



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García
Jorge Alberto Castañón González
Luciano Domínguez Soto
Emilio García Procel †
Julio Granados Arriola
Gerardo Guinto Balazar
Gerardo Heinze Martín
Enrique Hong Chong
Carlos Ibarra Pérez
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Manuel Morales Polanco
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Ma. Eugenia Ponce de León
Francisco T. Rodríguez Covarrubias
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienna Monge
Manuel Torres Zamora
Juan Urrusti Sanz †
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXV, NÚMERO 3 MAYO - JUNIO 2016

Contenido

| | |
|--|---|
| El ejercicio intenso puede retrasar el déficit cognitivo | 1 |
| El manejo intervencionista en el dolor crónico | 2 |
| Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento | 6 |

El ejercicio intenso puede retrasar el déficit cognitivo

El déficit cognitivo de las personas de la tercera edad es bien conocido y temido, pero no hay muchos estudios que lo analicen a profundidad y mucho menos, con la metodología apropiada. De hecho, los últimos hallazgos provienen del análisis del Northern Manhattan Study (NOMAS), que fue un estudio diseñado originalmente para evaluar los efectos de algunos factores de riesgo de enfermedad vascular cerebral, en una cohorte que se obtuvo de una comunidad racial y étnicamente diversa. Los investigadores de la Universidad de Miami, Florida, y los de la Universidad de Columbia, en Nueva York, reexaminaron los datos obtenidos de este estudio y los relacionaron con la función cognitiva tardía, observando que los individuos que reportaron bajos niveles de actividad física durante la sexta década de la vida, presentaban un déficit cognitivo mayor, en comparación con los que reaslizaron ejercicio moderado o intenso durante esa misma etapa.

Este resultado sugiere que las personas que realizan ejercicio moderado o intenso, pueden mantener sus habilidades

cognitivas durante un tiempo más prolongado; considerando que actividades como el correr o el nadar fueron catalogadas como “ejercicio intenso”, mientras que a la caminata se le consideró como ejercicio de “baja intensidad”. Otro factor que contribuyó para catalogar al ejercicio como moderado o intenso, fue el que la actividad física tuviera la intensidad necesaria para provocar un incremento sostenido de la frecuencia cardíaca durante varios minutos y que esta, fuera realizada por lo menos dos veces por semana de manera cotidiana.

Hallazgos similares han sido reportados con anterioridad, pero fundamentalmente en poblaciones blancas. En el estudio NOMAS se incluyó a una cohorte con gran diversidad racial y étnica, lo que provee un mayor soporte a la evidencia de un efecto positivo del ejercicio sobre la salud cognitiva tardía en poblaciones diversas. Las variables analizadas en este estudio fueron: tabaquismo, peso, actividad física, dieta, presión arterial y niveles de colesterol y glucosa.

Los resultados sugieren que los individuos que reunieron un mayor número de indicadores de salud cardiovascular, presentaron menor pérdida cognitiva específicamente en los dominios de procesamiento de velocidad para ejecutar funciones y en cuanto a la memoria. De los siete indicadores, el no fumar y los niveles bajos de glucosa, parecen haber sido los más importantes en cuanto al futuro de la función cognitiva.

De tal forma que un menor número de factores de riesgo vascular, parece conducir a una mejor cognición o bien, a un deterioro más lento en esta función con el transcurrir de los años. Aunque esto ha sido reportado con anterioridad, es esta la primera vez que se ha demostrado dentro del contexto de las metas de la American Heart Association, añadiendo a la salud cardiovascular, el beneficio de la salud cognitiva.

La mayoría de las personas que participaron en el estudio carecía de un adecuado perfil de riesgo cardiovascular. De hecho, ninguno de los participantes tuvo los siete indicadores ideales y solo un 5 % presentaba de 5 a 6 indicadores; mientras que el 60 % contaba con 2 o 3 indicadores de salud cardiovascular. Ante estas circunstancias, la AHA ha propuesto como meta incrementar en un 20% la salud cardiovascular para el año 2020, lo que probablemente potenciará significativamente la salud cognitiva de la población.

Para relacionar la actividad física con la cognición, se practicó un examen neuropsicológico en 1228 individuos, el cual se repitió 5 años después en 876 de los participantes; en este estudio se evaluó además, mediante resonancia magnética nuclear, la incidencia de enfermedad vascular cerebral subclínica.

