

PSIQUIATRÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que trascienden lo que se considera normal: cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y sensación de angustia. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces habituales; así como modificaciones cognitivas, como pensar de manera ineficiente, tendencia a distraerse y elevada autocrítica.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) utiliza una lista de síntomas y divide el cuadro depresivo mayor en varios subtipos. En cualquiera de estos, siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar; así como aumento de la fatigabilidad. El episodio debe durar al menos dos semanas.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas de todas las comunidades del planeta. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente, se estima que la depresión afecta a 350 millones de seres humanos.
http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias psicoactivas y con la conducta suicida es considerable. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que ésta predispone a su padecimiento y, al mismo tiempo, la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de padecer depresión.

No menos importante es el impacto funcional y productivo de la depresión, considerado parte importante de los costes asociados a esta patología. En este sentido, se ha planteado que la depresión es el trastorno mental más costoso en Europa y representa, entre gastos directos e indirectos, un 33 % del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía (118 billones de euros) y un 1 % de los gastos de la economía europea.

Los costes indirectos debidos a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61 % de este gasto, mientras que los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria (61 %), hospitalizaciones (9 %), tratamiento farmacológico (8 %) y mortalidad (3 %).

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.

1. OBJETIVO

Estandarizar el manejo de los pacientes que presentan depresión, garantizando un tratamiento oportuno para disminuir la severidad y mortalidad de esta patología.

2. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Personal sanitario de todos los centros hospitalarios públicos o privados con Servicios de Salud Mental.

4. POBLACIÓN DIANA

Persona que presenta episodios depresivos por al menos dos semanas, pérdida de interés, dificultad para continuar con sus actividades ordinarias y fatiga.

5. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio depresivo leve probablemente está apta para continuar con la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: cuando existen los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, con un mínimo de ocho síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente pérdida de autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer los siguientes síntomas psicóticos: alucinaciones, delirio, retardo

psicomotor o estupor grave. Este caso es denominado episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos, como alucinaciones o delirio, pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

6. DIAGNÓSTICO

6.1 Historia clínica

a. Criterios generales de un episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio depresivo no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

b. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

c. Además, estará presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de la falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

d. Puede haber o no síndrome somático.

e. Criterios diagnósticos adicionales en el embarazo:

Criterios para reconocer la depresión, según el Sistema de Clasificación Diagnóstica:

Los cambios asociados al trastorno depresivo serán más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven regularmente. De esta forma, las variaciones conductuales en los contextos familiares, educativos o laborales -persistentes por más de dos semanas, casi todos los días- se manifestarán con el siguiente cuadro depresivo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables.
- Desgano o sensación de agotamiento constante.
- Alteraciones fisiológicas sostenidas: insomnio o hipersomnia; falta o aumento del apetito.

- Disminución de la capacidad para concentrarse o del rendimiento escolar o laboral.
- Irritabilidad o labilidad emocional.
- Quejas somáticas constantes.
- Aumento en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa.

7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fármacos Antidepresivos

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Amitriptilina	ADT	50-100 mg	2 o 3 veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
Clormipramina	ADT	100-150 mg	Varias veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
Imipramina	ADT	50-200 mg	Varias veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
Nortriptilina	ADT	75-100 mg. Hasta 150 mg en hospitalización	Varias veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Trazodona	Relación con ADT	100-400mg y hasta 600mg en hospitalización	Varias veces/día	Más sedación, hipotensión postural y náuseas.
Citalopram	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Náuseas, boca seca, sudoración, temblor, menos abandono.
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	1 vez/día	Nauseas, boca seca, sudoración, temblor, menos abandono.
Fluoxetina	ISRS	20mg-60 mg 90 mg (semanal)	Cada 12-24 horas o 1 vez/semana	Más sudoración, náuseas y pérdida de peso.
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	1 vez/día	Aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación
Sertralina	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea que resto del grupo.
Bupropión	ISRSND, otra	150-300 mg	1 vez/día	Menos problemas disfunción eréctil y menos aumento de peso.

