

Tratamiento de la depresión en Atención Primaria

Guía de Práctica Clínica
Guía rápida



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria

Edita: Grupo para el estudio de la depresión en Atención Primaria (GAEDAP)

Autores: García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F.

Edición: 2011. Versión rápida.

ISBN: 978-84-939453-9-8

Depósito Legal:

Diseño y maquetación: DSGN Comunicación

Esta guía debe citarse como:

García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM.

Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria.

Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya".

Málaga. 2011



*“Es gris lo que percibo,
pero sé que más allá muy cerca
casi al alcance de la mano
hay luz y calor,
sones y bellas melodías a lo
lejos también.
A veces tan lejos y tan cerca
solo hay que estirar la
imaginación para tocarlo...
y alcanzarlo un poco cada día.”*

S.I.Z. 2010

PRESENTACIÓN

Una de cada cuatro personas que acuden a un Centro de Salud tiene un trastorno mental diagnosticable, de los que la depresión es el más frecuente: 2 de cada 100 habitantes entre 16 y 65 años presenta este problema y, si se le añade el trastorno mixto ansioso-depresivo, la cifra asciende a casi 10 de cada 100 habitantes. De ahí que la depresión sea la tercera causa más frecuente por la que un paciente consulta con su médico de familia.

En consecuencia, el calado de la depresión en la clínica es profundo y preocupante: los trastornos depresivos producen elevada discapacidad e impacto en la calidad de vida y se asocian con mayor utilización de los recursos sanitarios, importante morbilidad, enormes costes económicos y marcada mortalidad por suicidio, así como elevada asociación a enfermedades físicas concomitantes. Todo lo cual, la convierte en un problema de salud pública de primer orden.

La Atención Primaria constituye el espacio idóneo para el abordaje de esta clase de problemas y así lo recomienda la OMS, promoviendo, en consecuencia, este primer nivel asistencial como el lugar lógico para dar respuesta a la mayoría de las necesidades de atención de la salud mental, incluso en los países desarrollados.

El médico de familia es el proveedor ideal para identificar y tratar la depresión en fase temprana, siendo por lo tanto habitualmente el primero, y a veces el único contacto con los servicios de salud de las personas con trastornos afectivos. Por otra parte, los modelos de atención colaborativa entre Atención Primaria y Salud Mental están adquiriendo un desarrollo considerable a nivel internacional, con evidencias crecientes de su idoneidad para abordar problemas complejos de Salud Mental.

Estas razones llevaron a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya y al Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga, ambos con una experiencia de trabajo

en colaboración en Salud Mental de más de dos décadas, a desarrollar una Guía de Práctica Clínica para la depresión, basada en el mejor conocimiento disponible, con el objeto de mejorar la detección, el establecimiento del manejo en el nivel adecuado, el desarrollo de criterios para el tratamiento, seguimiento y la derivación en los trastornos depresivos.

Esta Guía ha sido realizada por profesionales sanitarios de Salud Mental y de Atención Primaria de las dos instituciones mencionadas y con el apoyo metodológico de la Universidad de Málaga, siguiendo el método estructurado de adaptación de Guías de Práctica Clínica del ADAPTE Working Group, que permite resolver controversias como la profusión de diversas Guías para el mismo problema, o la adaptación a entornos culturales y organizativos distintos. Existen Guías de contrastada calidad que, con el adecuado tratamiento metodológico, permiten adaptar las recomendaciones a nuestro entorno, evitando un importante coste de oportunidad en el desarrollo de una Guía de novo. Adicionalmente, el equipo desarrollador de la Guía ha introducido el abordaje de cuestiones específicas no incluidas en otras Guías y que constituyen áreas de incertidumbre frecuente en la práctica diaria.

La experiencia de los profesionales de ambos niveles y de las dos Instituciones mencionadas constituyen un aval inestimable no sólo para el desarrollo, sino también para la implementación futura de esta Guía que, a buen seguro, contribuirá a alcanzar el objetivo último que persigue desde su concepción: mejorar la salud mental de la ciudadanía.

Dr. Antonio Pérez Rielo
Director Gerente
Hospital Regional Universitario
Carlos Haya

Maximiliano Vilaseca Fortes
Director Gerente
Distrito Sanitario Málaga

Relacion de autores

José M^a García-Herrera Pérez-Bryan

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

E. Vanesa Nogueras Morillas

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Francisca Muñoz Cobos

Médico de familia. CS El Palo. Distrito Sanitario Málaga

Consultor metodológico

José Miguel Morales Asencio

Profesor de Metodología de Investigación y Evidencias. Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga

Panelistas

Francisco Alcaine Soria

Médico de familia. CS El Palo. Distrito Sanitario Málaga

Gloria Aycart Valdés

Médica de familia. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga

Carmen Barajas Cantero

Psicóloga clínica. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Antonio Bordallo Aragón

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

M^a José Bujalance Zafra

Médica de familia. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga

José Luis Cívico Martínez

Médico de familia. CS El Limonar. Distrito Sanitario Málaga

Ana M^a Fernández Vargas

Médica de familia. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga

Luis Gálvez Alcaraz

Médico de familia. CS El Palo. Distrito Sanitario Málaga

José Carlos Pérez Sánchez

Médico de familia. CS Rincón de la Victoria. Distrito Sanitario Málaga

M^a Remedios Remujo Serrano

Médica de familia. CS Alameda Perchel. Distrito Sanitario Málaga

Javier Requena Albarracín

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Francisco Serrano Guerra

Médico de familia. CS Rincón de la Victoria. Distrito Sanitario Málaga

Correctores

Arturo Alot Montes

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Luis Gálvez Alcaraz

Médico de familia. CS El Palo. Distrito Sanitario Málaga

M^a José González López

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Javier Requena Albarracín

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Revisores externos nacionales

Enric Aragonés Benaiges

Médico de familia. CAP Constantí, ICS. Tarragona.