Los datos de la actividad física realizada se obtuvieron de los registros de inscripción al inicio del estudio. Los cuestionarios fueron correlacionados con sus equivalentes metabólicos, otorgando un valor de 6 o más a la actividad

física moderada o intensa y un valor de menos de 6, a la actividad física ligera. Las personas con actividad ligera o sin actividad física, formaron un solo grupo, al que se le consideró como grupo control. La actividad física moderada o intensa fue reportada en el 10% de los casos; mientras en el 90%, la actividad física fue nula o ligera.

Después de haber realizado los ajustes sociodemográficos, riesgos de enfermedad cardiovascular y los hallazgos obtenidos mediante la resonancia magnética nuclear (volumen de la materia blanca con hiperintensidad, infartos cerebrales silenciosos, volumen cerebral), los resultados demostraron que los individuos que reportaron nula o mínima actividad física, se asociaron con una mala función ejecutiva, memoria semántica y procesamiento de velocidad en la evaluación del primer examen cognitivo. Sin embargo, esta asociación se atenuó, cuando se realizó el ajuste de acuerdo a los factores de riesgo vascular, perdiendo su significancia estadística.

No obstante lo anterior, los individuos que fueron catalogados como normales cognitivamente durante el primer examen y que entraron dentro del grupo con actividad física nula ó mínima, mostraron al final del estudio un evidente deterioro en la velocidad de procesamiento y episodios de memoria, en comparación con los que fueron catalogados dentro del grupo de actividad física moderada o intensa, independientemente del ajuste que se realizó con relación a los factores sociodemográficos y de riesgo vascular.

De tal manera que a mayor número de factores de salud cardiovascular, menor será el deterioro en la cognición y en la velocidad de procesamiento. Además, la ausencia de tabaquismo y los niveles bajos de glucosa, se correlacionaron con una mejor cognición; mientras que cuando los miembros de este mismo grupo presentaban un mayor número de factores de salud cardiovascular, el déficit en el dominio de la función ejecutiva y de la memoria episódica, fue mínimo.



Manejo intervencionista en el dolor crónico

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular real o potencial y descrito en términos de dicho daño. El dolor crónico según la IASP es aquel que ha durado más de 3 meses. El dolor crónico tiene como afección

secundaria un deterioro en la calidad de vida y funcionalidad del paciente, por lo que una persona con dolor crónico tiende a tener menor productividad; lo cual se ve reflejado en un impacto social y económico importante. El reporte de Alivio de Dolor en Norteamérica en el 2011 estimó que la prevalencia del dolor crónico es mayor que

las enfermedades cardíacas, oncológicas y diabetes en conjunto. La prevalencia del dolor crónico se ha reportado en aproximadamente un 55% de los adultos. En México, el 22% de las consultas de los médicos de primer contacto son por dolor. Por lo que con base en lo anterior, podemos percatarnos de que el impacto no sólo es en la afección por persona, sino por el gran número de personas que se ven afectadas.

El número de abordajes terapéuticos para el dolor crónico es amplio, el cual engloba desde terapia física, psicológica, farmacológica, cambios en el estilo de vida, cirugía y procedimientos intervencionistas entre otros, mismos que suelen combinarse o usarse como monoterapias. Los fármacos analgésicos son la terapia más utilizada, entre ellos se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos, el paracetamol y los opioides. Estos son efectivos pero se ven limitados por sus efectos adversos y el tiempo durante el cual pueden utilizarse, por lo que el riesgo de abuso y sus consecuencias pueden incluso, llegar a ser fatales. Es por ello importante limitar el tiempo que utilizamos este tipo de terapias. Una buena alternativa que en las últimas décadas ha tomado mayor importancia, es la utilización de novedosos procedimientos intervencionistas percutáneos.

Existen sociedades y organizaciones médicas para difundir el conocimiento de este campo clínico, así como profesionalizar la práctica de la misma y promover una alta calidad en las técnicas intervencionistas percutáneas para el manejo del dolor, las que han confirmado su enorme valor costo-efectividad. Dentro de las organizaciones mundiales existen: la "World Institute of Pain" (WIP), La "American Society of Interventional Pain Physicians" (ASIPP), la "Asociación Colombiana de Intervencionismo y Neuromodulación" (ACIN) y la "Sociedade Brasileira de Medicina Intervencionista da Dor" (SOBRAMID).

