



ACADEMIA  
NACIONAL DE  
MEDICINA

COMITÉ DE  
EVALUACIÓN  
CLÍNICA-  
TERAPÉUTICA

Coordinador:  
Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García  
Raúl Carrillo Esper  
Teresa Corona  
Guillermo Díaz Mejía  
Luciano Domínguez Soto  
Julio Granados Arriola  
Gerardo Heinze Martín  
Mariano Hernández Goribar  
Enrique Hong  
Carlos Lavalle  
Alberto Lifshitz  
Armando Mansilla Olivares  
Roberto Medina Santillán  
Nahum Méndez  
Miguel A. Mercado Díaz  
Manuel Morales Polanco  
Jorge Moreno Aranda  
Adalberto Mosqueda Taylor  
Ricardo Plancarte  
Ma. Eugenia Ponce de León  
Hugo Quiroz Mercado  
Manuel Sigfrido Rangel  
Miguel Ángel Rodríguez Weber  
Jorge Sánchez Guerrero  
Juan José Luis Sierra Monge  
Manuel Torres Zamora  
Juan Urrusti Sanz  
Juan Verdejo Paris

# Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOLUMEN XVI, NÚMERO 4 • JULIO-AGOSTO • 2007

## Contenido

Volver a lo básico III. Cómo mejorar la adherencia terapéutica .....	1
Las lesiones pigmentadas de la mucosa bucal, ¿cuándo y cómo se tratan? .....	3
Diagnóstico y tratamiento de la depresión .....	6

## Volver a lo básico III. Cómo mejorar la adherencia terapéutica

*“Y vigilen también las fallas de los pacientes  
quienes frecuentemente mienten acerca de si  
tomaron lo que se les prescribió...”*

Hipócrates

Los incuestionables avances que se han tenido en los tratamientos farmacológicos de muchas enfermedades terminan siendo anulados con frecuencia por un motivo muy simple: muchos pacientes no siguen las prescripciones. Las razones para ello son muy diversas: se les olvida, no entendieron las instrucciones, no se convencieron, no nos ganamos su confianza, sufren efectos adversos que los obligan a suspenderlos, no tienen acceso al medicamento por falta de recursos económicos o por otras causas, no lo valoran suficientemente, se sienten bien, consideran que ya es mucha medicina, temen efectos nocivos por acumulación, les parece que ya lo siguieron por un tiempo suficiente, reciben opiniones —profesionales o no— distintas, les incomoda el sabor, etc.

Esta falta de cumplimiento por parte del paciente se manifestó dramáticamente a propósito de la tuberculosis, enfermedad en la que fue necesario recurrir a estrategias de supervisión muy estrechas para evitar los fracasos terapéuticos y las resistencias, pero se ha hecho más evidente

en otras enfermedades crónicas, particularmente las que carecen de síntomas o éstos son bien tolerados. Los médicos hemos pecado de ingenuos y hasta de irresponsables al suponer que otorgar la receta garantiza su cumplimiento, que nuestra responsabilidad cesa en ese momento y que a partir de allí la obligación corresponde al paciente o a su familia. Ni siquiera solemos tener suficiente conciencia del problema y de su magnitud.

Por mucho tiempo la adherencia fue identificada con la sumisión; de hecho, se le denominaba “obediencia terapéutica”. El mejor paciente era el más dócil, el que menos cuestionaba las indicaciones y el que se disciplinaba de manera estricta, confiando ciegamente en su médico y sin atreverse a criticarlo o poner en duda sus órdenes. Pero a partir de los últimos decenios del siglo XX, con la jerarquización del principio de autonomía, se reconoció el derecho de los pacientes a participar activamente en las decisiones que les conciernen y hasta el de negarse a seguir las indicaciones de los médicos si no les pa-

recen apropiadas, en oposición al paternalismo que dominó por siglos y que concedía autoridad absoluta a los médicos para decidir en favor de los pacientes, aunque éstos no estuvieran totalmente de acuerdo. Bajo esta nueva concepción, el término “obediencia” se abandonó y se substituyó por otros como “conformidad”, “adhesión”, “apego”, “alianza” o “adherencia” terapéuticas. En inglés se suele utilizar el término *compliance*, que significa conformidad o acuerdo, y que no es estrictamente un sinónimo de adherencia, pues se suele traducir como aceptabilidad o tolerancia. Recientemente también en inglés se ha preferido el término *adherence*.