José María Ayarzagüena Sarriugarte

Médico de familia. Centro de Salud de San Ignacio. Servicio Osakidetza de Salud. Bilbao.

Juan Ángel Bellón Saameño

Médico de familia. Unidad de Investigación. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

Antonio Bordallo Aragón

Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

M^a Carmen Fernández Alonso

Médica de familia. Servicio de Formación. Junta de Castilla y León. Valladolid.

Carlos Fernández Oropesa

Servicio del uso racional del medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

Javier García Campayo

Psiquiatra. Hospital Miguel Servet. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza.

María León Sanromà

Médica de familia. EAP La Gavarra, Cornellà de Llobregat .Barcelona.

Carlos Martín Pérez

Médico de familia. Centro de Salud Marquesado. Servicio Andaluz de Salud. Guadix (Granada).

Marina Maté Moreno

Médica de familia. Mir Psiquiatría. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Carmen Montón Franco

Médica de familia. Centro de Salud Casablanca. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza.

Miquel Roca Bennisar

Psiquiatra. Departamento de Psicología. Universidad de las Islas Baleares. Mallorca.

Antonio Serrano Blanco

Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Agudos, Urgencias y Hospitalización parcial. Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental. Barcelona.

Caterina Vicens Candentey

Médica de familia. Centro de Salud Son Serra-La Vileta. Mallorca.

Revisores externos internacionales

Ronald Epstein

Professor of Family Medicine, Psychiatry, Oncology and Nursing. Director of the Center for Communication and Disparities Research. University of Rochester Medical Center. USA.

Michael B. King

Psychiatry. Head of Department of Mental Health Sciences. University College London Medical School. United Kingdom.

Instituciones y sociedades colaboradoras

Esta GPC cuenta con el respaldo de:

- Universidad de Málaga (UMA)
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
- Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP)
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



CONTENIDOS

Introducción	11
El modelo por pasos	13
Principios básicos de la atención	14
 Paso 1: El reconocimiento, evaluación y manejo inicial	15
 Paso 2: Depresión identificada depresión menor persistente -distimia - o depresión mayor leve a moderada	17
 Paso 3: Secuencia de tratamientos después de una respuesta inadecuada	20
 Paso 4: Depresión mayor grave y compleja	32

Atención centrada en la persona

En el tratamiento y la atención a las personas se debería tener en cuenta las necesidades individuales y sus preferencias. Una buena comunicación es esencial junto con el apoyo de la información basada en la evidencia, para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su atención. Si la persona está de acuerdo, la familia y los cuidadores deberían tener la oportunidad de participar en las decisiones sobre el tratamiento y la atención.

Definición

- La depresión es un diagnóstico amplio y heterogéneo, caracterizado por el estado de ánimo depresivo y / o la pérdida de placer en la mayoría de las actividades. La gravedad del trastorno está determinada tanto por el número y la gravedad de los síntomas como por el grado del deterioro funcional.
- Esta guía utiliza los criterios del DSM-IV para la depresión mayor (que aquí denominaremos "Depresión") en lugar de los criterios de la CIE-10. El uso del DSM-IV permite intervenciones específicas mejor orientadas a los niveles más graves de la depresión y su definición de la gravedad también hace menos probable que el diagnóstico se realice únicamente por el recuento de los síntomas.

Síntomas	Criterios DSM-IV-TR	Duración	Categoría Diagnóstica
Ánimo deprimido Disminución del interés o placer Reducción de la Energía o fatiga intensa (D) Reducción de la concentración/atención Sentimiento de culpa o inutilidad Ideas de muerte/ autolesionarse/suicidio Reducción de la autoestima y autoconfianza (D) Pérdida o aumento de apetito (D) Insomnio o hipersomnia (D) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones (D) Sentimientos de desesperanza (D)	>5 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	>2 semanas	Depresión Mayor
	2 a 4 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	>2 semanas	Depresión Menor
	3 ó 4 síntomas distímicos ¹¹ , incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	>2 años	Distimia

Gravedad de la depresión mayor

Depresión leve: Pocos o ningún síntoma por encima de los 5 necesarios para hacer el diagnóstico, y los síntomas originan sólo un deterioro funcional leve (de menor importancia).

Depresión Moderada: Los síntomas y la incapacidad funcional están entre «leve» y «grave».

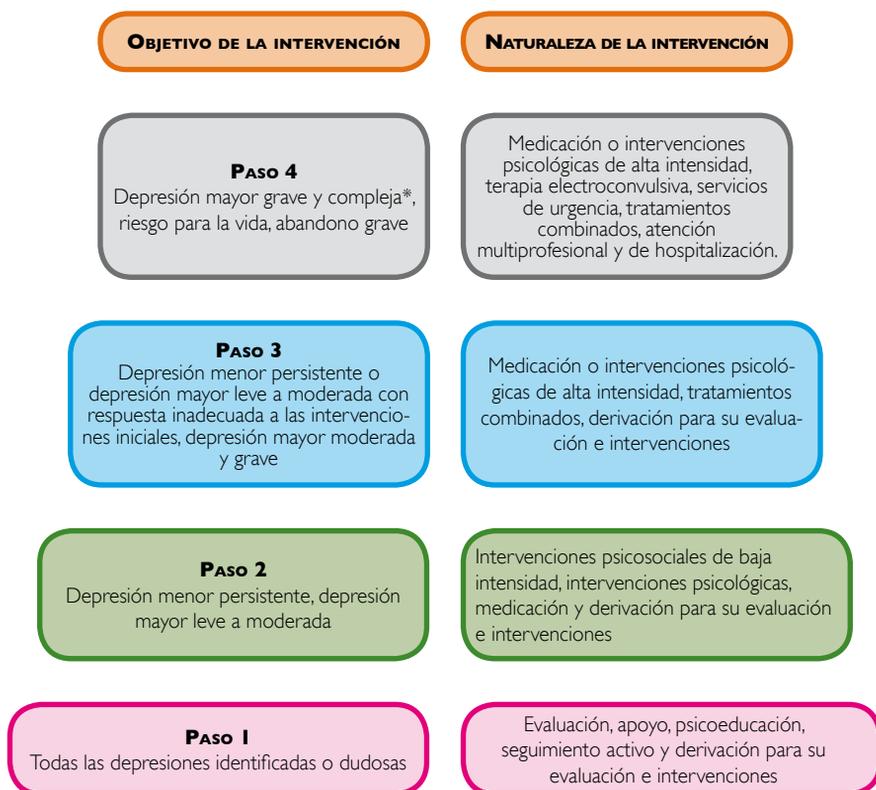
Depresión grave: La mayoría de los síntomas están presentes y éstos interfieren notablemente con el funcionamiento. Puede ocurrir con o sin síntomas psicóticos.