En México, la Clínica del dolor del Instituto Nacional de Cancerología fundada en 1984, fue el primer lugar en el que se formalizó el adiestramiento en Intervencionismo en dolor, lo que implicó un año adicional a la formación de Algología. De hecho, desde el 2010 este año de Alta Especialidad es avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que ha permitido mantener ininterrumpidamente la formación de recursos humanos en este campo.

Técnicas Intervencionistas

El manejo Intervencionista del Dolor se efectúa mediante la utilización de técnicas intervencionistas percutáneas que se

realizan bajo guía de imagen lo cual, brinda al ejecutor una mayor precisión, efectividad y por ende, una reducción en la morbilidad de los procedimientos. En un inicio, se utilizó como apoyo imagenológico la fluoroscopia, posteriormente la tomografía y actualmente, se incorpora el ultrasonido. Esta última técnica ofrece como indiscutible ventaja, la disminución en la exposición a la radiación, la enorme movilidad del equipo a diferentes áreas y la visualización de las estructuras nerviosas.

La inhibición del sistema somático o simpático mediante métodos de intervencionismo percutáneo, puede realizarse a través de diferentes acciones:

- Físicas: Radiofrecuencia y crioablación
- Quirúrgicas: Abierta o endoscópica
- Químicas: Anestésicos locales y agentes neurotóxicos

Por lo tanto, este tipo de terapia intervencionista debe ser comprendida como un acto de interrupción de las vías nociceptivas es decir, se trata de un procedimiento homólogo al quirúrgico tradicional.

Las terapias intervencionistas del dolor crónico que han sido aceptadas, promovidas y profesionalizadas por las Organizaciones antes mencionadas son:

Administración epidural de esteroides: Se realiza en los diferentes niveles de la columna cervical, dorsal y lumbosacro, con diferentes tipos de esteroides, los cuales normalmente se combinan con anestésicos locales para su administración. Su principal objetivo estriba en disminuir la inflamación local, por lo que habitualmente se aplican de 2 a 3 infiltraciones de manera ambulatoria. Ha demostrado su eficacia en el manejo del dolor axial y radicular a largo plazo. La aplicación caudal de esteroide para lumbalgia provocada por hernia de disco, estenosis del canal, dolor discogénico y síndrome post cirugía, tiene una evidencia grado II mientras que la administración transforaminal, posee una evidencia III para canal lumbar estrecho. En hernia de disco y dolor discogénico torácicos, la administración de esteroide cuenta con una evidencia grado III, considerando que a nivel cervical, se recomienda la administración de esteroide no particulado¹⁸. Por otro lado, el abordaje translaminar con aplicación de esteroide no particulado tiene una evidencia II para hernia de disco; mientras que en la estenosis del canal y en el síndrome post cirugía, el depósito de esteroide a nivel cervical tiene una evidencia III.

Tratamiento con radiofrecuencia (RF): Consta de la

aplicación de energía a un tejido, a través de agujas especiales que permiten efectuar una lesión controlada y predecible de hecho, la radiofrecuencia puede ser fría, térmica o pulsada. Se utiliza para neurotomías a nivel de rodilla, articulación sacroiliaca, trigémino y a nivel de columna para dolor axial, radicular y discogénico. Además, puede utilizarse en el tratamiento de otros síndromes dolorosos muy específicos como la Neuralgia del Nervio Glossofaríngeo, la del Ganglio Estrellado, etc.

A nivel de columna y articulación sacroiliaca, ha tenido una gran aceptación por su eficacia. La RF convencional a nivel de facetas es efectiva, con una evidencia grado II, mientras que la pulsada tiene una eficacia limitada. En la articulación sacroiliaca, la neurotomía con radiofrecuencia fría posee una evidencia II. Finalmente, la biaculoplastia, la nucleoplastia y la radiofrecuencia intradiscal a nivel lumbar, cuentan con una evidencia grado III.

Epiduroscopia: Es un procedimiento endoscópico que ofrece una combinación de intervenciones diagnóstico-terapéuticas en una sola sesión. Se utiliza de manera terapéutica para la administración de fármacos y adherensiolíticos en procesos fibróticos y/o Adherenciales. Tiene una evidencia II-III en el tratamiento de la lumbalgia crónica refractaria así como en el tratamiento del dolor radicular refractario.