La Organización Mundial de la Salud define a la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona —ya sea tomar el medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Este escrito se limitará a la adherencia al tratamiento farmacológico —con la plena conciencia de que la adherencia es mucho más difícil de lograr para los tratamientos dietéticos y para las modificaciones en los estilos de vida—, y se enfocará a lo que puede hacer un médico individual con su paciente, y no tanto a las estrategias de salud pública que preocupan mucho a la OMS y a la OPS, en la medida en que se desperdician muchos recursos y no se logran los efectos esperados de los tratamientos.

La magnitud del problema es suficientemente grande como para que la OMS lo considere una prioridad. En los países desarrollados apenas 50% de los pacientes con enfermedades crónicas alcanzan una adherencia terapéutica, mientras que en los países en desarrollo las cifras son mucho menores, de apenas 12 a 37%. Desde luego que varían con la enfermedad, las condiciones socioeconómicas, la cultura y la educación, pero en general la falta de adherencia es el factor limitante más frecuente que impide alcanzar la efectividad terapéutica que sí se logra en los ensayos clínicos, y no puede considerarse como una excepción, pues ocurre en la mayoría de los casos. La hipertensión, la diabetes, la epilepsia, el asma, el cáncer, la osteoporosis, el SIDA y los trasplantes son ejemplos dramáticos en los que la falta de adherencia conduce a desenlaces desafortunados. Cuando se trata de elegir candidatos, como sucede en los receptores de órganos, una variable ha sido la probabilidad estimada de que efectivamente se adhiera al tratamiento.

Las consecuencias de la falta de adherencia son obvias, pero se destacan la falta de eficacia del tratamiento, el incremento en las complicaciones, la resistencia y el aumento ineficiente de los costos. La información que los pacientes ofrecen a su médico acerca de si siguieron o no el tratamiento, y si lo hicieron tal y como estaba prescrito, no ha resultado confiable como una medida de adherencia, ni siquiera cuando se obtiene a partir de un cuestionario estructurado. Se han tenido que idear procedimientos más complejos, los cuales no resultan prácticos en el encuentro individual entre médico y paciente, como son el recuento de las tabletas remanentes, la medición de niveles sanguíneos, la utilización de marcadores biológicos no tóxicos o los dispositivos electrónicos que registran cada momento en que se abre el envase. Toda esta sofisticación sólo habla de que, para estos propósitos, no puede confiarse en la palabra de los enfermos.

Parece ser que algunos elementos clave para lograr una mayor adherencia implican la comprensión plena de la terapéutica por parte del enfermo, su convicción sobre la importancia del apego, el que le asigne un valor a su

tratamiento o a la recuperación de su salud, se involucre afectivamente y se comprometa auténticamente. Partiendo de la idea de que el enfermo no es un obediente procesador de órdenes del médico, sino que siempre tiene algo que aportar en la relación terapéutica, el enfoque más pertinente se sustenta en mejorar la calidad de la relación interpersonal. En la medida en que el paciente cuente con información correcta, suficiente y comprensible, que jerarquice su propia salud, tenga confianza en el médico, en el medicamento y en el sistema de salud y cuente con una visión de futuro, se puede lograr una mayor adherencia terapéutica.

Las estrategias que se han propuesto para superar el problema abarcan cinco grupos:

- a. **Educación del paciente**, tanto en relación con su padecimiento y su terapéutica, como en el valor del apego.
- b. **Efectos sobre el comportamiento**, como ocurrió con los tratamientos de la tuberculosis.
- c. **Recompensas**, particularmente en los pacientes con mente sencilla, en los que funcionan mejor los incentivos, ya sea positivos o negativos.
- d. **Apoyo social**, especialmente por parte de la familia.
- e. **Seguimiento**, ya sea telefónico o presencial, personal o por intermediarios.