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Duloxetine	ISRSN	30-60 mg	1 vez/día	Sin estudios de prevención de recaídas. Incremento de la presión arterial.
Mirtazapina	ISRSN, otros	15-45 mg	1 vez/día	Respuesta más rápida, mayor aumento de peso.
Venlafaxina	ISRSN	75-225 mg (Retard)	Varias veces/d o cada 24 horas (Retard)	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere de seguimiento cardiovascular estrecho.
Desvenlafaxina	ISRS	50 mg	1 vez/día	Mejora del dolor y del sueño.

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave.
- El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo será estrecho, al menos en las primeras cuatro semanas.
- Todos los pacientes con depresión mayor moderada tratados con fármacos antidepresivos, serán valorados antes de los 15 días de instaurado el tratamiento.
- Todos los pacientes con depresión mayor grave y que sean tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos, serán valorados nuevamente a los ocho días de instaurado el tratamiento.

- El tratamiento farmacológico será mantenido en todos los pacientes, durante un período mínimo de seis meses a un año tras la remisión. Luego de seis meses, será valorado su retiro.
- En pacientes con más de dos episodios previos, el tratamiento se mantendrá al menos durante 24 meses tras la remisión.
- La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento será similar a aquella con la que se consiguió la remisión.

****En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda:**

- Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.
- Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.

****Ante un paciente que no mejora con el tratamiento farmacológico inicial para la depresión:**

- Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo.
- Verificar el cumplimiento del tratamiento.
- Confirmar la administración del antidepresivo en el tiempo y la dosis adecuados.

****Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podrá seguir cualquiera de las siguientes estrategias:**

- Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro IRSS.
- Combinar antidepresivos.
- Potenciar el tratamiento iniciado, con litio u otros medicamentos.

- No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si, luego de tres semanas de tratamiento, no se produce una respuesta clínica.
- La asociación de ISRS con mirtazapina podría ser también una opción recomendable; pero es preciso tomar en consideración la posibilidad de mayores efectos adversos.
- No se dispone de suficiente información para poder recomendar el aumento de las dosis de antidepresivos tricíclicos en no respondedores.
- En caso de resistencia a varios tratamientos con las pautas referidas previamente, valorar la utilización de IMAO.
- No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamazepina, lamotrigina, gabapentina, topiramato, pindolol, benzodiazepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

Nota: los IMAO son pocos utilizados en el país.

8. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

a. Psicoterapia

Existen diferentes tipos de tratamiento psicológico para una gran variedad de problemas de salud, incluida la depresión. Dichas terapias varían en su fundamentación teórica, en el nivel de desarrollo formal de sus técnicas, en los estudios disponibles que permite avalar su eficacia y en su utilización por parte de los profesionales de la psicología y la psiquiatría.

b. Terapia cognitiva- conductual (TCC)

- En el abordaje de la depresión mayor, la TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos.
- En la depresión leve, los formatos de TCC breves (de seis a ocho sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados.
- En la depresión crónica o grave, la combinación de TCC y antidepresivos ofrece resultados superiores a cualquiera de los tratamientos individuales anteriormente descritos.
- La TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable respecto a la medicación de mantenimiento contra las recaídas/recurrencias, siendo los casos con múltiples episodios previos o con síntomas residuales los más beneficiados, por su alto riesgo de recaída.

c. Terapia interpersonal (TIP)

- La TIP se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión mayor respecto al placebo, si bien la mejoría puede ser más lenta que con antidepresivos.
- En la reducción de las tasas de recaída, el tratamiento combinado con TIP y medicación ofrece mejores resultados que la TIP sola.

Nota:

- *Las intervenciones psicológicas serán proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión.*

- *En las depresiones leve y moderada, se considerara el tratamiento psicológico breve específico, como la terapia de solución de problemas o la terapia cognitivo-conductual breve, de seis a ocho sesiones por un período de 10 a 12 semanas.*

d. Otros tratamientos

- **Añadir antipsicóticos atípicos**

Esta opción está respaldada por múltiples estudios en los que destacan varios metanálisis sobre el uso de olanzapina con fluoxetina, risperidona con varios antidepresivos y quetiapina con varios antidepresivos. Hay también dos estudios clínicos sobre el aripiprazol, cuyos resultados indican que es mucho mejor que el placebo.