Neuroplastia percutánea con adherenciolisis: Consiste en la colocación de un catéter especial normalmente por abordaje caudal hacia el espacio epidural, el cual nos permite la administración de solución salina hipertónica o bien, la introducción de un balón con el cual se pueden romper las adherencias. Se ha comprobado su utilidad en el tratamiento del síndrome post quirúrgico y en el de la estenosis lumbar. Actualmente tiene una evidencia I, en el tratamiento de la lumbalgia con irradiación a extremidad inferior refractaria. Esta técnica también se utiliza en patología Cervical y raramente Dorsal.

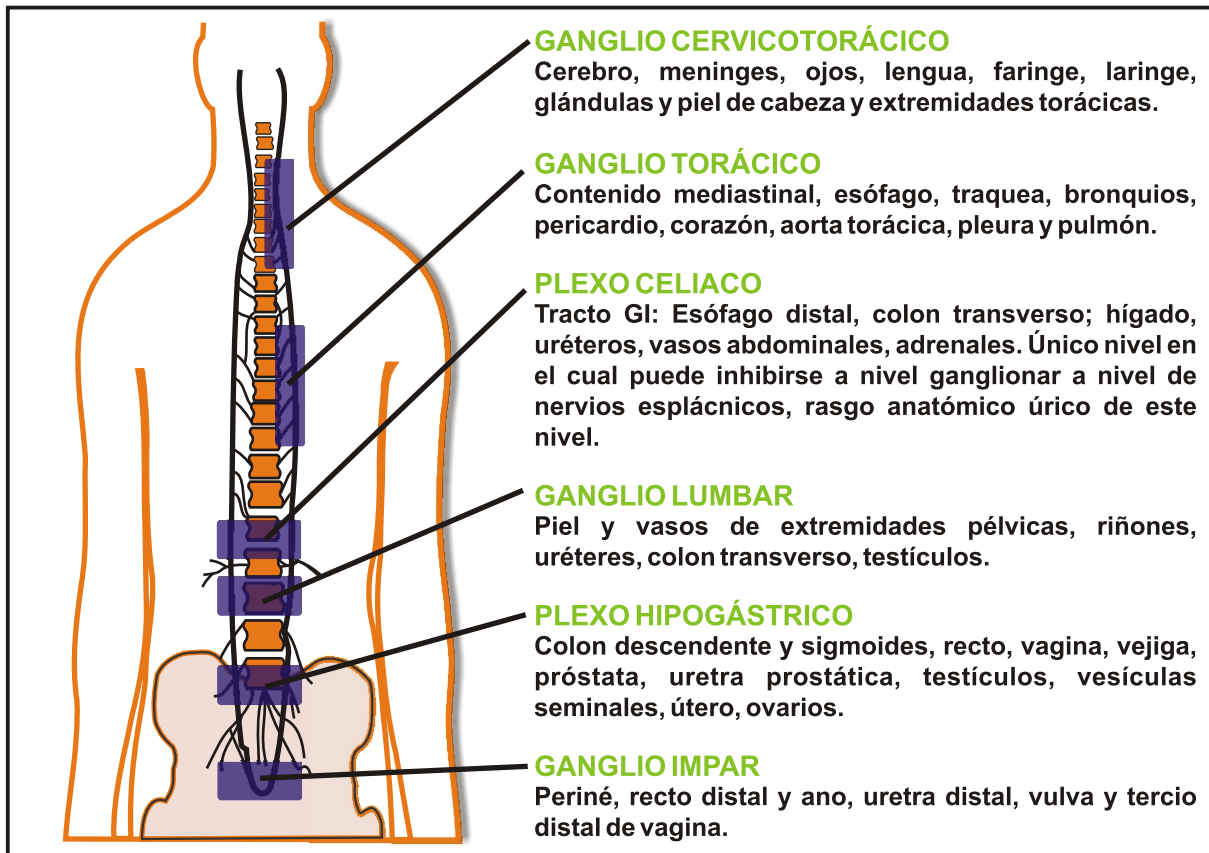
Osteocementoplastia: Consiste en la aplicación de un Cemento para Hueso en condiciones de riesgo de fractura o en fracturas de origen benigno o maligno (metástasis). La más utilizada es la vertebroplastia, la que consiste en la administración de polimetilmetacrilato (PMMA) a una vértebra fracturada o inestable. También se utiliza en fracturas dolorosas en pacientes con osteoporosis que no responden a tratamiento conservador después de 3 o más semanas. La vertebroplastia en estos casos, le ofrece al paciente disminución en la intensidad del dolor hasta por períodos de un año, incrementando en esta forma su