En un intento de ubicar las estrategias en el terreno de un médico individual atendiendo a un paciente individual, y tomando en cuenta las razones que más frecuentemente se invocan para la no adherencia, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

1. La sola emisión de la receta, por más bien hecha que esté, no es, por supuesto, suficiente para garantizar la adherencia.
2. Anotar en la receta el tiempo que debe seguirse la prescripción, por ejemplo, “hasta nueva instrucción”, “de por vida”, “indefinidamente”.
3. Aunque se puede optar por utilizar incentivos —según las características del paciente—, en general no sirven de mucho las amenazas, intimidaciones y mentiras. Lo más que se logra es que el paciente pierda la confianza o abandone al médico.
4. Explorar el grado de competencia del paciente, tanto en términos de poder ejercer su autonomía como de poder contender con su enfermedad.
5. Explorar las expectativas del paciente. En caso de que sean razonables, intentar cumplirlas; si son excesivas, acotarlas desde el principio.
6. Tomarse el tiempo necesario para explicar con detalle la enfermedad y la terapéutica, y constatar varias veces que el paciente lo comprendió.
7. Hacer partícipe al paciente de los planes terapéuticos.
8. Otorgar información escrita.
9. Retroinformar y reforzar, reconocer los esfuerzos y ponderarlos.
10. En igualdad de circunstancias, prescribir la marca menos costosa, siempre y cuando se pueda garantizar el abasto y la calidad farmacéutica.
11. Usar el menor número de medicamentos posible, a la menor dosis posible y en el menor número de tomas posible.\*
12. Relacionar las tomas del medicamento con las actividades cotidianas y no tanto con el horario, por ejemplo “al acostarse”, “después del desayuno”.
13. Explicar los posibles efectos adversos, su trascendencia y lo que hay que hacer en caso de que aparezcan.

\* Aquí hay alguna contradicción porque, por ejemplo, las tomas semanales tienden a olvidarse más que las diarias, y las tomas cada tercer día originan confusiones acerca de si hoy toca o no.

14. Involucrar a la familia.
15. Mantener una comunicación frecuente con el paciente e investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
16. En algunos casos puede ser útil firmar un convenio.
17. Investigar la posibilidad de una depresión asociada, en tanto que la falta de adherencia puede representar una conducta autodestructiva.
18. Sin descalificarlas *a priori*, advertir de las ventajas e inconvenientes de las medicinas alternativas que se suelen usar para el caso.

Todo esto significa una inversión de tiempo del que a veces los médicos no disponemos, pero nuestra responsabilidad es con la salud del paciente y no la de cumplir nuestra tarea con el menor esfuerzo y al margen de los desenlaces. Los médicos somos más prescriptores que educadores. No basta reprender a los pacientes, culparlos, amenazarlos o intimidarlos; no basta informarles o recomendarles, hay que convencerlos; no basta ordenarles, hay que explorar sus posturas y tomar en cuenta sus puntos de vista. Lograr la adherencia es la verdadera meta de la prescripción.

---

## Las lesiones pigmentadas de la mucosa bucal, ¿cuándo y cómo tratarlas?

Al igual que la piel y otras mucosas, la superficie de la cavidad bucal puede presentar diversas formas de pigmentación, las cuales, aunque pueden ser semejantes entre sí, tienen origen y conducta biológica distinta, ya que entre ellas se pueden identificar, además de la pigmentación fisiológica, evidente en sujetos de piel oscura, manifestaciones de trastornos genéticos, inflamatorios, malformaciones, lesiones por depósito de sustancias y neoplasias altamente agresivas. En este trabajo se presentan algunas de las lesiones pigmentadas que se pueden identificar mediante el examen estomatológico y se mencionan los métodos auxiliares necesarios para su diagnóstico, así como el manejo indicado en cada situación.

### Pigmentación melánica fisiológica (melanosis racial)

Consiste en áreas pigmentadas de color café de intensidad variable, multifocales y de bordes poco definidos, las cuales se localizan predominantemente en la encía insertada, carrillos y bordes linguales, y con menor frecuencia en otros sitios de la mucosa bucal (figura 1). El diagnóstico se basa en la correlación positiva de estas áreas con la presencia de pigmentación cutánea de base étnica, la aparición durante los primeros años de vida, la ausencia de factores inductores de melanogénesis reactivas o causadas por estímulo exógeno u hormonal, su distribución habitualmente simétrica y la ausencia de sintomatología. Por consiguiente, se considera una condición relacionada con factores genéticos que debe ser interpretada como una característica normal que no requiere tratamiento.



Figura 1. Melanosis fisiológica a nivel de encía.