NOTA: Los síntomas por debajo del umbral para el diagnóstico pueden ser muy molestos e incapacitantes, por lo que esta guía incluye también la depresión menor.

¹¹ En la columna de síntomas, aquellos que aparecen con (D)

El modelo de atención por pasos

Este modelo proporciona un marco para organizar la prestación de servicios y ayuda a los pacientes, a los cuidadores y a los profesionales a identificar y acceder a las intervenciones más eficaces. Se presta primero la intervención más eficaz y menos intrusiva. Si una persona no se beneficia de ella o la rechaza, se le debería ofrecer otra adecuada en el paso siguiente.



* La depresión compleja incluye la que muestra una respuesta inadecuada a múltiples tratamientos, que se complica por síntomas psicóticos y/o se asocia con comorbilidad psiquiátrica significativa o factores psicosociales.

Principios básicos de la atención

Información, apoyo y consentimiento

Cuando se trabaja con personas con depresión y con sus familiares y cuidadores:

- Construya una relación de confianza y explore las opciones de tratamiento con esperanza y optimismo, explicando los diferentes cursos de la depresión y diciendo que la recuperación es posible
- Sea consciente del posible estigma y discriminación asociados con la depresión
- Garantice que serán respetadas la confidencialidad, la privacidad y la dignidad
- Proporcione información sobre la depresión y su tratamiento, sobre los grupos de autoayuda, grupos de apoyo y otros recursos
- Garantice que está disponible una información completa escrita en el idioma apropiado.
- Proporcione intérpretes si fuera necesario.

Apoyo a familias y cuidadores

Cuando las familias o cuidadores están involucrados en el apoyo a una persona con depresión grave o crónica*, considere:

- Proporcionar información escrita y verbal sobre la depresión y cómo pueden apoyar a la persona
- Proporcionar información sobre grupos de apoyo para la familia o cuidadores y organizaciones de voluntarios locales y ayude a acceder a éstos a las familias o a los cuidadores
- Ofrecer una evaluación de la atención
- Llegar a un acuerdo sobre la confidencialidad y el intercambio de información entre la persona y su familia o cuidadores.

Enfoque transcultural

Sea sensible a las diversas tradiciones culturales, étnicas y religiosas y consciente de las posibles variaciones en la presentación de la depresión. Asegúrese de tener competencias en:

- Evaluación de la sensibilidad cultural
- Utilizar diferentes modelos explicativos de la depresión
- Abordar las diferencias culturales y étnicas en el desarrollo y aplicación de los planes de tratamiento
- Trabajar con las familias de diversos orígenes étnicos y culturales.
- Proporcionar todas las intervenciones en el idioma preferido de la persona cuando sea posible.

* Se denomina a la depresión como "crónica" si los síntomas han estado presentes de manera continuada durante dos años o más.

Paso 1: El reconocimiento, evaluación y manejo inicial

Identificar a las personas con depresión

Esté alerta a la posible depresión (sobre todo en personas con antecedentes de depresión o una enfermedad física crónica asociada con deterioro funcional) y considere preguntarle:

- ¿Durante el último mes, se ha sentido a menudo preocupado por:
- sentirse bajo de ánimo, deprimido o desanimado?
 - tener poco interés o placer en hacer las cosas?

Si la persona responde “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores

El Médico de Familia tendría que:

- revisar el estado mental de la persona y las dificultades funcionales, interpersonales y sociales asociadas
- considerar el uso de un instrumento de medición (PHQ-9, Beck) para los síntomas, las funciones y / o la discapacidad para informar y evaluar el tratamiento
- considerar el uso de escalas de detección rápida para las personas con dificultades significativas en el lenguaje o en la comunicación (por ejemplo en aquellas con deficiencias sensoriales) y/o preguntar a algún miembro de la familia o cuidador sobre los posibles síntomas depresivos. Si se identifica un nivel importante de sufrimiento, investigar más a fondo.

Una tercera pregunta podría aumentar la especificidad:
“¿Cree usted que necesita ayuda y le gustaría que le ayudaran?”

Si la persona también tiene un problema crónico de salud física (una enfermedad física crónica):

Realice tres preguntas adicionales para mejorar la exactitud de la evaluación:

- ¿Durante el último mes se ha sentido a menudo preocupado por :
- sentimientos de inutilidad?
 - falta de concentración?
 - pensamientos sobre la muerte?

Considere el papel de la enfermedad física crónica y los medicamentos prescritos para la depresión

Compruebe que se le está proporcionando el tratamiento óptimo para la enfermedad física crónica y la adhesión; en caso necesario busque asesoramiento del especialista

Evaluación y manejo inicial

Para una persona que pueda tener depresión:

Realice una evaluación global que no dependa simplemente de un recuento de los síntomas. Tenga en cuenta:

- El grado de deterioro funcional asociado y / o discapacidad
- La duración del episodio.