calidad de vida y funcionalidad. Su evidencia es moderada en pacientes con osteoporosis con fracturas dolorosas en fase tanto aguda como subaguda. La Femoroplastia, originalmente diseñada en nuestro país, consiste en la administración PMMA específicamente en el fémur proximal, lo que impide el riesgo de fractura por metástasis. Esta técnica se utiliza también en pacientes con osteoporosis, para prevenir fracturas de fémur, ya que estabiliza mecánicamente al hueso. Los estudios en este campo, han demostrado que la femoroplastia disminuye el riesgo de fractura de tercio proximal de fémur, en pacientes con metástasis u osteoporosis.

Inhibición del sistema simpático: Es un procedimiento de gran utilidad en pacientes con dolor mediado por el simpático bien caracterizado, localizado y que no forma parte de un síndrome doloroso de origen multifocal, ya que ejerce dos diferentes acciones: 1. Interrumpe la neuroconducción de las aferentes simpáticas preganglionares y postganglionares, las cuales influyen en la actividad de las neuronas aferentes primarias; y 2. Interrumpe la neuroconducción en las vías aferentes viscerales profundas. Particularmente, los procedimientos neurolíticos deben considerarse como opción terapéutica en el dolor crónico oncológico y no oncológico. Este procedimiento puede aplicarse en toda la extensión anatómo-topográfica del simpático (**figura 1**), mediante el uso de anestésicos locales y/o sustancias neurolíticas, además del uso de radiofrecuencia, en algunos casos específicos. Este procedimiento está también indicado en los casos fallidos de alivio del dolor con analgésicos orales u otros tratamientos; o bien, cuando el tratamiento del dolor con otros fármacos, ha provocado severos efectos colaterales que limitan la actividad cotidiana del paciente; o cuando la vía oral no es accesible; o ante la limitación del uso de opioides o la imposibilidad para el manejo intradomiciliario o bien, ante el rechazo del paciente a los fármacos.

Este procedimiento se ha utilizado también en el tratamiento del dolor crónico no oncológico como en los casos de neuralgia del ganglio esfenopalatino, proctalgia fugaz, síndrome doloroso regional complejo, cistitis intersticial, neuralgia postherpética, dolor crónico sin patología reconocida después de bloqueo diagnóstico diferencial, dolor pélvico secundario a enfermedad inflamatoria pélvica, congestión o adherencias, endometriosis, dolor uterino, dispareunia y síndrome ovárico remanente entre otros. Por otro lado, en el caso de los Síndromes Dolorosos de Origen Oncológico, existe suficiente evidencia en la literatura universal, que apoya el

Figura 1.



Esquema con los diferentes niveles de abordaje para la cadena simpática y sus correlaciones anatómicas. Tomado de: Plancarte Sánchez R, Guajardo Rosas J, Guillén Nuñez R. Manejo integral del dolor. Cancerología. 2006;1:273-281.

uso de este procedimiento en casos de metástasis de diferente extirpe histopatológica, que provocan dolor por su intervención en la fisiología del territorio del sistema nervioso simpático, particularmente a nivel visceral.

Neuroestimulación de Cordones Posteriores de la Medula Espinal: Es la estimulación eléctrica de la médula espinal, mediante la aplicación de un electrodo en el espacio peridural, conectado a un generador de impulsos. Este procedimiento requiere de vigilancia médica y ajuste continuo por parte de compañía productora de esta tecnología. Está indicado en el tratamiento de síndromes neuropáticos, en los casos de dolor refractario a tratamiento farmacológico, en el síndrome regional complejo y en el síndrome post quirúrgico de columna vertebral entre otros. Su evidencia es moderada en síndrome post quirúrgico.

Terapia Infusional: Se lleva a cabo mediante la instalación de una Bomba subcutánea conectada a un catéter intratecal que libera Morfina sola o en combinación con anestésicos locales y/o alfa 2 agonistas (analgesia multimodal), que asciende hasta los centros superiores del dolor, propiciando una calidad de analgesia predecible, independientemente

de la causa que origina el cuadro doloroso (Maligna o Benigna). Requiere de recargas periódicas del fármaco. La ventaja de este procedimiento es que utiliza dosis farmacológicas hasta 300 veces menores a las que se administran por vía oral considerando además, que es la terapia implantable de menor costo, cuando se trata de control del dolor a largo plazo.

