXTREMOS Y DE LOS
MEDICAMENTOS QUE LA CONTROLAN.**

<http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>.
20030815

**31. LA INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO PUEDE PREVENIR
ESTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

<http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/33273/>
20071002

**32. LA DEPRESIÓN SERÁ LA PRINCIPAL CAUSA DE DISCAPACIDAD
EN EL AÑO 2020, SÓLO SUPERADA POR LAS
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.**

<http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/34718/>
20071224

33. LA DEPRESIÓN – SUICIDIOS

<http://www.tvecuador.com/index.php?tp=r1373.php>
20000417

34. LA DEPRESIÓN, ¿UN MALESTAR CONTEMPORÁNEO?

<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/debate/paginas/debate155.htm>
20030723

35. LA SALUD PÚBLICA EN TUNGURAHUA

http://www.elheraldo.com.ec/heraldo/index.php?option=com_content&task=view&id=5497&Itemid=27
20080130

36. LODERO, L. 1998. Antidepresivos. 3ª ed. México: Panamericana. pp. 54

37. LOS INTENTOS DE SUICIDIO AUMENTAN EN AMBATO

http://www2.elcomercio.com/nv_images/mortuorios/2005/12/051204D15.PDF
20051204

38. MALES DEL SIGLO.

http://www.elheraldo.com.ec/heraldo/index.php?option=com_content&task=view&id=2573&Itemid=27
20070911

39. MARCH, M. y otros. Dispensación activa de antidepresivos: entrenamiento personalizado en prácticas tuteladas.

<http://www.trabajos/afpromovidos.edu.html>
20070503

40. MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN

<http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants>
20040824

41. MÉTODO DÁDER PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1389108>
20050502

- 42. MORAND, P.** 2000. La depresión. 6ª. ed. Barcelona: Acento. 95 p.
- 43. MOORE, D.** 2005. Manual de Psiquiatría. 2ª ed. México: Panamericana. pp. 134, 143-145
- 44. MYERS, D.** 2000. Psicología. 5ª. ed. México: Panamericana. pp. 464-468
- 45. NAVARRA, A.** 2005. Mejora de la atención a pacientes depresivos en atención primaria. calidad asistencial. Médica. España (1):19-24. Junio
- 46. OLÓRTEGUI, F.** 1993. Diccionario de Psicología. Buenos Aires. San Marcos. pp. 100
- 47. PODEMOS ENCONTRAR LA VERDADERA FELICIDAD**
http://www.elheraldo.com.ec/heraldo/index.php?option=com_content&task=view&id=1974&Itemid=27
20070816
- 48. ROCA, M.** 2000. Trastornos del humor. 3ª ed. México: Médica Panamericana. pp. 318
- 49. RODRÍGUEZ, R.** 2007. Guía de farmacología y terapéutica. 5ª ed. México: McGraw Hill. pp. 51-55
- 50. RUBIO, G.** 2001. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. 3ª ed. México: Panamericana. pp. 565
- 51. SALERNO, H.** La eficacia de los antidepresivos a largo plazo es del 90%
<http://www.noticias.com/>
20060627

52. SE ACONSEJA EL TRATAMIENTO PREFERENTE CON FLUOXETINA EN LA DEPRESIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

http://www.psiquiatria.com/noticias/trastornos_infantiles/tratamientos/34073/
20071123

53. SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

http://www.foroswebgratis.com/temaseguimiento_farmacoterapeutico_en_pacientes_ambulatorios_y_hospitalizados-35228-198916.htm
20051024

54. SHAWN, C. 1998. La entrevista psiquiátrica. México: Harcourt. pp. 527

55. SUÁREZ, R. 2004. Concordancia en el tratamiento de la depresión. Actualización en Psiquiatría. Argentina (2): 12-18. Marzo

56. UNA DE CADA CUATRO VISITAS AL MÉDICO DE FAMILIA SON CONSULTAS POR DEPRESIÓN.

<http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/diagnostico/35287/>
20080116