### Melanosis friccional

Como su nombre lo dice, se trata de máculas únicas o múltiples relacionadas con un factor traumático crónico que induce inflamación y estimula la sobreproducción melánica en la zona lesionada, la cual puede encontrarse asociada a sintomatología dolorosa que se incrementa ante la exposición a factores irritantes. Esta condición es más frecuentemente observada en sitios como el borde bernal inferior en casos de queilitis traumática por contacto dental, mucosa de carrillos y bordes laterales de la lengua. En este último sitio es frecuente la pigmentación intensa de las papilas fungiformes en respuesta a la fricción constante sobre las superficies dentales, sarro o aparatos protésicos u ortodóncicos que las irritan en forma persistente (figura 2). El tratamiento consiste en corregir o eliminar al agente agresor, pero la desaparición de la pigmentación puede demorar meses o años, dependiendo de su intensidad y las características del paciente afectado. La sintomatología asociada (ardor, dolor, eritema) suele resolverse al cabo de unos días después de corregida la causa. En caso necesario resultan útiles los antiinflamatorios tópicos del tipo de la bencidamina en solución o esteroides de mediana o alta potencia aplicados en las zonas lesionadas una a dos veces al día por no más de tres a cinco días. En caso de persistir la molestia podría ser necesaria la toma de una biopsia para descartar alguna lesión coexistente con la pigmentación.

### Melanosis del fumador

Los individuos fumadores presentan pigmentación melánica intrabucal con mayor frecuencia que los no fumadores,



Figura 2. Melanosis friccional de punta y bordes linguales



**Figura 3.** Melanosis del fumador

y en poblaciones con pigmentación melánica fisiológica también se ha observado un mayor número de superficies intrabucales con pigmentación melánica entre los fumadores.

Mientras que los melanocitos localizados en la piel tienen la función de proteger contra la penetración de la radiación ultravioleta, algunas investigaciones han demostrado que los melanocitos localizados en zonas no expuestas a la radiación solar tienen, entre otras funciones, la capacidad de unirse a diversas sustancias, incluyendo ciertas aminas policíclicas como la nicotina y benzopirenos, dando por resultado la estimulación de la melanogénesis, lo que podría considerarse como una respuesta protectora contra estas y algunas de las otras sustancias dañinas contenidas en el tabaco, ya que en los casos de carcinomas asociados a ellas se ha observado que dichas neoplasias tienden a presentarse en zonas eritroplásicas o no pigmentadas y son mucho menos comunes en áreas pigmentadas.

Aunque puede presentarse en cualquier zona de la mucosa bucal, la melanosis de fumador afecta principalmente la zona anterior de las encías en su cara vestibular (figura 3). Las zonas pigmentadas y la intensidad de las mismas tienden a incrementarse con la duración y la cantidad de cigarrillos fumados, observándose con mayor frecuencia en personas de tez oscura y en el sexo femenino, posiblemente por la acción sinérgica que pueden ejercer las hormonas femeninas con el fumar. Asimismo, el tabaco es la principal causa de pigmentación melánica intrabucal en personas de piel clara.

El diagnóstico se debe basar en la correlación de los hallazgos clínicos con la historia de consumo de tabaco fumado, pero siempre se debe hacer diagnóstico diferencial con las otras causas potenciales de pigmentación melánica. Las lesiones suelen involucionar e incluso desaparecer gradualmente (en años) si se elimina el hábito nocivo. La biopsia está indicada en caso de duda o cuando los hallazgos clínicos son inusuales (por ejemplo, alteraciones en textura, color intenso o erosión).

### **Pigmentaciones de la mucosa asociadas a medicamentos**

En algunos pacientes se pueden presentar lesiones maculares únicas o múltiples sin causa aparente, cuya expresión clínica e histopatológica es similar a otros tipos de máculas melánicas, pero con especial predilección por afectar a la mucosa palatina y, menos comúnmente, otros



**Figura 4.** Pigmentación por cloroquina a nivel del paladar.

sitios de la cavidad bucal. En estos casos, es importante descartar el consumo de medicamentos, especialmente los antimaláricos como la cloroquina, el clorhidrato de quinacrina y otros derivados de la quinina, así como también estrógenos, fenotaleína, carotenoides, sales de metales pesados y antimicrobianos como minociclina y ketoconazol, zidovudina y clofazimina, los cuales son capaces por diferentes vías de incrementar la producción o disminuir la degradación de la melanina, o acumular algunos de sus metabolitos en diversos tejidos, como el hueso, y ser visibles a través de la mucosa como máculas difusas que van del café claro al negro. El diagnóstico suele basarse en la historia de consumo de medicamentos potencialmente inductores de la lesión y, más allá de la alteración estética que dicha pigmentación pueda ocasionar, no existe otra indicación para tratarlas. Algunas lesiones son prácticamente irreversibles o de muy larga evolución, como las asociadas al consumo prolongado de antimaláricos o minociclina (figura 4). Este tipo de pigmentación por medicamentos contrasta con el depósito de pigmentos exógenos inducidos por fármacos como el subsalicilato de bismuto, el cual produce pigmentación de carácter reversible de las papilas filiformes y ha sido previamente discutido en otro número de este Boletín.