Conclusión

Existe una gran variedad de técnicas intervencionistas para manejo del dolor crónico, que han demostrado efectividad y razonable eficacia a largo plazo, de lo que existe buena evidencia.

Es importante tomar en cuenta, para lograr la eficacia descrita en la literatura, que es necesario una adecuada y minuciosa evaluación por médicos expertos en el tema (algólogos), de las características del paciente y su entorno, porque que nos enfrentamos a un paciente generalmente multitratado, con persistencia del dolor crónico, en desesperanza y quienes habitualmente presentan un severo deterioro en la calidad de vida y productividad. Es

indispensable elegir el manejo intervencionista que mejor se adapte a nuestro paciente en todos los aspectos, incluyendo la necesidad de personal calificado, la infraestructura adecuada y el equipo necesario para realizarlo.

Es importante hacer hincapié, en que el dolor de la Columna Vertebral de diferente etiología, incluyendo la degenerativa y la postquirúrgica, habitualmente no responde a la terapia convencionales, por lo que los procedimientos intervencionistas percutáneos están indicados por su eficacia demostrada en todos los pacientes con cervicalgia

y lumbalgia crónica. Por otro lado, las Osteocementoplastias han demostrado también su eficacia en diferentes condiciones clínicas. De la misma manera, en los casos de dolor visceral crónico de origen no oncológico y oncológico cuyo manejo convencional es habitualmente refractario, requiere habitualmente de la práctica de técnicas tales como la neurolisis del sistema simpático. Finalmente, la terapia Implantable es una oportunidad para paliar un fenómeno doloso que no responde a las intervenciones previamente mencionadas, sin perder de vista que esta opción, no modifica la causa que origina el dolor.



Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento

Introducción

La depresión, es una enfermedad reconocida desde hace más de 3000 años por la medicina egipcia.

Hipócrates menciona en su “Corpus Hippocraticum” la palabra “melancolía”, la cual define, como una enfermedad mental causada por la bilis negra.

Últimamente se ha dado gran importancia a la presencia de los trastornos depresivos en la adolescencia, sobre todo por la falta de un diagnóstico oportuno, y por lo tanto, un retraso considerable en el inicio del tratamiento.

Epidemiología

Aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes, experimentará un cuadro depresivo antes de la edad de 18 años.

Como las tasas de depresión en adolescentes se incrementan entre los 13 a 18 años, se estima que la incidencia acumulada para este grupo de edad es similar a la de los adultos, sin embargo, a pesar de la presentación temprana de los síntomas, un porcentaje muy bajo recibe la atención en forma temprana. Este hecho señala a la adolescencia como un período crítico, el cual debe recibir especial atención, ya que se sabe que el suicidio es la tercera causa de muerte de la población joven de entre los 15 a 25 años, y puede ser el resultado de un episodio depresivo previo no reconocido, por lo tanto, la falta de un tratamiento antidepresivo oportuno puede desencadenar consecuencias fatales.

El trastorno depresivo, es un problema de salud mental común en la gente joven en el mundo. Los metaanálisis sugieren que la prevalencia en niños menores de 13 años es de 2.8%, incrementándose a 5.7% en adolescentes y adultos jóvenes; las tasas de recaídas son altas. Existe una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo asociadas con el trastorno, por ejemplo, dificultades en la convivencia y la socialización, pobre desempeño vocacional e incremento en el riesgo para autolesiones y suicidio. Consecuentemente, la intervención temprana es la estrategia más efectiva, para la prevención de las consecuencias asociadas con la enfermedad.

En un estudio epidemiológico reciente, la prevalencia de depresión a lo largo de la vida y a 12 meses fue de 11% y 7.5% respectivamente. La prevalencia de depresión se incrementó en el período de la adolescencia, con mayores incrementos en las mujeres que en hombres. La mayoría de los casos estuvieron asociados con comorbilidad psiquiátrica y disminución severa en el desempeño cotidiano, una minoría reportó suicidalidad. La prevalencia de depresión severa, se presentó en un 25% de la muestra; las estimaciones de impacto en el desempeño y el correlato clínico fueron de 2 a 5 veces mayor en los casos severos que en los moderados, con mayores tasas de pensamientos y conductas suicidas. En el grupo de adolescentes con depresión en los últimos 12 meses, el 60% recibió algún tipo de tratamiento, pero solo una minoría recibió tratamiento específico para el trastorno o tratamiento proveniente del sector de atención a la salud mental.