57. UN LÍDER MANIACO DEPRESIVO

<http://www.vozalmundo.com/index.php?print=1875>
20060704

ANEXOS

ANEXO No 1. INTERACCIONES DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y HETEROCÍCLICOS

FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Alcohol	Disminución de la función cognoscitiva Aumento de la toxicidad de la amitriptilina y de la trazodona Disminución del efecto de la imipramina
Aminas simpaticomiméticas	Hipertensión y crisis hipertensivas con la adrenalina, noradrenalina y fenilefrina
Anticonceptivos orales	Posible toxicidad del antidepresivo
Barbitúricos	Disminución del efecto antihipertensivo
Benzodiazepinas	Aumento de la pérdida de la capacidad de conducir de la amitriptilina y el diazepam por efecto aditivo
Betabloqueantes	Posible toxicidad de la imipramina
Carbamazepina	Posible aumento de la toxicidad de ambos fármacos Disminución del efecto de la nortriptilina Posible disminución del efecto de la imipramina en niños
Diltiazem	Posible toxicidad de la imipramina
Estrógenos	Posible aumento de la toxicidad del antidepresivo
Fenitoina	Aumento de la toxicidad fenitoínica con la imipramina
Fenotiazinas	Aumento de la toxicidad con el antidepresivo
IECA	Toxicidad de la imipramina con el enalapril
IMAO	Síndrome serotoninérgico: delirio, coma, hiperpirexia, convulsiones y manía
Isosorbida, dinitrato	Disminución del efecto de la isosorbida
Sulfanilureas	Hipoglucemia con doxepina y nortriptilina
Marihuana fumada	Taquicardia sinusal notable
Nifedipino	Ausencia de respuesta a la nortriptilina
Nitroglicerina	Disminución del efecto de la nitroglicerina
Rifampicina	Disminución del efecto de la nortriptilina
Tetraciclinas	Hemosiderosis localizada con la amitriptilina y la minociclina.
Trimetoprim- sulfametoxazol	Recurrencia de la depresión
Verapamilo	Posible toxicidad imipramínica

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; **IMAO:** Inhibidor de la monoaminoxidasa

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos.

Barcelona: JR Prous; 1996.

ANEXO Nº 2. INTERACCIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Anticoagulantes orales	Hemorragias con la warfarina y la paroxetina Posible aumento del efecto con la fluoxetina
Antidepresivos tricíclicos	Aumento de la toxicidad del antidepresivo por disminución del metabolismo que puede durar semanas después de interrumpir el tratamiento
IMAO	Diversos síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos y psiquiátricos
Antihistamínicos H ₁	Disminución del efecto antidepresivo de la fluoxetina con la ciproheptadina Posibles arritmias con la fluvoxamina y el astemizol o la terfenadina
Benzodiazepinas	Posible aumento de la pérdida de capacidad de conducir con el diazepam o el alprazolam y la fluoxetina Posible toxicidad del alprazolam y el bromazepam con la fluvoxamina
Betabloqueantes	Bloqueo cardíaco con la fluoxetina y el propranolol
Buspirona	Convulsiones con la fluoxetina Pérdida del efecto ansiolítico de la buspirona con la fluoxetina
Carbamazepina	Toxicidad de la carbamazepina con la fluoxetina Síndrome serotoninérgico tóxico: escalofríos, agitación, incoordinación, diaforesis, hiperreflexia. Una sola comunicación, el paciente recibía múltiples fármacos
Dextrometorfano	Alucinaciones visuales con la fluoxetina
Fenitoina	Toxicidad fenitoínica con la fluoxetina
Fenotiazinas	Distonía
Haloperidol	Aumento de los síntomas extrapiramidales con la fluoxetina Posible toxicidad con la fluvoxamina
Marihuana fumada	Manía con la fluoxetina
Metadona	Aumento de su efecto con la fluvoxamina
Nifedipino	Toxicidad nifedipínica con la fluoxetina
Pentazocina	Hipertensión, náuseas, desvanecimiento, ansiedad, parestesias y ataxia con la fluoxetina
Teofilina	Toxicidad teofilínica con la fluvoxamina
Trazodona	Posible toxicidad con la fluoxetina
Valproico, ácido	Posible toxicidad con la fluoxetina
Verapamilo	Toxicidad con la fluoxetina

IMAO: Inhibidor de la monoaminoxidasa

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos.