### **Síndromes con pigmentaciones melánicas bucales multifocales**

El síndrome de Peutz-Jeghers es una condición hereditaria rara que se transmite con carácter autosómico domi-



**Figura 5.** Máculas melánicas peribucales en un paciente con síndrome de Peutz-Jeghers.



**Figura 6.** Nevo intramucoso del paladar.

nante, caracterizada por la aparición durante la infancia de máculas melánicas multifocales distribuidas en piel perioral, en mucosa bucal (figura 5) y en los dedos, las cuales usualmente preceden al desarrollo de poliposis intestinal y se asocian a una mayor predisposición a padecer cáncer en los pacientes afectados. El diagnóstico oportuno de las lesiones pigmentadas puede anticipar el descubrimiento de la afección gastrointestinal y, por ende, prevenir complicaciones como obstrucción por intususcepción y peritonitis. El manejo, en consecuencia, debe incluir la evaluación gastrointestinal periódica, aun antes de detectar sintomatología.

A diferencia del síndrome de Peutz-Jeghers, el síndrome de Laugier-Huzinker es un trastorno benigno adquirido que presenta una imagen clínica similar, caracterizada por máculas melánicas peribucuales en la mucosa bucal, pero además hay ocasionalmente pigmentación en uñas y en diversas zonas de la piel, principalmente de manos y pies, región perianal y mucosa genital, en ausencia de enfermedad sistémica asociada. Esta condición suele iniciarse en la edad adulta, y no requiere tratamiento. En cuanto al pronóstico, se sabe que esta entidad sigue un curso benigno, pero sólo se ha descrito un caso de remisión espontánea.

## Nevos intrabucuales

Al igual que ocurre en la piel, la mucosa puede ser localización de nevos celulares pigmentados. Se presentan desde la infancia como máculas planas o elevadas, circulares a ovales, usualmente simétricas y de color homogéneo que va del café claro al negro (figura 6), y usualmente no sufren cambio a lo largo de la vida. En vista de que la mucosa de la cavidad bucal es un sitio expuesto a traumatismo, cambios de temperatura y a menudo a procesos infecciosos de origen dental o periodontal, algunos autores sugieren su eliminación quirúrgica, a fin de minimizar el potencial riesgo de transformación maligna.

## Pigmentación por depósito de metales (Tatuajes por amalgama)

El ingreso de partículas metálicas al interior de la mucosa, principalmente amalgama de plata, puede producirse al momento de colocar o retirar una restauración. Con el tiempo, las partículas metálicas contenidas en el tejido conjuntivo se incorporan en los macrófagos, en células endoteliales, entre las fibras de colágeno y en lámina basal, haciéndose evidentes a través del epitelio como máculas bien o mal definidas, de color gris azulado a negro. Clínicamente pue-



**Figura 7.** Radiografía que muestra partículas metálicas en zona de mucosa pigmentada (tatuaje por amalgama).

den simular nevos o incluso melanoma, se localizan principalmente en encía y mucosa de carrillos, y es a través de una radiografía simple intraoral que en la mayoría de los casos se identifican las partículas de amalgama (figura 7). En caso de que no sean visibles, la biopsia es necesaria para identificar las partículas metálicas microscópicas y así descartar una lesión potencialmente agresiva.

Los tatuajes por metal de la mucosa bucal usualmente no inducen reacción inflamatoria o granulomatosa a cuerpo extraño, por lo que, una vez establecido el diagnóstico, la decisión de eliminarlo dependerá de consideraciones estéticas o para confirmar el diagnóstico.

## Melanoma de la mucosa bucal

Aunque los melanomas constituyen apenas alrededor de 0.5% de las neoplasias malignas de la región bucal, su importancia radica en su alta letalidad, la cual se expresa en una tasa de supervivencia a cinco años de aproximadamente 15%.

