

Tratamiento global de la depresión con duloxetine

F. Mata Benjumea^a y Á. Gallego Arenas^b

^aMédico General. ^bMIR 3.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Goya 2. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios muestran que la prevalencia de los trastornos depresivos en Atención Primaria (AP) es del 10-30% y que más de la mitad de los afectados quedarían sin detectar¹.

En el año 2020, los trastornos mentales podrían ser la segunda causa de consulta en AP.

El médico de AP debe realizar rápidos diagnósticos y prescripciones certeras. Pero la formación técnica (entrevista clínica, habilidades de comunicación, conocimientos específicos, manejo de tests diagnósticos) no es suficiente, debiendo tener en cuenta las características propias de cada paciente (personalidad, circunstancias sociales o familiares, etc.)².

El diagnóstico de la depresión se apoya en consideraciones clínicas. La clínica inicial incluye: alteraciones del estado de ánimo, somáticas y alteraciones relacionadas con la situación vital.

En la década de los noventa surgen nuevos fármacos antidepressivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y más recientemente inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNA). Entre estos últimos está la duloxetine.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años, con los siguientes antecedentes clínicos: fumadora de 12 cigarrillos al día desde hace varios años, rinitis alérgica, osteoporosis posmenopáusica en tratamiento y sin antecedentes familiares de interés.

Acude a consulta a demanda hace un año, refiriendo estrés laboral, encontrándose tensa, inquieta, irritable, triste con llanto reparador, insomnio de conciliación y astenia de predominio matutino. Manifiesta cierto grado de apatía,

sin ganas de realizar ninguna tarea. Se siente desbordada por el cuidado de su padre invidente. En ese momento se citó a la paciente en consulta programada para valorar mejor su situación, pautándose tratamiento con benzodiazepinas. No acudió a la cita.

A los 5 meses vuelve a consulta, por su tratamiento para la osteoporosis, pero no desea hablar del tema. Seis meses más tarde es traída a consulta por su hermana, por presentar un estado de ánimo triste, que ha alcanzado un nivel tal que interfiere negativamente en su vida cotidiana. Ha perdido el placer de vivir, siendo incapaz de brindar afecto, lo cual acentúa los sentimientos de culpa. Refiere sentimientos de abatimiento, inutilidad, desesperanza y anhedonia. Pérdida de interés por sus actividades habituales. Lentitud mental. Tiende a centrar su pensamiento en el pasado. Baja autoestima, apatía y astenia matutina.

Llanto continuo que no alivia su sufrimiento. Persisten las alteraciones de sueño y la hiporexia. Se siente aislada y sin apoyo familiar. Muestra un cortejo amplio de síntomas somáticos.

Relata una experiencia vital traumática hace cuatro años (ruptura matrimonial) que culminó en un intento autolítico (intentó precipitarse por un balcón) que fue evitado por un familiar hace dos años.

Se interroga a la paciente sobre la causa o factores precipitantes a los que atribuye su sintomatología. Señala que los problemas familiares y económicos, así como un sentimiento de acoso laboral pueden estar influyendo en su estado actual.

En la escala de Hamilton para depresión obtiene una puntuación de 25 (depresión moderada-grave). Se inicia tratamiento con duloxetine a dosis de 60 mg/día y benzodiazepinas.

En la semana siguiente la paciente se encuentra mejor, más reactiva anímicamente y tranquila. Ha comenzado a tomar decisiones, piensa solicitar el traslado del puesto de trabajo. No percibe tanta sensación de agotamiento como en meses previos. Duerme y come mejor. Se observa una clara disminución de los síntomas físicos. Puntuación en la escala de Hamilton de 18, por lo que se disminuye la dosis de benzodiazepina.

Correspondencia: F. Mata Benjumea.

EAP Goya 2.

C/ O'Donnell, 55.

28009 Madrid.

Correo electrónico: fmata.gapm02@salud.madrid.org

En las dos semanas sucesivas se logra un control de la sintomatología ansiosa y emocional, siendo superior su capacidad de disfrute. No labilidad emocional. Mayor capacidad de concentración y recuperación paulatina de su autoestima. Escala de Hamilton de 11 (depresión menor o distimia). Se mantiene el tratamiento con duloxetina sin modificar dosis con retirada paulatina de la benzodiazepina.