CUADRO CLÍNICO

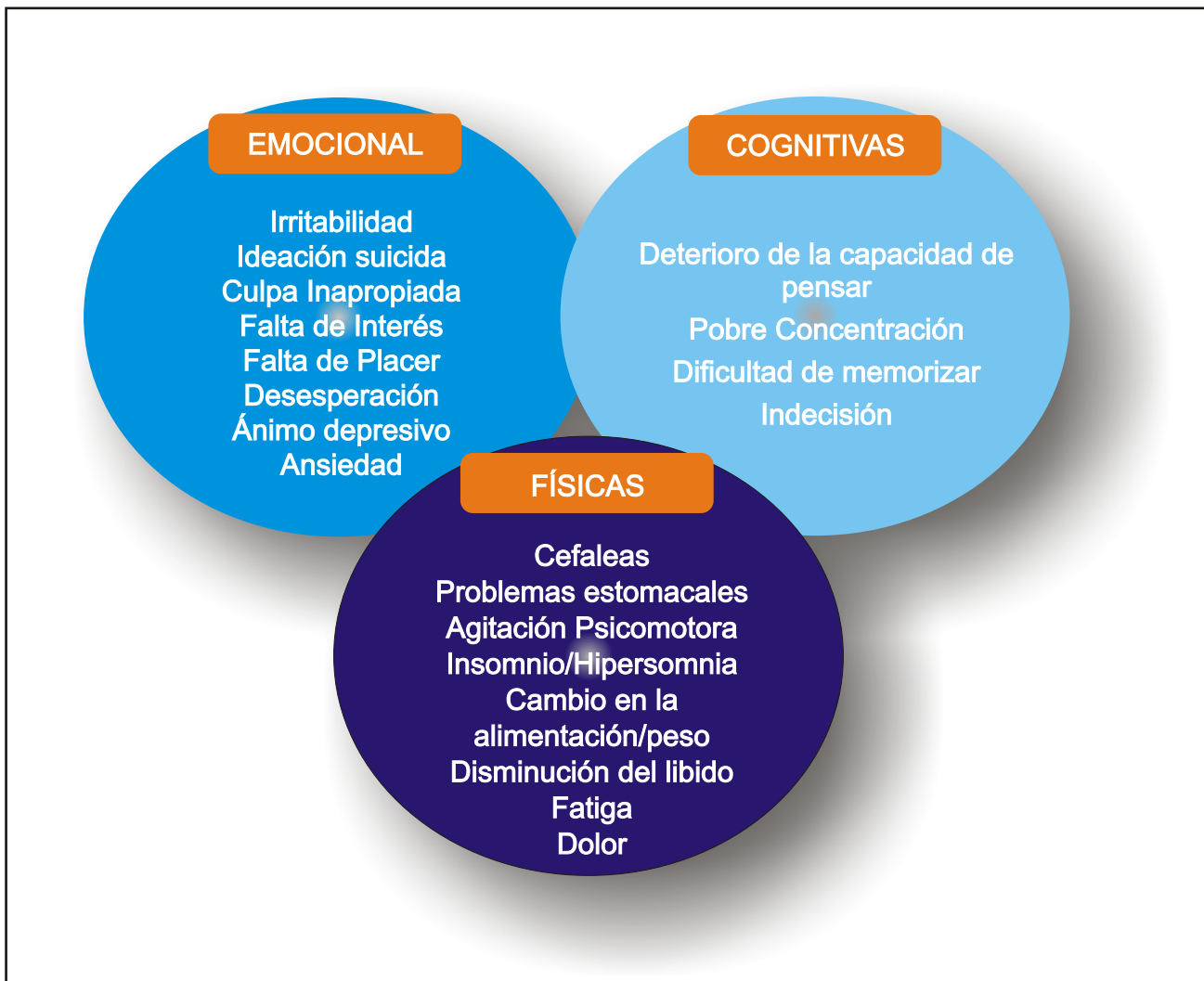
La depresión en adolescentes abarca un espectro amplio de sintomatología, que va desde lo subsindromático hasta lo sindromático; para establecer el diagnóstico el adolescente debe presentar, por lo menos durante dos semanas: a) cambios persistentes en el estado de ánimo y/o b) pérdida de interés en actividades placenteras practicadas de forma cotidiana. Sumado a otra gran variedad de síntomas como aumento o incremento en el apetito, en el sueño, disminución de la energía, ideas de muerte o suicidas, considerando también los intentos suicidas, estos síntomas deben representar un cambio significativo del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad.