Explore cómo los siguientes aspectos pueden haber afectado el desarrollo, curso y gravedad de la depresión:

- Antecedentes de depresión y trastornos psiquiátricos o físicos comórbidos
- Cualquier antecedente de elevación del ánimo
- Respuesta a tratamientos previos
- La calidad de las relaciones interpersonales
- Las condiciones de vida y el aislamiento social.

Si la persona tiene una discapacidad para el aprendizaje o deterioro cognitivo adquirido:

- Considere consultar a un especialista pertinente para el desarrollo de los planes del tratamiento
- Cuando sea posible, realice las mismas intervenciones que para otras personas con depresión, adapte el método de prestación o la duración si es necesario.

Pregunte siempre a una persona con depresión directamente sobre ideas suicidas y acerca de la intención. Si hay un riesgo de autolesión o suicidio:

- Evalúe si tiene el apoyo social adecuado y si es consciente de las fuentes de ayuda
- Organice la asistencia apropiada en función del nivel de riesgo (ver abajo)
- Aconséjale que busque ayuda si la situación se deteriora.

Evaluación de riesgos y control

- Si la persona presenta un riesgo inmediato considerable para sí mismo u otros, deríVELO urgentemente a los servicios especializados de salud mental.
- Asegúrese de que sabe cómo buscar ayuda sin demora si es necesario y advierta a la persona y a su familia o cuidador de lo siguiente:
 - De la posibilidad al comienzo del tratamiento de un aumento de la inquietud, de la ansiedad y las ideas suicidas; busque activamente estos síntomas y revise el tratamiento si desarrolla una inquietud marcada y / o prolongada.
 - La necesidad de que estén atentos a los cambios de humor; la negatividad, la desesperanza y las ideas suicidas, sobre todo al comienzo o cambio del tratamiento y en los momentos de mayor estrés
 - Si al evaluar a la persona se observa que está en riesgo de suicidio, considere:
 - Proporcionar un mayor apoyo tal y como un contacto más frecuente
 - La derivación a servicios especializados de salud mental.

Paso 2: Depresión identificada -depresión menor persistente o depresión leve a moderada-

Medidas generales

Higiene del sueño:

- Ofrezca asesoramiento sobre la higiene del sueño, incluyendo:
 - El establecimiento regular del sueño y horas de despertar
 - El evitar comer en exceso, fumar o beber alcohol antes de dormir
 - La creación de un ambiente adecuado para el sueño
 - La realización, si es posible, de ejercicio físico de manera regular

El seguimiento activo está dirigido a:

Las personas que pueden recuperarse sin una intervención formal, personas con depresión leve que no quieren una intervención o con depresión menor que solicitan una intervención:

- Valore conjuntamente el/los problema/s que presenta/s y cualquier preocupación que tenga el paciente
- Proporcione información sobre la depresión
- Organice una nueva evaluación, normalmente dentro de 2 semanas
- Establezca un plan de seguimiento y ofrezca disponibilidad o bien, si es posible, contacte con la persona si no acude a las citas.

Tratamiento farmacológico

No utilice antidepresivos de forma rutinaria para tratar la depresión menor persistente o la depresión leve pero considérelos para las personas con:

- Antecedentes de depresión mayor moderada o grave
- En depresión menor persistente cuyos síntomas depresivos han estado presentes durante al menos 2 años (distimia) o
- Depresión menor o depresión leve que persiste después de otras intervenciones.
- Enfermedad física crónica y una depresión mayor leve que dificulta el tratamiento de la enfermedad física crónica

Intervenciones psicosociales y psicológicas

- Para las personas con depresión menor persistente o depresión leve a moderada, valore el ofrecer una o más de las intervenciones psicológicas de baja intensidad*, guiándose por la preferencia de la persona.
- Para las personas que rechazan una intervención psicológica de baja intensidad, considere la terapia grupal cognitivo-conductual (TCC)*

Intervenciones psicológicas de baja intensidad

- Auto-ayuda :
 - Individual con intervención mínima del profesional sanitario:
 - Está basada en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC).
 - Incluye instrucciones para la persona para trabajar de manera sistemática con los materiales.
 - Por lo general, implica un contacto mínimo con el terapeuta, compatible con la disponibilidad de tiempo en la agenda diaria de los profesionales sanitarios de Atención Primaria
- Individual dirigida, basada en los principios TCC.
- Un programa estructurado de actividades físicas
- TCC por ordenador
- Un grupo de apoyo de apoyo mutuo (auto-ayuda). Recomendada específicamente para personas con depresión y que padecen una enfermedad física crónica

*si están disponibles

Depresión con ansiedad: Cuando la depresión se acompaña de síntomas de ansiedad por lo general se tendría que tratar primero la depresión.

ALGORITMO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Dirigido a: pacientes con distimia o depresión leve a moderada e insuficiente respuesta a las intervenciones iniciales y a pacientes con depresión moderada o grave con interferencia funcional en los patrones de vida diaria.

CONSIDERE:

- Duración del episodio y trayectoria de síntomas
- Curso de enfermedades previas y respuesta al tratamiento
- Adherencia
- Efectos adversos
- Preferencias de la persona
- Curso y tratamiento de cualquier enfermedad física crónica.
- Si ADT a bajas dosis y buena respuesta → continúe dosis con seguimiento cuidadoso.