DISCUSIÓN

La ansiedad y la depresión son un continuo en la historia clínica del paciente³. Más de la mitad de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión refieren síntomas somáticos más que psicológicos, por tanto deberemos estar atentos a las demandas realizadas sobre dolores generalizados, alteraciones del sueño, sintomatología gastrointestinal, cansancio, pérdida de peso, pérdida de la libido, quejas orgánicas, cefaleas, etc., debido a la dificultad del paciente para expresar síntomas psíquicos (verbalizar sus emociones y sentimientos).

En AP se debe realizar un cribado continuo de los trastornos del ánimo. No se precisa la realización de tests diagnósticos estandarizados ni de una entrevista semiestructurada. La pregunta: "¿se ha sentido usted triste o deprimido/a en el último mes?", basada en el conocimiento del paciente, es tan efectiva como los métodos anteriormente citados³.

Nuestra paciente tenía en su historia clínica constancia de un episodio de ansiedad desde un año antes, que relacionaba con el estrés laboral y el cuidado de su padre, existía un rechazo a "ese" enfermar por creer que lo relacionado con la esfera de las emociones es signo de debilidad, que no interesa a los médicos.

Cuando la paciente es traída a la consulta por su hermana presentaba tanto síntomas emocionales (ánimo deprimido, disminución del rendimiento laboral, anhedonia) como ansiedad (miedos, preocupaciones por asuntos menores), conciencia de estar enferma por otras causas (cefaleas, dispepsia), pero también síntomas físicos (insomnio, astenia).

Cuando se valora iniciar el tratamiento con fármacos antidepressivos, hemos de ser conscientes de que se debe mantener durante un período de tiempo, desde la mejoría del paciente, para evitar las recaídas (ver fig. 1 del trabajo titulado «Tratamiento de la depresión» en este mismo número). Los tratamientos integrales, que tienen en cuenta los síntomas físicos y psíquicos de la enfermedad, se per-

filan como una de las opciones más esperanzadoras para tratar la depresión. Con el tratamiento pautado de duloxetina a dosis de 60 mg una vez al día la paciente presenta en la primera semana una importante reducción de los síntomas físicos y en menor grado de los de ansiedad y emocionales⁴⁻⁷. En las dos siguientes semanas persiste la mejoría en los niveles de ansiedad y síntomas físicos, pero también en los emocionales.

Duloxetina no precisa ajuste de dosis inicial, siendo de inicio de 60 mg/día⁵. Es un tratamiento eficaz para los síntomas emocionales, ansiosos y físicos de la depresión, objetivándose desde la primera semana una mejoría en el estado de ánimo deprimido, los sentimientos de culpabilidad, la ideación autolítica y la inhibición psicomotriz, datos no objetivados con los fármacos actuales⁶. La presencia de efectos adversos, sobre todo gastrointestinales, es comparable con la de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) más utilizados⁸.

Como terapia complementaria en AP disponemos técnicas de psicoterapia breve a través de la empatía con el paciente, la explicación del cortejo clínico del tratamiento y pronóstico, así como la consecución de apoyos sociales y familiares. Se debe intentar mantener la actividad laboral como actividad terapéutica, evitando en lo posible las incapacidades temporales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ciurana Misol R. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Aten Primaria*. 2002;29:329-37.
2. Arbesú JA, González VM. Depresión y ansiedad. Análisis de la prevalencia y su manejo en Atención Primaria. Ed. IM&C, SA; 2006.
3. Pérez Franco B, Turabán Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006;37(1):37-9.
4. Perahia DG, Kajdasz DK, Walker DJ, Raskin J, Tylee A, et al. Duloxetine 60 mg once daily in the treatment of milder major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(4):389-99.
5. Brannan SK, Mallinckrodt CH, Detke MJ, Watkin JG, Tollefson GD. Onset of action for duloxetine 60 mg once daily: double-blind, placebo-controlled studies. *J Psychiatr Res*. 2005;39(2):161-72.
6. Bailey RK, Mallinckrodt CH, Wohlreich MM, Watkin JG, Plewes JM. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: comparisons of safety and efficacy. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(3):437-47.
7. Detke MJ, Wiltse CG, Mallinckrodt CH, McNamara RK, Demitrack MA, Bitter I, et al. Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(6):457-70.
8. Greist J, McNamara RK, Mallinckrodt CH, Rayamajhi JN, Raskin J. Incidence and duration of antidepressant-induced nausea: duloxetine compared with paroxetine and fluoxetine. *Clin Ther*. 2004;26(9):1446-55.