Barcelona: JR Prous; 1996.

ANEXO No 3. INTERACCIONES DE LOS MONOAMINOOXIDASA

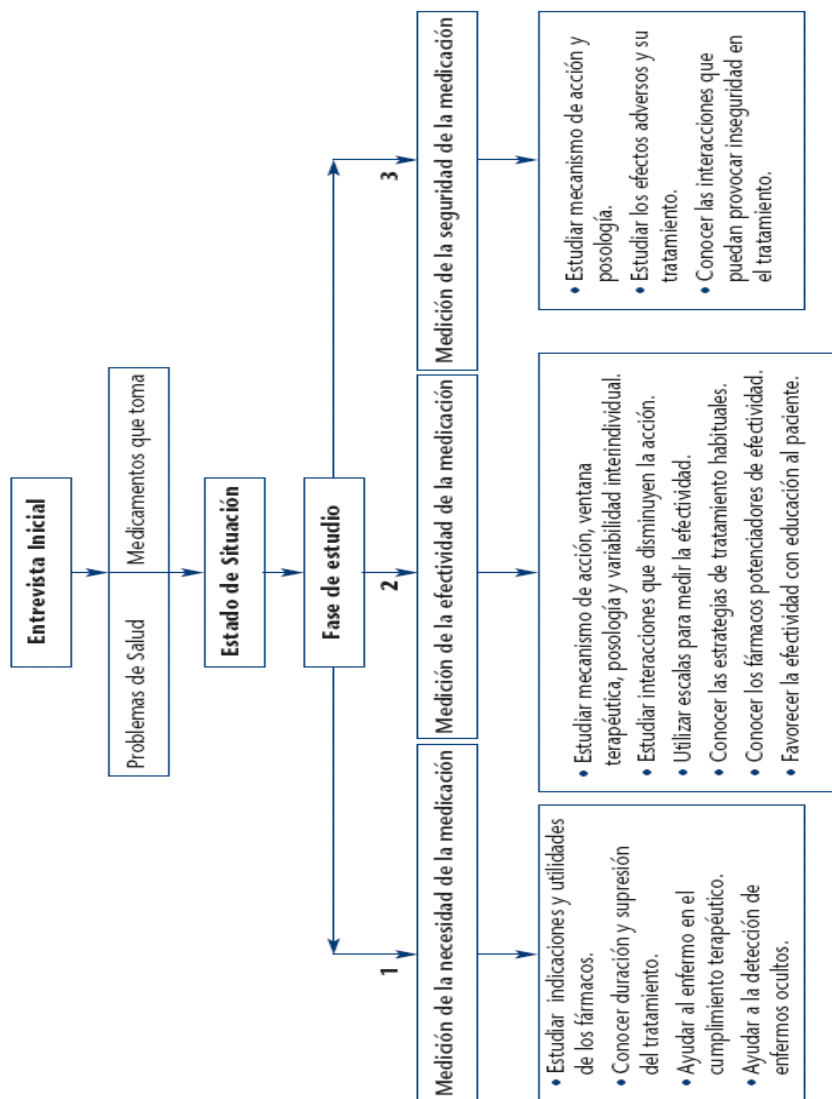
FÁRMACOS INTERACTUANTES	EFECTOS ADVERSOS
Aminas simpaticomiméticas	Hipertensión grave y posible crisis
ISRS	Diversos síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos y psiquiátricos
Antidepresivos tricíclicos	Síndrome serotoninérgico: delirio, coma, hiperpirexia, convulsiones, manía. Un caso de coagulación intravascular diseminada
Antihistamínicos H ₁	Alucinaciones con la ciproheptadina y lafenelzina
Benzodiazepinas	Aumento de la toxicidad de la fenelzina con el nitrazepam Cefalea y rubor de la fenelzina y el clonazepam
Betabloqueantes	Bradicardia de la fenelzina y el metoprolol
Bupiróna	Hipertensión
Carbamazepina	Posible disminución del efecto de la carbamazepina con la tranilcipromina
Dextrometorfano	Síndromes neurológicos
Eritromicina	Hipotensión grave y síncope con la fenelzina
Fenformina	Aumento del efecto hipoglucemiante
Ginseng	Euforia
Hipoglucemiantes sulfanilúreicos	Aumento del efecto hipoglucemiante
Insulina	Posible aumento del efecto hipoglucemiante
Nárcóticos	Encefalopatía grave con la petidina y con la selegina Aumento de la sedación y somnolencia con el propoxifeno y la fenelzina.
Tiramina, alimentos y bebidas ricos en	Crisis hipertensivas
Venlafaxina	Posible toxicidad cardiovascular y neurológica