Informe opciones de tratamiento



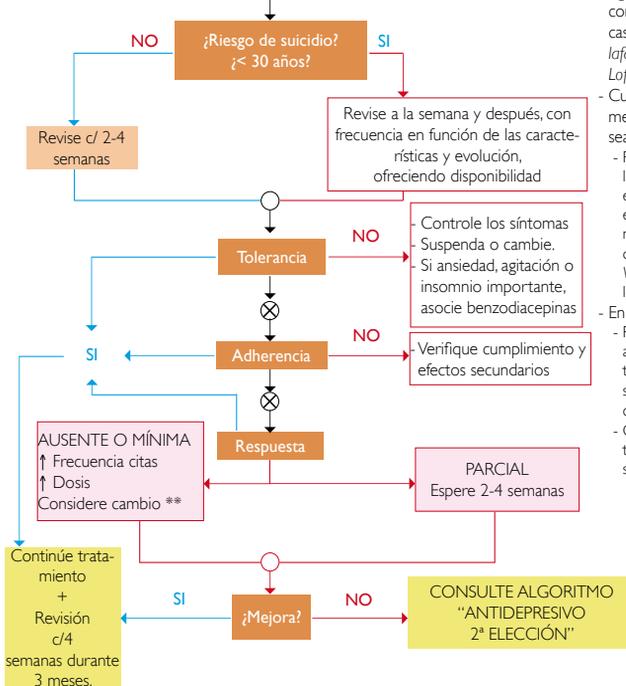
Aclare dudas que tenga sobre tomar medicación y dar información sobre:

- ✓El desarrollo gradual del efecto completo del antidepressivo.
- ✓Importancia de tomar los medicamentos según las indicaciones.
- ✓Necesidad de continuar tomándolo más allá de la remisión.
- ✓Posibles efectos secundarios e interacciones farmacológicas.
- ✓Riesgo y naturaleza de los síntomas de supresión (sobre todo en fármacos con vida media más corta: *Paroxetina* y *Venlafaxina*).
- ✓El hecho de que no se produce adicción.

Precauciones:

- Los ISRS se asocian con un mayor riesgo de sangrado
- Considere gastroprotección en mayores con AINE o AAS.
- *Fluoxetina*, *Fluvoxamina* y *Paroxetina* tienen mayor propensión a interacción con medicamentos.
- En procesos crónicos físicos considere *Citalopram* o *Sertralina* (menos propensión a interacciones).
- *Paroxetina*: incidencia de síntomas de supresión.
- No prescriba dosis subterapéuticas de antidepressivos
- Para personas en riesgo significativo de suicidio, considere la toxicidad en caso de sobredosis (*Venlafaxina* y ADT excepto *Lofepramina*).
- Cuando prescriba otros medicamentos que no sea ISRS:
 - Probabilidad de que la persona interrumpa el tratamiento por efectos secundarios, y en necesidad de aumentar la dosis gradualmente, con *Venlafaxina*, *Duloxetina* y los ADT
- En >65 años:
 - Prescriba a una dosis apropiada para su edad, teniendo en cuenta la salud física y la medicación concomitante
 - Controle cuidadosamente para evitar efectos secundarios.

Elección del antidepressivo: ISRS



† Terapia cognitivo-conductual, Terapia interpersonal, Activación conductual (pero tenga en cuenta que la evidencia es menos robusta que para la de TCC o la TIP) o Terapia de comportamiento de parejas (para personas con pareja estable y donde la relación puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión, o cuando la participación de compañero/a se considera potencialmente beneficiosa terapéuticamente).

Paso 3: Secuencia de tratamientos después de una respuesta inadecuada

El cambio y la combinación de antidepresivos

Al revisar el tratamiento después de una respuesta inadecuada a las intervenciones farmacológicas iniciales :

- Compruebe el cumplimiento y los efectos secundarios del tratamiento inicial
- Aumente la frecuencia de las citas
- Tenga en cuenta que el uso de un único antidepresivo se suele asociar con una menor carga de efectos secundarios
- Considere mantener el tratamiento farmacológico inicial si éste se ha prescrito inadecuadamente, incluyendo el aumento de la dosis y si ha habido problemas en la adherencia.

Cuando cambie de antidepresivos, considere:

- Inicialmente otro ISRS o
- Posteriormente, un antidepresivo de una clase diferente que puede ser generalmente peor tolerado (por ejemplo, venlafaxina, un ADT).

Normalmente realice en 1 semana el cambio entre antidepresivos con una vida media corta. Considere la posibilidad de interacciones (VER TABLA 1)

No combine, normalmente, los antidepresivos en atención primaria sin consultar a un psiquiatra consultor. También:

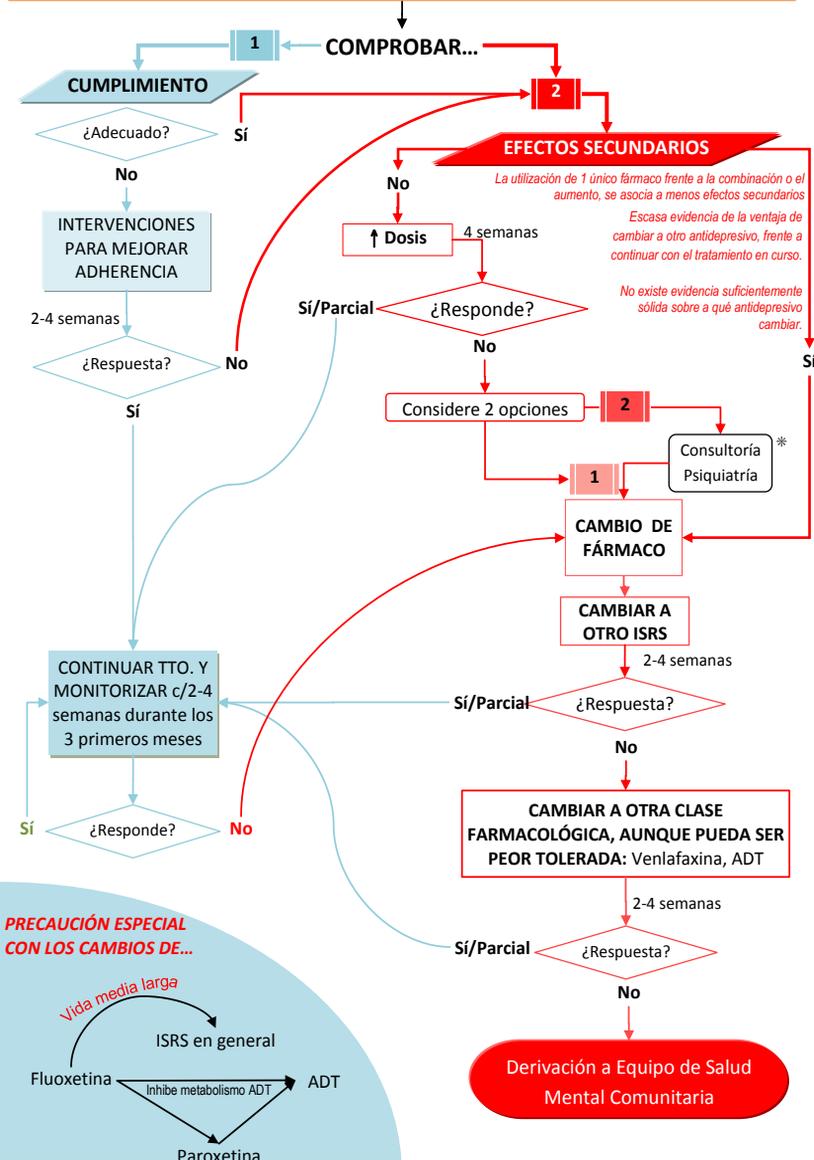
- Seleccione medicamentos que sean seguros para utilizar juntos
- Sea consciente de la mayor carga de efectos secundarios
- Informe y explique las razones a la persona.