- **Añadir carbonato de litio**

El Dr. E. Álvarez y el Dr. M. Bousoño se respaldaban en la eficacia obtenida en estudios que seleccionan el subtipo depresivo, los problemas de tolerancia y de necesidad de controles analíticos y el riesgo de toxicidad a dosis elevadas.

- **Añadir mirtazapina**

Existen tres estudios que respaldan esta opción. Presenta como ventaja la existencia de datos muy buenos de eficacia y mejoras del insomnio; y, como desventaja, el posible aumento de peso, la sedación y la existencia de un riesgo de agranulocitosis secundaria (aunque es un efecto muy raro).

- **Añadir hormona tiroidea (T3)**

Como ventaja, se destaca la posible aceleración de la respuesta (si se combina desde el inicio); y, como desventajas, el hecho de que, en los estudios encontrados, solo era utilizada como un potenciador de los antidepresivos tricíclicos (no de otras familias) y que el resultado, aunque positivo, no es estadísticamente significativo (solo se ha demostrado una tendencia).

Terapias electroconvulsivas

La terapia electroconvulsiva (TEC) provoca con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada, a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central. Es administrada, en algunas circunstancias, bajo control anestésico y miorrelajación, para reducir sus efectos secundarios hasta ser comparables a los de la anestesia general.

Nota:

- *La terapia electroconvulsiva es considerada una alternativa terapéutica en pacientes con depresión mayor grave del adulto.*
- *La TEC está indicada en pacientes con depresión mayor grave, alto riesgo de suicidio o deterioro físico avanzado; así como en casos de depresión resistente y por elección informada.*

9. CRITERIOS DE EMPLEO FARMACOLÓGICO INDIVIDUALIZADO EN SITUACIONES CLÍNICAS

Establecido el diagnóstico de depresión, es necesario:

- Diseñar un programa terapéutico adecuado a las características y a la observación clínica del paciente.
- En las depresiones reactivas, valorar el inicio del tratamiento con psicofármacos o mediante métodos alternativos, como la psicoterapia.
- La terapia electroconvulsiva (TEC) es la primera opción en casos de depresión con síntomas psicóticos que cursen con inhibición y/o agitación; así como en pacientes con enfermedades que contraindiquen los psicofármacos y en embarazadas.

a. Estrategias de combinación

Combinar los ISRS o los nuevos antidepresivos en dosis que pueden alcanzar las indicadas para cada fármaco en monoterapia:

- ISRS con trazodona, venlafaxina, duloxetina o miratazapina.
- ISRS con antidepresivos tricíclicos, como imipramina o clorimipramina.
- Combinaciones de ISRS y noradrenalina (ISRSNa); y de éstos con venlafaxina, mirtazapina, maprotilina o nortriptilina.
- Un tricíclico (nortriptilina, por ejemplo), con maprotilina o mianserina.
- La valoración de la respuesta clínica del paciente debe ser realizada a la cuarta o quinta semana de inicio del tratamiento en combinación.

b. Estrategias de sustitución

- La ausencia de respuesta a un antidepresivo no implica una resistencia de la clínica a otros fármacos, incluso del mismo grupo.
- Ante la ausencia de mejoría de los síntomas depresivos a pesar de la administración de un fármaco, intente la reducción parcial o total de la medicación, y se identifican con un empeoramiento de la depresión si se ha iniciado con un ISRS.
- Si comprueba su ineficacia, puede ser sustituido por venlafaxina, duloxetine o mirtazapina y viceversa.
- Si no se observa una notable mejoría pasado un tiempo razonable, una opción serían los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina.
- En caso de que tras seis semanas no se obtuvieran resultados, se puede suspender la medicación por 72 horas e iniciar el tratamiento con un IMAO (fenelzida o iproniazida), o con los RIMA (inhibidores reversibles y específicos de la monoaminoxidasa), como el moclobide.
- Por último, si estas medidas no fuesen eficaces, se planteará la TEC.

10. DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

a. Intervenciones psicoterapéuticas

- Pacientes con depresión de leve a moderada serán tratados exclusivamente con psicoterapia.
- Las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que acompaña a la depresión.