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina

* Tomado de The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. Compendio de interacciones adversas de medicamentos.

Barcelona: JR Prous; 1996.

ANEXO No 4. FASE DE ESTUDIO EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO



ANEXO No 5. TRÍPTICO DE DEPRESIÓN ENTREGADO A PACIENTES

¿COMO AYUDARSE A SI MISMO?

- No se reprima, no se lo trague todo sólo. Si ha experimentado un trastorno importante en su vida, intente contárselo a personas cercanas a usted, cuénteles que pasó y como se siente usted al respecto. Esto le posibilitará el poder encontrar soluciones.
- Haga algo. Salga de casa y haga algo de ejercicio, al menos, salir a caminar. Esto le ayudará a mantener su mente alejada de contenidos o sentimientos dolorosos que únicamente consiguen deprimirlo más.
- Coma una dieta completa y equilibrada aún cuando no le apetezca demasiado comer. La fruta fresca y las verduras están especialmente recomendados
- Resista la tentación de ahogar sus penas en alcohol. El alcohol acabará por deprimirte más. Demasiado alcohol impedirá que busque la ayuda adecuada y de que resuelva sus problemas, además de que será malo para su salud física.
- No se obsesione con el hecho de no dormir. Escuchar la radio o ver la televisión mientras su cuerpo descansa le ayudará, y se sorprenderá quedándose dormido por el simple hecho de no estar preocupado por no hacerlo.
- Recuerde que la depresión es una enfermedad que otras muchas personas han padecido, y que usted la superará, al igual que ellos lo hicieron, aún cuando se sienta realmente mal en ese momento.

Depresión

"Cuando la tristeza domina nuestras vidas"



¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

En algún momento de nuestra vida, todos llegamos a sentirnos tristes, debido a menudo a un acontecimiento traumático, como la ruptura de una relación o la pérdida de un ser querido. No obstante, esta tristeza puede culminar en un episodio de depresión.

La depresión afecta hasta al 40% de las personas en algún momento de su vida.



Por lo general, los episodios de depresión están desencadenados por un acontecimiento estresante que suele implicar algún tipo de pérdida: la pérdida de un ser querido, las preocupaciones económicas, los trabajos estresantes, un despido laboral o el temor a quedarse en paro, pueden desencadenar una depresión.

¿Cómo saber si tengo una depresión?

Los síntomas más frecuentes son:

1. Cambios en el ciclo del sueño: gran aumento del número de horas que duerme, dificultad en conciliar el sueño, despierta temprano en la mañana.
2. Cambios en los hábitos alimentarios: come con exceso, o tiene pérdida del apetito.
3. Disminución en el interés sexual.
4. Pérdida de energía vital, mayor cansancio e irritabilidad.
5. Padecimiento y dolores físicos inexplicados.
6. Reducción en el placer por las actividades habituales; sentimiento de falta de interés por la vida.
7. Dificultad para concentrarse y para tomar decisiones.
8. Sentimiento de desamparo y de desesperanza; creencia que nada puede ayudarlo.
9. Cambios en actitudes, especialmente pérdida de interés por amigos, familiares, empleo y entretenimientos
10. Mayor tiempo dedicado a pensar en el pasado y en errores del pasado, sentimientos de culpa e ideas de muerte.