De acuerdo a su aspecto clínico, los melanomas de la mucosa bucal varían desde lesiones de aspecto macular (figura 8), que frecuentemente corresponden a melanomas *in situ* o de diseminación superficial histológicamente, hasta lesiones nodulares ulceradas que representan lesiones invasivas (figura 9). La mayoría de los casos se originan en paladar y encías, pero pueden ocurrir en otras zonas. El diagnóstico se sospecha cuando una lesión pigmentada presenta el "ABCD" característico de esta neoplasia, a saber:



**Figura 8.** Melanoma de diseminación superficial en la encía.



**Figura 9.** Melanoma nodular.

- A. Asimetría.
- B. Bordes irregulares.
- C. Color no homogéneo.
- D. Diámetro mayor a 5 mm.

El estudio histopatológico es el único medio confiable para su diagnóstico, y el pronóstico dependerá del tipo de melanoma. Los de diseminación superficial (intraepiteliales) tienen altas posibilidades de curación cuando se extirpan con márgenes adecuados. También puede ser de utilidad



**Figura 10.** Prueba de frotamiento con gasa, positiva a desprendimiento de melanina en melanoma.

diagnóstica la prueba de frotamiento con gasa, que consiste en frotar con una gasa la superficie de una lesión sospechosa de ser melanoma en una zona no ulcerada. La prueba es positiva de ser melanoma si la gasa se tiñe de café a negro, debido a la presencia de melanocitos cargados de pigmento que han invadido las capas superficiales del epitelio (figura 10); sin embargo, es importante recordar que la ausencia de pigmentación de la gasa no descarta al melanoma, pues algunos de estos tumores no invaden la superficie epitelial, haciendo necesaria la toma de biopsia.

---

## Diagnóstico y tratamiento de la depresión

### Introducción

La depresión es una enfermedad mucho más frecuente de lo que hasta hace algunos años se pensaba. Se caracteriza por una disminución del estado anímico que afecta diferentes esferas biológicas, psicológicas y sociales de los individuos que la padecen. Gracias a los estudios epidemiológicos, tanto nacionales como internacionales, hoy sabemos que en México entre 10 y 12% de la población general adulta señala haber padecido una depresión en los 12 meses previos. Asimismo, el riesgo estimado durante el transcurso de la vida de padecer un trastorno depresivo es de entre 15 y 20%, dos veces más elevado que en la década de 1980. Su prevalencia es de al menos 3% en adolescentes y de 0.5% en menores de edad escolar. El aumento en los índices de la depresión infantil está asociado con la separación parental, exposición temprana a estresantes sociales y uso de drogas. Estas cifras de prevalencia indican que cada vez es más alta la incidencia de esta enfermedad tan discapacitante entre niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. Desafortunadamente, la depresión es un padecimiento muy recurrente y en ocasiones crónico, por lo cual debe ser considerado como un problema de salud pública. Se estima que la depresión será, dentro de las próximas dos décadas, la segunda causa de discapacidad por años de vida saludable en todo el mundo.

### Diagnóstico

Los estudios de atención primaria confirman que la enfermedad depresiva se encuentra entre las cinco primeras

enfermedades médicas en el contexto de la atención cotidiana.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, únicamente 50% de los casos son diagnosticados por el médico de primer contacto y sólo entre 10 y 15% de ellos reciben un tratamiento apropiado. Entre la población del total de adolescentes y jóvenes, 75%, especialmente varones, no son diagnosticados y permanecen sin tratamiento durante largos años.

Un diagnóstico acertado continúa siendo el foco central en la atención médica. Como la mayoría de los episodios depresivos son el resultado de una combinación de factores biológicos de vulnerabilidad con factores psicosociales y ambientales, el tratamiento óptimo de los pacientes depresivos está dirigido a la integración de un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para obtener la remisión de los síntomas y devolver al paciente una adecuada integración social y laboral.

Los síntomas y signos de la depresión están asociados también con cambios en la función de la neurotransmisión y del estado neuroendocrino, que deben ser normalizados mediante el tratamiento adecuado.

En la actualidad se cuenta con dos clasificaciones para los trastornos mentales. Una es la estadounidense, conocida como el DSM-IV-R (*Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*), que es una de las más empleadas, tanto en el campo del diagnóstico clínico como en el de la investigación. La otra es el CIE-10 (*Clasificación internacional de enfermedades mentales*), que entró en vigor en 1993. Difiere del DSM-IV-R sólo en ciertos detalles

y en el estilo de la descripción, pero son totalmente compatibles.