No asocie rutinariamente un antidepresivo con:

- Una benzodiacepina durante más de 2 semanas.

Ausencia de respuesta sintomática al tratamiento inicial (tras 3-4 semanas de tto inicial)

EMPLEAR UN INSTRUMENTO VALIDADO PARA MONITORIZAR EL SEGUIMIENTO (HDRS, PHQ 9...)



* Si hay disponibilidad

Derivación

Si la depresión de una persona no ha respondido a varias potenciaciones y tratamientos de combinación, considere la derivación a un médico especialista o servicio de salud mental

La derivación urgente a un Servicio de Salud Mental tendría que realizarse si:

1. La persona ha intentado suicidarse o tienes planes suicidas.
2. Si el paciente supone un grave riesgo para otras personas.
3. Presenta un cuadro de agitación severa acompañado de síntomas graves.
4. Presenta síntomas psicóticos (Ej. alucinaciones, ideas delirantes).
5. Presenta un abandono personal grave (abandono personal grave y persistente) por ejemplo "no comer".

La derivación no urgente a un Servicio de Salud Mental tendría que realizarse en:

1. Los pacientes que no responden (o lo hacen de modo insuficiente) a dos o más antidepresivos dados secuencialmente en una dosis y durante un tiempo adecuados, con o sin terapia psicológica.
2. Personas con depresión recurrente (2 ó más episodios depresivos recientes con una importante interferencia en su funcionamiento).
3. Personas en las que ha aumentado el riesgo de suicidio.
4. La aparición de un nuevo episodio depresivo antes de un año desde el último.
5. Aquellos casos en que la derivación es solicitada por el paciente o sus familiares que aún sin estar indicada y después de hacer reiterados intentos de negociación con ellos, hay un serio peligro que la relación médico-paciente se deteriore de forma irreversible.
6. Situaciones de abandono personal.
7. Personas en las que se sospecha trastorno bipolar.
8. Personas con una enfermedad física comórbida que impide el uso de antidepresivos .
9. Presencia de otras enfermedades psiquiátricas (ej. trastornos de la personalidad, historia previa o antecedentes familiares de trastorno afectivo bipolar)
10. En situaciones muy excepcionales en las que el médico de familia presenta malestar clínico o incomodidad con el caso o bien tiene incertidumbre en el diagnóstico.

La suspensión o reducción de los antidepresivos

Informe a las personas que pueden producirse síntomas de discontinuación al suspender, olvidarse tomas o en ocasiones con la reducción de la dosis del fármaco. Explique que éstos son generalmente leves y autolimitados a lo largo de una semana pero pueden ser graves, sobre todo si se deja fármaco de forma repentina.

Normalmente, disminuya gradualmente la dosis durante 4 semanas (esto no es necesario con fluoxetina). Reduzca la dosis durante períodos más largos para los fármacos con una vida media más corta (por ejemplo, paroxetina y venlafaxina).

Aconseje a la persona que acuda a su médico si experimenta síntomas significativos de discontinuación. Si se presentan los síntomas:

- Supervíselos y tranquilice a la persona si son leves
- Considere la reintroducción del antidepresivo original en la dosis que fue eficaz terapéuticamente (u otro antidepresivo con una vida media más larga de la misma clase) si los síntomas son severos y reduzca la dosis de forma gradual durante el seguimiento de los síntomas.

Continuación y prevención de recaídas

En la remisión:

Anime a una persona que se ha beneficiado de tomar un antidepresivo para que continúe la medicación después de la remisión de la sintomatología depresiva durante al menos 6 meses e infórmele que:

- Esto reduce enormemente el riesgo de recaída
- Los antidepresivos no están asociados con la adicción

6 meses después de la remisión: Revise con la persona la necesidad de continuar con la medicación, teniendo en cuenta:

- Número de episodios anteriores
- Problemas asociados (concurrentes) de salud física y dificultades psicosociales
- Síntomas residuales

Si el riesgo de recaída es significativo o hay historia de depresión recurrente

- Comente con la persona la selección del tratamiento y base la elección en el historial de tratamiento previo y la preferencia de la persona

Continuando con la medicación

- Aconseje el uso de antidepresivos durante al menos 2 años.
- Mantenga la dosis de antidepresivo que fue efectiva en el tratamiento agudo (a menos que haya efectos adversos) si:
 - La persona ha tenido dos o más episodios recientes de depresión que causaron un deterioro funcional significativo
 - Tiene otros factores de riesgo para recaída
 - Es probable que las consecuencias de la recaída que sean severas.