¿Cuándo buscar ayuda profesional?

En el momento en que la depresión es más grave o dura más de lo que cabía esperar es cuando se necesita ayuda. También se recomienda buscar ayuda si la depresión empieza a afectar el trabajo, aficiones y sentimientos hacia familiares y amigos, o si aparecen ideas de ser prescindible o suicidas.



Recuerda:

- 1.- La depresión es una enfermedad médica
- 2.- La depresión no es culpa del paciente o de su grupo familiar
- 3.- La depresión puede ser tratada.

ANEXO No 6. BOLSA CON MEDICAMENTOS

BOLSA CON MEDICAMENTOS

Nombre 1: Alprazolam	CUMPLE: M,R,B M,R,B	LO CONOCE: R
1.¿lo toma? Sí 2.¿quién lo recetó? Dra. Evelyn Salame 3.¿para qué? Depresión 4.¿cómo le va? No muy bien 5.¿desde cuando? Dos años	6.¿cuánto? tres veces al día 7.¿cómo? Después de cada comida 8.¿hasta cuando? Largo 9.¿dificultad? Tiene miedo, llora 10.¿algo extraño? No	

Nombre 2: Sertralina	CUMPLE: M,R,B M,R,B	LO CONOCE: B
1.¿lo toma? Sí 2.¿quién lo recetó? Dra. Evelyn Salame 3.¿para qué? Depresión 4.¿cómo le va? Bien 5.¿desde cuando? Cuatro años	6.¿cuánto? Una vez en la noche 7.¿cómo? Después de comer 8.¿hasta cuando? Largo 9.¿dificultad? Tiene gastritis. 10.¿algo extraño? Temblor en manos	

MEDICACIÓN ANTERIOR

Nombre 1: Dominium		
1.¿lo toma? No 3.¿para qué? Depresión	4.¿cómo le va? Mal 10.¿algo extraño? Angustia.	
Nombre 2:		
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?	

ANEXO No 7. HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

PACIENTE Nº...10...

NOMBRE:..X.X.X.

FECHA: 2008-04-05 EDAD: 42 años PESO: 52,30 kg TALLA: 1,61 m IMC: 20,17 (Kg/m²)

ALERGIAS: No conoce

NOMBRE	CONCEN-TRACIÓN	PRESEN-TACION	DOSIS	FRECUENCIA	VIA	FECHA															
Alprazolam	0,5 mg	tab.	3 c/	c/8h	0	2	0	0	8												
Sertralina	50 mg	tab.	1	diaria	0	2	0	0	8												
Dominium	20 mg	tab	1	diaria	0	2	0	0	7												
Omeprazol	20 mg	cap.	1	diaria	0	2	0	0	8												

ANEXO No 8. ESTADO DE SITUACIÓN

ESTADO DE SITUACIÓN

PACIENTE: X X X										FECHA: 08-05-10		
SEXO : F			EDAD : 42			IMC: 20,17			Alergias: No			
ESTADO DE SITUACION												
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACION				I.F.
Inicio	Problema de Salud	Controlado	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	Sospecha de PRM	(fecha)
3 años	Miedo	N	R	3 años	Alprazolam	1-1-1	1-1-1		X			08-05-10
6 meses	Ganas de llorar	N	R	6 meses	Alprazolam	1-1-1	1-1-1		X			08-05-10
2 años	Pérdida deseo sexual	N	B	2 años	Sertialina	0-0-1	0-0-1			X		08-05-10
OBSERVACIONES				PARAMETROS : 72 puntos Depresión Grave								
P: Poco R: Regular B: Bastante												

ANEXO No 9. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

Nombre:.....Código: 10.....

