

El Residente**ENSAYO - OPINIÓN**

El paciente con diabetes mellitus y depresión

Luis D Alviso de la Serna, Marisol C Ramírez Abascal***

RESUMEN. Diabetes mellitus y depresión representan dos motivos de preocupación en la salud pública nacional e internacional. Ambas tienen una prevalencia que se acerca al 10% de la población económicamente activa, y son causa importante de deterioro en la calidad de vida y la salud de los enfermos, lo que repercuten tanto en el ámbito familiar como en el económico. Estas enfermedades son atendidas usualmente por clínicos que no valoran los fenómenos de comorbilidad, frecuentes entre ambas, por lo que sus tratamientos se limitan a una sola de ellas. La elección del fármaco antidepresivo más adecuado para el diabético es un tema que requiere mayores conocimientos. No existe literatura que demuestre la superioridad de un fármaco para situarse como de primera elección en la depresión del paciente diabético; por ello, es necesario que todo clínico conozca las diferentes características y efectos secundarios de cada fármaco antidepresivo para elegir la mejor opción en cada paciente. En este artículo se revisa la literatura respecto a la comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus, se enfatiza la importancia de conocer la interrelación existente entre ellas, se postulan de manera general las opciones terapéuticas posibles para guiar la elección del tratamiento, enfocándose en consideraciones específicas del paciente diabético.

Palabras clave: Depresión, diabetes mellitus, tratamiento, epidemiología.

ABSTRACT. Two of the greatest concerns in national and international public health are the diabetes and depression. Each of these pathologies has around 10% prevalence in the economic active community. These considerations lead to important decrease on patients' quality of life and health. That means social and economic repercussions. These pathologies usually are treated by different clinicians, which frequently do not make a good evaluation of the comorbidity between them. This means that treatment use is focused only on one of them. There is an important lack of knowledge about the antidepressant treatment for these patients. In the international literature there is no evidence for a first choice antidepressant treatment for the diabetic patient. So is a clinicians need to know the differences between the different antidepressant families and their secondary effects. In this article we review the literature about comorbidity between depression and diabetes. We analyze the importance of knowing the relation between them. Finally, we show the options for different treatments focusing the diabetic patient needs.

Key words: Depression, diabetes mellitus, treatment, epidemiology.

* Residente de 4º año de Psiquiatría, Coordinador de Residentes de Psiquiatría.

** Psiquiatra en Curso de Postgrado para Médicos Especialistas en Neuropsiquiatría.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Subdirección de Neuropsiquiatría

Abreviaturas: IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; TC: antidepresivos tricíclicos.

Dirección para correspondencia:

Luis D. Alviso de la Serna

Rancho El Encanto No. 31, Colonia Santa Cecilia.

Delegación Coyoacán. C.P. 04930 México, D. F.

Tel. 01 (55) 5671 2551

Correo electrónico: dralviso@gmail.com

Recibido: 22 de junio del 2009

Aceptado con modificaciones: 24 de julio del 2009

Introducción

Cada paciente genera diversas respuestas ante los cambios en su calidad de vida, derivados de las repercusiones físicas de la enfermedad, la respuesta personal a la noticia del diagnóstico y el conocimiento individual que tenga sobre su patología. Una de estas respuestas implica que, ante el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, se manifieste depresión. Es por ello habitual que observemos manifestaciones depresivas en enfermos diabéticos. Por esto, es necesario hacer una revisión sobre la importancia de dicha comorbilidad.