Después de 2 años

- Re-evalúe el tratamiento con la persona, teniendo en cuenta la edad, comorbilidades y otros factores de riesgo; posteriormente reevalúelo tan regularmente como sea necesario.

NOTA: En caso de requerir potenciación del tratamiento antidepresivo con otros fármacos (ej: litio) o intervención psicológica de alta intensidad, derivar a Salud Mental

Situaciones especiales. Tratamiento de la depresión perinatal

Depresión	Planeando el embarazo	Durante el embarazo	Lactancia
Depresión mayor leve	<p>Retire antidepresivo y considere el seguimiento activo.</p> <p>Si la intervención es necesaria tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfoques de autoayuda (guía de auto-ayuda, terapia cognitivo conductual por ordenador, ejercicio) - los tratamientos psicológicos breves (counselling, TCC y TIP). 	<p>El embarazo no planeado Consulte 'Planificación de un embarazo' (izquierda).</p> <p>Nuevo episodio de depresión mayor leve</p> <p>Considere::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoayuda (ver izquierda) - Counselling no directivo en el hogar - TCC breve / TIP. <p>Nuevo episodio de depresión mayor leve, con una historia de depresión severa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considere la posibilidad de antidepresivos si los tratamientos psicológicos los rechaza o no responde. - Si aún así no responde, derive al especialista. 	Ver durante el embarazo.
Depresión mayor moderada a grave	<p>Última presentación fue depresión mayor moderada</p> <p>Considere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar a la TCC / TIP si está tomando un antidepresivo - Cambiar a un antidepresivo con un menor riesgo. <p>Última presentación fue una depresión mayor grave</p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La combinación de TCC/TIP y antidepresivos (cambie a uno con menor riesgo) - Cambiar a la TCC / TIP. 	<p>El embarazo no planeado Consulte 'Planificación de un embarazo' (izquierda).</p> <p>Nuevo episodio de depresión mayor moderada</p> <p>Igual que depresión mayor leve. Véase la depresión mayor leve, arriba.</p> <p>Episodio depresivo mayor moderado y una historia de depresión o un episodio depresivo mayor grave</p> <p>Considere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC / TIP - Antidepresivo si la mujer lo prefiere - El tratamiento de combinación si no hay o es limitada la respuesta al tratamiento psicológico o tratamiento farmacológico solo. 	Ver durante el embarazo.
Tratamiento de la depresión resistente	Siga la Guía para la depresión.	Derive a Especialista S. Mental.	Ver durante el embarazo.

Tabla: Interacciones de antihipertensivos con fármacos prescritos frecuentemente

Fármaco	Evitar antihipertensivos (A) o uso con precaución (C)	Antihipertensivos recomendados	Comentarios
Inhibidores de la bomba de protones	Citalopram/Escitalopram (C) (omeprazol inhibe el metabolismo)	Cualquier alternativa.	
Inhibidores de la ECA; Antagonistas de la Angiotensina II (ej. Captopril, Enalapril, Losartan, Aliskiren)	Tricíclicos (C) (aumentan el riesgo de hipotensión postural) Mirtazapina (C) (aumenta el riesgo de hipotensión postural) Venlafaxina (A) (puede empeorar la hipertensión) Duloxetina (A) (puede empeorar la hipertensión) Reboxetina (A) (puede empeorar la hipertensión)	Cualquier alternativa (ej. ISRS)	Evitar el Litio- Niveles plasmáticos aumentados por los IECA.
Ácido acetil salicílico, Paracetamol	ISRS (C) (aumenta el riesgo de sangrado con la aspirina) Venlafaxina (C) (aumenta el riesgo de sangrado con la Aspirina)	Cualquier alternativa (ej. ADT, Mirtazapina, Trazodona)	
Estatinas (ej. Atorvastatina, Simvastatina)	Hierba de S. Juan (A) (reduce el efecto de la Atorvastatina)	Cualquier alternativa (ej. ISRS, ADT, otros)	
AINE (ej. Ibuprofeno, Naproxeno, Coxibs)	ISRS (A) (aumenta el riesgo de sangrado) ISRNS (A) (aumenta el riesgo de sangrado)	Cualquier alternativa (ej. Mirtazapina, Reboxetina, ADT)	

<p>Ansiolíticos (ej Benzodiazepina, Buspirona, Meprrobamato, Barbitúricos)</p>	<p>Tricíclicos (C) (aumentan la sedación) Mirtazapina (C) (aumentan la sedación) Trazodona (C) (aumentan la sedación) IMAO (A) (evitar con Buspirona solamente)</p>	<p>Cualquier alternativa (ej. ISRS (C)) ISRNS, Reboxetina)</p>	<p>Fluvoxamina, Paroxetina y Fluoxetina pueden prolongar la acción de algunas benzodiazepinas</p> <p>La hierba de S. Juan puede reducir los efectos de algunas benzodiazepinas.</p>
<p>Metformina</p>	<p>ISRS (C) (cambios en la glucemia) ADT (C) (taquicardia/hipotensión puede minimizar la hiperglucemia) IMAO (A) (efectos hipoglucemiantes aumentados)</p>	<p>Cualquier alternativa (ej. Mirtazapina, ISRNS, Reboxetina)</p>	
<p>Antagonistas de los canales de calcio (ej. Nifedipino, Verapamilo)</p>	<p>ADT (C) (aumentan el riesgo de hipotensión postural) Mirtazapina (C) (aumenta el riesgo de hipotensión postural) Venlafaxina (A) (puede empeorar la hipertensión) Duloxetina (A) (puede empeorar la hipertensión) Reboxetina (A) (puede empeorar la hipertensión) Trazodona (C) (aumenta el riesgo de hipotensión postural)</p>	<p>Cualquier alternativa (ej. ISRS)</p>	<p>Evitar el Litio- el Diltiazem y Verapamilo pueden precipitar neurotoxicidad.</p>