La sintomatología principal de un cuadro depresivo consiste en alteraciones del estado del humor, del pensamiento y de la conducta, asociadas o no con diferentes quejas somáticas. Para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor, la sintomatología debe haber estado presente durante un periodo mínimo de dos semanas y representar un cambio definitivo con respecto a la conducta anterior del sujeto. El ánimo depresivo, o la pérdida de interés en las actividades cotidianas y placenteras, son síntomas indispensables para un diagnóstico acertado.

Los principales síntomas de una enfermedad depresiva son los siguientes:

1. Humor depresivo (ánimo disminuido).
2. Disminución notable del placer y del interés, o incapacidad para efectuar las actividades habituales.
3. Pérdida o aumento de peso (más de 5% del peso corporal en un mes).
4. Insomnio o hiperinsomnia.
5. Agitación o lentificación psicomotora.
6. Sentimientos exagerados o inadecuados de inutilidad o de culpa.
7. Fatiga o pérdida de energía durante el día.
8. Falta de apetito (anorexia).
9. Despertar precoz por la mañana.
10. Ideas de muerte recurrente, de suicidio, o intento o ideación suicida.
11. Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones.
12. Rumiación o ideas obsesivas.
13. Ansiedad constante y duradera.
14. Dolores inespecíficos.
15. Aislamiento (incapacidad y falta de interés para relacionarse).
16. Crisis de llanto o imposibilidad de llorar.
17. Ideas delirantes de culpa, referencia o persecución.
18. Sudoración.

Para llevar a cabo el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, con o sin melancolía, es necesaria la presencia de un mínimo de cinco de estos síntomas durante un periodo de por lo menos dos semanas.

La depresión mayor suele ser un trastorno recurrente: 50 a 80% de los pacientes que han tenido un primer episodio depresivo a la larga tendrán un nuevo episodio. Existe cada vez mayor evidencia de que algunos pacientes desarrollarán un curso crónico del padecimiento, por lo cual deben recibir antidepresivos durante un periodo mucho más prolongado.

## Tratamiento

El abordaje terapéutico de la depresión debe ser oportuno, después de haber realizado un diagnóstico certero. El tratamiento más común para la depresión mayor es el uso de antidepresivos, aunado a un apoyo psicoterapéutico, preferentemente la terapia cognitivo-conductual.

Es importante contar con la destreza del médico para establecer si el paciente presenta o no un riesgo suicida importante, que sería una de las indicaciones para su tratamiento médico-hospitalario, con el objeto de protegerlo de posibles conductas autolesivas.

Durante la fase aguda del tratamiento médico se recomiendan visitas por lo menos cada semana; una vez estabilizado el paciente, éstas podrán ser una vez al mes.

Al iniciar el médico el tratamiento con antidepresivos durante la fase aguda de la depresión, es importante para el clínico estar familiarizado con un pequeño número de diferentes antidepresivos, de los cuales deberá conocer su acción terapéutica y perfil de efectos colaterales. El empleo de una dosis adecuada, y la duración mínima de administración, son los puntos clave para obtener éxito en el tratamiento.

En la práctica diaria, muchos clínicos prescriben una dosis de antidepresivos demasiado baja y con frecuencia cambian o suspenden el tratamiento farmacológico a los pocos días de haberlo iniciado, ya sea por falta de mejoría en cuanto a la sintomatología depresiva o por efectos secundarios leves o moderados.

Hoy sabemos que un antidepresivo debe administrarse a dosis suficiente durante un mínimo de cuatro a seis semanas, antes de poder afirmar que el fármaco no ha surtido la acción antidepresiva deseada. La dosis óptima del fármaco debe adecuarse a cada caso específico, y suele alcanzarse una respuesta inicial leve durante los primeros 15 días después de iniciado el tratamiento.

En el cuadro I se mencionan los principales antidepresivos, su nombre genérico y el grupo al que pertenecen, así como dosis inicial y máxima de cada uno de ellos.

El tratamiento de la fase aguda deberá continuar durante un mínimo de seis a nueve meses antes de iniciar o disminuir de manera gradual el fármaco.

Cuando el paciente presenta, durante la fase de disminución de la dosis, una recaída de la sintomatología depresiva, se deberá continuar con el tratamiento a la misma dosis inicial durante un tiempo más prolongado, antes de pensar en disminuir nuevamente la dosis del fármaco.