- Para el tratamiento de los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (PIP).
- Se usan en modalidad individual, pero también pueden ser empleadas en versión grupal.
- Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

(4*)Se debe considerar su uso en embarazadas con depresión de moderada a severa, o cuando hay una alta probabilidad de recidiva.

- Evitar el uso de psicofármacos durante las primeras doce semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones.
- Es útil conocer la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto según la Food and Drug Administration (FDA), de Estados Unidos.
- Los ISRS (salvo la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación y el posparto. Representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo.
- Evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse. La razón es que, durante 2005 y 2006, algunos estudios mostraron que los

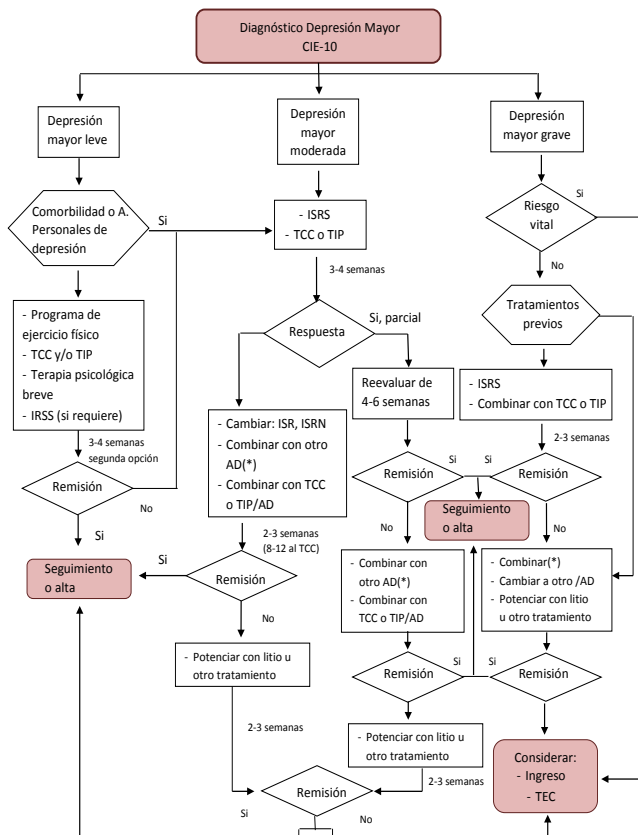
recién nacidos cuyas madres habían tomado el fármaco en el primer trimestre del embarazo tenían un riesgo duplicado de presentar malformaciones cardíacas congénitas, especialmente problemas del septum ventricular.

- En el tratamiento de la depresión durante el embarazo y la lactancia, no están recomendados los fármacos como primera línea de tratamiento. Estos deben utilizarse cuando haya un claro beneficio que compense los riesgos potenciales. Otra alternativa es la terapia electroconvulsiva.

10.1 Pautas para la exploración de factores de riesgo de episodios depresivos en el embarazo y el posparto

Factor a explorar	Presente	Ausente	Riesgo
Antecedentes familiares de depresión.			X
Antecedentes familiares de suicidio y de otros trastornos mentales.			X
Ansiedad materna.			X
Falta de apoyo social, especialmente de la pareja.			X
Violencia doméstica.			X
Embarazo no deseado.			X
No vivir con la pareja.			X

11. ALGORITMO TERAPÉUTICO



TCC= terapia cognitivo conductual.

TIP= terapia interpersonal.

ISRS= inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

ISRNS=inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

AD= antidepresivos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, M. FM. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria*. 2004; 34(9):504.
2. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A. Grupo de Investigación en Depresión y Psiquiatría de Enlace. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29(2):75-83.
3. Dorning , Chrisine Dra. Chrisine M. Dorning en la conferencia titulada Manejo de la Depresión Resistente al Tratamiento” que tuvo curso durante el XVI Simposium Internacional de Avances en Psiquiatría, Madrid 9 de febrero del 2011.
4. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010; 120(1-3):76-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289(23):3095-105.

6. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental-health/publications/action_plan/en/index.html.
http://wfinh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012w-mhday_spanish.pdf