Laxantes	ADT (A) (enlentecimiento de la motilidad intestinal) Paroxetina (A)	Cualquier alternativa (ej. ISRS)	Se pueden usar laxantes para el tratamiento con antidepresivos que inducen estreñimiento.
Fármacos vasodilatadores (ej. Diazóxida, Hydrolazina, Prazosin, Doxazosina, etc.)	ADT (C) (aumentan el riesgo de hipotensión postural) Mirtazapina (C) (aumenta el riesgo de hipotensión postural) Venlafaxina (A) (puede empeorar la hipertensión) Duloxetina (A) (puede empeorar la hipertensión) Reboxetina (A) (puede empeorar la hipertensión)	Cualquier alternativa (ej. ISRS)	Mejor evitar todos los IMAO por el riesgo de crisis hipertensiva La Paroxetina y la Fluoxetina pueden inhibir el metabolismo de la Doxazosina
Tiroxina; Levotiroxina	Ninguna contraindicación específica	Cualquiera	Las hormonas tiroideas aumentan los efectos antidepresivos Riesgo teórico de arritmia con ADT- precaución.
Nitratos (ej. NTG, mononitrato de isosorbida)	ADT (C) (la sequedad bucal puede reducir la absorción de los comprimidos linguales)	Cualquier alternativa (ej. ISRS)	La Paroxetina tiene menos propiedades anticolinérgicas.

Diuréticos de asa (Furosemida, Bumetanide)	Reboxetina (A) (aumenta el riesgo de hipocalcemia) IMAO/ADT (C) (aumenta el riesgo de hipotensión postural)	Cualquier alternativa (ej. ISRS, Mirtazapina)	Evitar el Litio - niveles plasmáticos aumentados por diuréticos de asa Puede aumentar el riesgo de hiponatremia asociada a los antidepresivos.
Penicilinas (ej. Amoxicilina, Fenoximetilpenicilina, Flucloxacilina, Flucoxacilina)	Ninguna contraindicación específica	Cualquiera	
Corticoides (ej. Prednisona)	Ninguna contraindicación específica (pero ver notas) ISRS/Venlafaxina/Duloxetina (C) (posible aumento del riesgo de sangrado gastrointestinal superior)	Cualquier alternativa (ej. Reboxetina, Mirtazapina, Trazodona)	Corticosteroides están asociados con euforia, cambios de humor, depresión y suicidio.
Inhaladores broncodilatadores (ej. Salbutamol, Ipratropio)	Ninguna contraindicación específica	Cualquiera	Inhaladores broncodilatadores (ej. Salbutamol, Ipratropio)

Tabla 2: Precauciones para el cambio de antidepresivos.

De:	ISRS (Citalopram, sertralina, paroxetina)	ISRS (fluoxetina).	Mirtazapina	Duloxetina	Venlafaxina
A:					
ISRS (salvo fluoxetina)		Suspenda la <i>Fluoxetina</i> . Esperar 4-7 días. Comience con <i>Citalopram</i> . (10 mg cada día), <i>Escitalopram</i> (10 mg cada día), <i>Sertralina</i> (25 mg cada día), o <i>Paroxetina</i> (10 mg cada día); y aumente lentamente.	Retire (reduzca gradualmente la dosis y luego suspenda) y después comience con el <i>ISRS</i> .	Retire y luego comience con <i>ISRS</i> .	Cambie simultáneamente con precaución
Fluoxetina	Retire (reduzca gradualmente la dosis y luego suspenda) y comience con <i>Fluoxetina</i> 10 mg cada día.			Retire (reduzca gradualmente la dosis y luego suspenda) y después comience con la <i>Fluoxetina</i> .	Cambie simultáneamente con precaución. Empiece con 20 mg cada día.
Mirtazapina	Cambie simultáneamente con precaución	Retire (reduzca gradualmente la dosis y luego suspenda) y después espere 4-7 días y comience con <i>Mirtazapina</i> lentamente.		Retire (reduzca gradualmente la dosis y después suspenda) y después comience con <i>Mirtazapina</i> .	Cambie simultáneamente con precaución

Venlafaxina	Cambie simultáneamente con precaución. Empezar con dosis de <i>Venlafaxina</i> de 37,5 mg.	Retire (reduzca gradualmente la dosis y después suspenda) Comience con <i>Venlafaxina</i> 37,5 mg cada día y aumente lentamente.	Cambie simultáneamente con precaución	Retire (reduzca gradualmente la dosis y después suspenda) y después comience con <i>Venlafaxina</i> .	
Duloxetine	Es posible el cambio directo. Comience con 60 mg cada día.	Es posible el cambio directo. Comience con 60 mg cada día.	Retire (reduzca gradualmente la dosis y luego suspenda) y luego comience con 60 mg cada día. Aumente lentamente.		Retire. Comience con 60 mg cada día. Aumente lentamente.

Paso 4: Depresión grave y compleja

Principios de la atención

La evaluación de una persona que se deriva a un servicio especializado de salud mental, tendría que incluir:

- perfil de síntomas, riesgo de suicidio, historial de tratamientos y las comorbilidades
- factores de estrés psicosocial, factores de personalidad y dificultades significativas de relación, especialmente si la depresión es crónica o recurrente.

Abreviaturas

AAS: Ácido acetil salicílico

ADT: antidepresivo tricíclico

AINE: antiinflamatorio no esteroideo

CIE: Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

IMAO: inhibidor de la monoaminoxidasa

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

ISRSN: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y de nora-drenalina

PHQ: Patient Health Questionnaire

TCC: terapia cognitivo-conductual

TIP: terapia interpersonal



*“El esfuerzo
bien merece un camino
y una meta”*

S. I. Z. 2011