Los estudios recientes señalan la ventaja de continuar con la dosis inicial de la fase aguda del tratamiento durante un mínimo de dos a tres años, sobre todo en pacientes con trastorno depresivo recurrente (dos o más episodios depresivos).

Los pacientes con trastorno depresivo recurrente podrán ser candidatos al tratamiento con antidepresivos durante un tiempo de administración aún más prolongado.

## Efectos secundarios de los antidepresivos

Entre los efectos secundarios de los llamados antidepresivos de primera generación (cíclicos) está el bloqueo de los receptores muscarínicos de acetilcolina, cuya consecuencia clínica es:

1. Sequedad de boca.
2. Taquicardia.
3. Constipación.
4. Visión borrosa.
5. Retención urinaria (sobre todo en pacientes con hipertrofia prostática).
6. Leves alteraciones cognitivas y de la memoria.
7. Disfunción sexual.
8. Diaforesis.

- 9. Temblor fino de manos.
- 10. Hipotensión ortostática.

La mayoría de estos efectos secundarios son resultado del bloqueo de los sitios parasimpáticos muscarínicos posganglionares.

Los antidepresivos de segunda generación con acción serotoninérgica y/o noradrenérgica (inhibidores selectivos) tienen menores efectos secundarios, un inicio de acción más rápido y menor toxicidad que los antidepresivos cíclicos, aunque el perfil de eficacia es semejante en los dos grupos. Los nuevos antidepresivos bloquean mínimamente la recaptura de dopamina y pueden inducir leves síntomas colaterales del tipo extrapiramidal, como acatisia, rigidez muscular y temblor.

Los diferentes antidepresivos que están actualmente al alcance de los clínicos varían esencialmente en cuanto a su farmacocinética, farmacodinámica y perfil de efectos secundarios, pero no en cuanto a su eficacia terapéutica. La eficacia antidepresiva en la mayoría de los antidepresivos es similar. Conforme se lanzan al mercado nuevos antidepresivos, éstos tienen la ventaja de menores efectos secundarios y de poder incrementar las dosis más rápidamente. Se debe enfatizar que, actualmente, el tratamiento farmacológico es noble y no produce dependencia, como comúnmente cree la población general.

## Tratamiento psicoterapéutico

Muchos de los pacientes se benefician de las diferentes psicoterapias disponibles en la actualidad, pero éstas deben ir asociadas siempre a la farmacoterapia. La psico-

terapia cognitivo-conductual, la interpersonal, la dinámica breve y otras, han mostrado coadyuvar al tratamiento y deben ser conducidas por profesionales con la debida capacitación.

## Conclusión

El tomar en cuenta el modelo conceptual actual de los trastornos depresivos en los que se conjuntan los factores biológicos (genéticos de mayor y menor efecto) con los ambientales, que son múltiples y donde el estrés juega un papel primordial, mejorará nuestro campo de observación para continuar la investigación sobre el origen de los trastornos afectivos, que indudablemente tienen una etiología multifactorial (biológica y psicosocial).

La depresión no respeta clases sociales, económicas ni culturales; es un fenómeno universal que debe ser tratado médicamente. El *armamentarium* farmacológico actual es amplio y muy eficaz para el tratamiento

Para diagnosticar una enfermedad depresiva, de acuerdo con la clasificación del DSM-IV-R, no debe haber ninguna causa orgánica que explique la sintomatología del paciente.

El médico debe realizar el diagnóstico diferencial de una depresión unipolar de la bipolar. Esta última se establece sólo si el paciente ha presentado en el transcurso de su vida al menos un episodio de manía (ánimo elevado o euforia). Es importante diferenciarlo, ya que implica un manejo terapéutico diferente; se debe enfatizar también que no deben combinarse diferentes antidepresivos para evitar mayores efectos secundarios en los pacientes.



### MESA DIRECTIVA 2007

#### Presidente

Dr. Emilio García Procel

#### Vicepresidente

Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez

#### Secretario General

Dr. Rafael Antonio Marín y López

#### Tesorero

Dr. Alejandro Treviño Becerra

#### Secretario Adjunto

Dr. Armando Mansilla Olivares

#### Editor del Boletín

Dr. Juan Urrusti Sanz

#### Diseño y formato

Paracelsus, S. A. de C. V.  
Editorial Alfíl, S. A. de C. V.