En la literatura internacional hay múltiples estudios sobre esta relación; sin embargo, tanto el conocimiento como el abordaje de los síntomas depresivos muchas

veces son exclusivos de los médicos psiquiatras, pues éstos usualmente manejan los diversos aspectos de los trastornos afectivos. En sentido opuesto, también aparecen problemas ya que, frecuentemente, el psiquiatra no valora exhaustivamente las enfermedades no psiquiátricas que pueda padecer su paciente. Así pues, es común observar que en el tratamiento de los enfermos diabéticos depresivos no se tratan adecuadamente algunas de sus dimensiones patológicas.¹

Epidemiología

La Encuesta Nacional de Salud muestra que la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 20 años o más en nuestro país es del 7.5%, y corresponde a 7.8% para las mujeres y 7.2% para los hombres. Dicha prevalencia aumenta con la edad, hasta alcanzar 21.2% después de los 60 años. Como se observa, la población que actualmente padece diabetes pertenece, en su mayoría, a la económicamente activa. Este aspecto conlleva consecuencias importantes tanto en el ámbito de la salud como en el económico del país.²

Cuando se compara con el grupo poblacional que padece depresión, los resultados son muy interesantes. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestra que la población con trastornos depresivos está ubicada en los mismos grupos de edad que los diabéticos, y alcanza prevalencia de 9.1%.³

Con esta información, concluimos que ambas patologías afectan a personas dentro del mismo grupo de edad, en condiciones socioeconómicas similares, población económicamente activa y con factores ambientales comunes.

Importancia

La importancia de esta comorbilidad va más allá de las medidas epidemiológicas, debido a que los factores neurobiológicos implícitos en ambas demarcan que su relación afecta directamente la evolución de las mismas. Por ejemplo, las alteraciones en el peso corporal están entre los factores biológicos de mayor trascendencia para la depresión; estas variaciones son también comunes en los pacientes con diabetes.

La literatura internacional indica que la pérdida de peso ocurre en alrededor del 50% de los pacientes con

depresión de características melancólicas; por el contrario, en la depresión atípica se da el aumento de peso corporal en alrededor de la mitad de los pacientes.⁴

El control del peso corporal es una de las medidas más recomendadas para el manejo correcto de la diabetes; su descontrol se asocia con la presencia de trastornos depresivos, tema que adquiere la mayor importancia en los enfermos diabéticos, al valorar su dieta y el cumplimiento de la misma, para así alcanzar el control de su glucemia y realizar los ajustes necesarios a su tratamiento.

Valorando el tratamiento

El tratamiento antidepresivo del enfermo con diabetes y depresión se debe basar inicialmente en el apego y la tolerancia al mismo. Sin embargo, la elección del fármaco debe tomar en cuenta la posible ganancia de peso que aparece como efecto colateral, los cambios metabólicos que surgen como efecto directo del medicamento (algunos medicamentos elevan los niveles de glucosa) y las interacciones potenciales con otros fármacos, en especial con los medicamentos euglucemiantes. Todo ello debe ser tomado en cuenta para evitar la aparición del síndrome metabólico y las complicaciones típicas del aumento de peso.

A continuación se describen características de los medicamentos antidepresivos que deben ser tomadas en cuenta para la selección correcta del tratamiento:⁵

1. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

Es la primera familia de antidepresivos que se documentó como tal. Debido a sus efectos adversos, han sido descontinuados gradualmente del mercado nacional, por lo que en la actualidad son muy poco utilizados.

El único IMAO que en México continúa en el mercado, como antidepresivo, es la moclobemida. Su mecanismo de acción antidepresivo se relaciona con el efecto inhibidor reversible de la enzima monoaminooxidasa (MAO). Debido a que su metabolismo es principalmente hepático, se recomienda tener las mismas precauciones que con los IMAO convencionales. Es necesaria su vigilancia cuando se administra junto con medicamentos como la «hierba

de San Juan», dextrometorfano, meperidina, metadona, tramadol, y no debe administrarse concomitantemente con los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

2. Tricíclicos

Utilizados para el tratamiento de la depresión a largo plazo, cuando se prescribe un fármaco de esta familia también se debe tener en cuenta la necesidad de vigilancia por sus efectos adversos potenciales. También debe considerarse que su venta en nuestro país requiere receta médica; por ello, no siempre son accesibles para el paciente que vive en lugares retirados de los hospitales o centros de atención especializada.