Fecha de inicio: 2008-05-10

PRM 1 2 3 4 5 6 tipo: 4

PRM: 4..... Riesgo de PRM: Inefectividad del medicamento

Medicamento/s: Alprazolam.....

Problema de Salud: Miedo.....

DESCRIPCIÓN DEL PRM (empezar con Necesidad, Inefectividad o Inseguridad.)

Inefectividad.....

CAUSA:

- 1. Interacción
- 2. Incumplimiento
- 3. Duplicidad
- 4. Ninguna de las anteriores (describir).....

QUE SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

VÍA DE COMUNICACIÓN:

- 1. Verbal Investigador – Paciente.
- 2. Escrita Investigador – Paciente.
- 3. Verbal Investigador – Paciente - Médico.
- 4. Escrita Investigador – Paciente – Médico.

RESULTADO:

	PS Resuelto	PS no Resuelto
Intervención Aceptada	X	
Intervención no Aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ? Se le quitó el miedo.....

Nº DE MEDICAMENTOS QUE ESTABA TOMANDO (a la fecha de la intervención)...2.....

Nº DE VISITAS DURANTE L INTERVENCIÓN: 3.....

Fecha fin de la intervención...2008-10-20.....

ANEXO No 10. TEST DE ZUNG REALIZADO A UN PACIENTE

Protocolo del Test de Zung				
Nombres y apellidos:				
Edad: 55 Sexo: F Fecha: 2008-03-15				
	<i>Nunca o muy raramente</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con bastante frecuencia</i>	<i>Siempre o la mayor parte del tiempo</i>
1. Me siento abatido, estoy triste, lo veo todo negro				X
* 2. Por la mañana me encuentro en mejor forma	X			
3. Tengo crisis de llanto o me dan ganas de llorar				X
4. Tengo trastornos del sueño durante la noche				X
* 5. Como tanto como antes		X		
* 6. Me gusta mirar hablar o estar con mujeres/hombres atractivos		X		
7. He notado que estoy perdiendo peso				X
8. Tengo problemas de estreñimiento	X			
9. Mi corazón late más de prisa que de costumbre				X
10. Me siento fatigado sin motivo				X
* 11. Mis ideas son tan claras como antes				
* 12. Me resulta fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado		X		
13. Estoy agitado y no puedo quedarme quieto	X			
* 14. Soy optimista con respecto al futuro		X		
15. Estoy más irritable que de costumbre				X
* 16. Encuentro que es fácil tomar decisiones	X			
* 17. Pienso que soy útil y que los demás me necesitan	X			
* 18. Mi vida está bien colmada	X			
19. Pienso que los demás se quedarán muy a gusto si yo muriera			X	
* 20. Sigo disfrutando con las cosas como antes	X			

CALIFICACION TOTAL : 72 INDICE:

Apreciación diagnóstica del tipo de depresión: Depresión Grave

OBSERVACIONES:

ANEXO No 11. ANÁLISIS DE VARIANZA PARA LA DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN ANTES, INTERMEDIO Y AL FINAL DEL SFT

Evaluación del valor de la información originado por las variables

Fuente	GDL	Suma los cuadrados	Cuadrado medio	F de Fisher	Pr > F
Modelo	2	1387.556	693.778	11.412	< 0.0001
Residuos	60	3647.524	60.792		
Total	62	5035.079			

Ho: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

H1: al menos uno de los tratamientos es diferente

F crítico= 3.15

F calculado > F crítico: Rechazar la Ho

ANEXO No 12. HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO



ANEXO No 13. HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS



**ANEXO No 14. REVISIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES
DEPRESIVOS**



ANEXO No 15. CONSULTORIO DEL HOSPITAL DE LA DOCTORA EVELYN SALAME



ANEXO No 16. PACIENTE LLENANDO EL TEST DE ZUNG



ANEXO No 17. EJEMPLOS DE ANTIDEPRESIVOS



ANEXO No 18. EJEMPLOS DE ANSIOLÍTICOS

