



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



424/758 - RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DIABETES. FACTOR DE MAL CONTROL GLUCÉMICO

J. Erdozain Corpas¹, C. García Victori² y E. Pavón García²

¹Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años con antecedentes personales de HTA, síndrome depresivo, fibromialgia. Reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Tratamiento: enalapril 20 mg/24h, amlodipino 5 mg/24h, empaglifozina/metformina 5/875 mg/12h, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg/12h, metamizol 575 mg/8h, escitalopram 10 mg/24h, lorazepam 1 mg/24h. Acude a consulta por mal control glucémico. Aporta cifras de glucemia capilar superiores a 200 mg/dl. Niega infecciones concomitantes o toma de corticoides. Tras entrevista exhaustiva, refiere realizar correctamente dieta y tratamiento pero no ejercicio físico porque se lo impiden los dolores osteomusculares que presenta a diario. Coincidiendo con el diagnóstico presenta tendencia al ánimo triste, insomnio y decaimiento. Ha dejado de salir porque ha perdido el interés, tiene miedo a las hipoglucemias y, no tiene ganas de nada. Le cuesta acordarse de las cosas y concentrarse. Se realiza entrevista MINI con puntuación 6. Se explica la importancia de llevar a cabo dieta, ejercicio y tratamiento, se incide en la necesidad de retomar sus actividades de ocio y se tranquiliza con respecto a las hipoglucemias. Se acuerda seguimiento estrecho y modificar tratamiento antidepressivo con vortioxetina 10 mg c/24h. Al mes y medio se reevalúa en consulta, ha empezado a salir nuevamente, se detectan mejoría de la ansiedad y del estado de ánimo (MINI 2), incipiente mejoría de los controles glucémicos. A los 6 meses persiste buena evolución, reducción HbA1c y mejora de su calidad de vida.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 135/75 mmHg. Glucemia capilar: 250 mg/dl. Exploración física por aparatos y neurológica sin alteraciones. Analítica inicial: HbA1c: 8%. A los 6 meses: 6,5%.

Orientación diagnóstica: Trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial: Trastorno adaptativo, fobia social, distimia.

Comentario final: Los pacientes diabéticos que sufren depresión asociada presentan un peor control glucémico, el número y la gravedad de las complicaciones son mayores, su calidad de vida empeora y aumenta la mortalidad. Es más frecuente en mayores de 60 años y en sexo femenino. Al presentarse de forma comórbida ocasionan mayor impacto funcional y orgánico del que cabría esperar en una presentación independiente. Ambas son enfermedades de alta prevalencia con tendencia a la cronicidad. Desde atención primaria, debemos realizar un importante despliegue preventivo, una búsqueda activa para lograr un diagnóstico precoz y, contemplar un abordaje

multidisciplinar, ofertando tratamientos dirigidos.

Bibliografía

1. Penninx BW. Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;74(Pt B):227-86.
2. Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2001;63:619-30.

Palabras clave: Depresión. Diabetes mellitus. Control.