En el enfermo diabético, antes de prescribir un fármaco de este grupo es necesario asegurar que su función cardiovascular sea normal. Se sugiere contar con registro electrocardiográfico reciente para asegurar que no existan alteraciones previas al tratamiento y tener siempre en cuenta la letalidad potencial ante una sobredosis. Se debe recordar que este grupo de fármacos posee efectos anticolinérgicos importantes, por lo que se dificulta la evaluación de la polidipsia causada por la propia diabetes, la que incluso puede incrementarse al utilizarlos. También es común que aumenten el peso corporal, por lo que éste debe ser vigilado frecuentemente por el clínico, quien valorará los ajustes pertinentes al tratamiento.

3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

Es el grupo de antidepresivos más utilizados en todo el mundo. Debido a su perfil de seguridad, no se ha documentado la dosis letal y sus efectos adversos que son relativamente escasos. Se les considera como la primera línea de acción para tratar eficazmente a la depresión.

Antes de iniciar el tratamiento con los medicamentos de esta familia terapéutica, debe tomarse en consideración que cada una de estas moléculas cuenta con un perfil farmacodinámico propio que puede llegar a ser muy distinto entre una y otra, por lo que son distintos sus perfiles de interacción y efectos colaterales.

Varios de éstos incrementan el peso corporal; otros se relacionan con la estabilidad e incluso una li-

gera disminución del mismo. Dentro de los que promueven incremento en el peso corporal está la paroxetina; los que muestran mayor estabilidad ponderal son sertralina, citalopram y escitalopram. Incluso hay distintos ensayos clínicos que documentan a la fluoxetina como un fármaco que posiblemente favorece la disminución del peso corporal.

Así también, hay que considerar la cantidad de interacciones que pueden tener estos fármacos debido a su acción en distintos receptores y su metabolismo hepático, lo que influye directamente en su farmacodinamia y en la de otros fármacos que reciba el paciente. Es importante considerar que en el diabético se da la necesidad de polifarmacia según avanza la patología.

4. Antidepresivos «atípicos»

Es el grupo más novedoso, varios de ellos con acción sobre distintos receptores. También se incluyen los llamados antidepresivos «duales», que poseen acción en noradrenalina y serotonina.

Todos en general muestran aceptable tolerancia y pocos efectos colaterales, ya que tienen alta afinidad por receptores específicos en el sistema nervioso central y, aparentemente, efecto pobre en el periférico.

Existen numerosos reportes respecto al buproprión, la duloxetina y la venlafaxina. No se evidencia con ellos aumento de peso, por lo que se han utilizado con un buen rango de seguridad en el paciente diabético. Sin embargo, con mirtazapina varios estudios en pacientes han mostrado un importante aumento de peso y riesgo mayor para desarrollar el síndrome metabólico.

Consideraciones especiales

Para el paciente con diabetes mellitus es de suma importancia considerar el aspecto sexual. Es bien documentado que muchos de estos pacientes sufren de impotencia sexual (disfunción eréctil, disminución del deseo sexual), lo que afecta directamente su calidad de vida, la relación de pareja y la autoestima.

Al considerar un fármaco antidepresivo, es importante evitar aquellos que puedan ocasionar la disfunción, agravar o perpetuar las alteraciones del paciente.

Bibliografía

1. American Medical Association. Trastorno Depresivo Mayor en la Atención Primaria: Reconocimiento y Tratamiento de sus Síntomas Físicos y Psicológicos. 2006.
2. Olaiz FG, Rojas R, Aguilar SC, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública de México 2007; 49(3): 331-337.
3. Medina-Mora M et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4).
4. Vieweg WV, Levy JR, Fredrickson SK, Chipkin SR. Psychotropic drug considerations in depressed patients with metabolic disturbances. The American Journal of Medicine 2008; 121(8): 647-655.
5. World Health Organization. The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing in Publication Data.