Es pertinente evaluar la comorbilidad, del 50 al 90% de los adolescentes presentan esta característica clínica, siendo las más frecuentes los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno por

oposición y desafío y específicamente del grupo de edad, el abuso de sustancias. El inicio y la permanencia de la depresión en adolescentes suele estar mediada por estresores individuales, familiares y escolares. Es imprescindible valorar la relación de éstos con el cuadro clínico.

La depresión es una enfermedad heterogénea, con una amplia gama de síntomas emocionales, físicos y cognitivos. Éstos incluyen, ánimo depresivo, anhedonia, falta de interés y de disfrutar las cosas, energía disminuida, falta de concentración y memoria, sentimientos de culpa, pesimismo, pobre autoestima, ideas suicidas, alteraciones del sueño, así como diversos síntomas somáticos como dolor, fatiga, disminución de peso. Estos síntomas, deben estar presentes durante por lo menos 2 semanas. En el **cuadro 1**, se mencionan los síntomas de las tres áreas afectadas.

Cuadro 1



Principales síntomas de un Trastorno Depresivo Mayor.

TRATAMIENTO

Se estima que a los adolescentes con depresión, no se les diagnostica tempranamente, y solo una minoría recibe tratamiento específico y efectivo para el trastorno.

Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores efectivos de la recaptura de serotonina, son los

antidepresivos de elección para esta población de jóvenes.

En el **cuadro 2** se presentan los nombres y las dosis de los principales antidepresivos.

Es recomendable iniciar con dosis bajas de cualquier antidepresivo, para observar la tolerancia medicamentosa y así obtener una adecuada adherencia por parte del paciente.

Cuadro 2

| Nombre | Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Serotonina |
|--------------|--|
| Fluoxetina | 20-40mg/día |
| Paroxetina | 20-40mg/día |
| Sertralina | 50-100mg/día |
| Citalopram | 20-40mg/día |
| Escitalopram | 10-20mg/día |

Los principales efectos colaterales de los inhibidores selectivos de la serotonina, son generalmente mínimos como náusea, diarrea, reflujo gastrointestinal, insomnio, disminución del libido, entre otros. Muchos de los efectos secundarios son dosis-dependientes, y suelen desaparecer al disminuir la misma.

PSICOTERAPIA

En el tratamiento integral del trastorno depresivo mayor, debe considerarse siempre la terapia cognitiva conductual, interpersonal y familiar, éstas generalmente conducidas por un profesional calificado.

En muchas ocasiones los malestares físicos, se controlan al eliminar la sintomatología depresiva.

En general, todas las formas de psicoterapia consideran al sujeto como un todo, aunque viéndolo desde la perspectiva

de las fuerzas motivacionales de la personalidad, las psicoterapias pueden ser individuales.

CONCLUSIÓN

Dada la importancia que tiene este periodo en el ciclo vital con respecto al desarrollo físico, social, educativo y vocacional, la aparición de un trastorno afectivo durante la adolescencia, puede ocasionar dificultades en la trayectoria del desarrollo normal. Esta disrupción y sus efectos adversos, pueden persistir hasta la vida adulta. El tratamiento por sí mismo puede resultar muy poco eficiente para modificar el impacto de la depresión, es imperativo prevenir la aparición de los síntomas para reducir la carga por enfermedad de estos trastornos. Existe una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo de la depresión reconocida, como dificultades en la convivencia y socialización, pobre desempeño escolar y un incremento en el riesgo de autolesionarse o suicidarse.



Mesa Directiva 2015 - 2016

Dr. Enrique Graue Wiechers
Presidente

Dr. Armando Mansilla Olivares
Vicepresidente

Dr. Fabio Salamanca Gómez
Secretario General

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Tesorero

Dra. Gloria Soberón Chávez
Secretaria Adjunta

Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz †

Diseño y Formación
Luis Roberto Vidal Gómez

Impresión y Difusión
Germán Herrera Plata

Asistente Editorial
Enequina Cruz Jaimes

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2016
Vol. XXV
No. 3