

Preguntas para responder

1 Cribado y factores de riesgo de suicidio en la depresión mayor del adulto

- ¿La realización de un cribado mejoraría los resultados en la depresión mayor?
- ¿Existen factores de riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mayor?

2 Tratamiento farmacológico de la depresión

- ¿Existe algún fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la depresión mayor leve, moderada o grave?
- ¿Hay algún fármaco mejor que otro en el tratamiento de la depresión mayor?. ¿Cuál es el tiempo de espera para valorar la eficacia de un fármaco?
- ¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento farmacológico tras la remisión del cuadro depresivo?
- ¿Qué estrategias farmacológicas están indicadas en la depresión resistente?

3 Psicoterapia

- ¿Es efectivo algún tipo de psicoterapia en los pacientes con depresión mayor?

4 Otros tratamientos

- ¿Es efectiva la terapia electroconvulsiva para tratar la depresión mayor?
- ¿Es efectiva la autoayuda guiada en algún subgrupo de pacientes?
- ¿Son efectivos los grupos de apoyo en pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el ejercicio físico en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectiva la acupuntura en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el tratamiento con la hierba de San Juan?

5 Indicadores de calidad

- ¿Cuáles son los indicadores que permiten monitorizar la calidad en el manejo de la depresión?

Resumen de las recomendaciones

Cribado y factores de riesgo de suicidio en la depresión mayor del adulto

✓	De forma general no se recomienda el cribado de la depresión, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad a la hora de modificar el curso de la enfermedad si no se acompaña de medidas de seguimiento.
✓	Debe tenerse en cuenta la posibilidad de patología depresiva en personas con factores de riesgo.
B	Los cuestionarios a utilizar deberían incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona.
✓	En todo paciente con un trastorno depresivo mayor se recomienda explorar las ideas de muerte y de intención autolítica.
✓	La historia clínica de un paciente con depresión mayor deberá recoger siempre los intentos autolíticos previos.
✓	En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda un apoyo adicional frecuente y valorar su derivación urgente al especialista de salud mental.
✓	Deberá considerarse la hospitalización en aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.

Tratamiento farmacológico de la depresión

A	Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave.
✓	En la depresión leve pueden considerarse otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve y antecedentes de episodios moderados o graves.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve ante la presencia de otras enfermedades médicas o comorbilidad asociada.
✓	Se recomienda citar en el plazo máximo de 15 días a cualquier paciente con depresión que no reciba tratamiento farmacológico.
A	Se recomiendan los ISRS como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor.
B	En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.
A	A los pacientes que reciban tratamiento con cualquier antidepresivo tricíclico y no lo toleren se les deberá prescribir un ISRS.
✓	Los ADT son una alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a ellos.
✓	Los nuevos fármacos podrían utilizarse en caso de intolerancia a los ISRS, guiándose por el perfil de sus efectos adversos.

B	Perfiles concretos de pacientes podrían aconsejar diferentes fármacos, guiándose más por los efectos adversos que por su eficacia.
A	La venlafaxina debe considerarse un tratamiento de segunda línea en pacientes con depresión mayor.
✓	Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo y especialmente de la duración del tratamiento.
✓	Se recomienda informar especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los antidepresivos.
✓	El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser estrecho, al menos en las 4 primeras semanas.
✓	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada y sean tratados con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento.
✓	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor grave y sean tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 8 días tras la instauración del tratamiento.
A	El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión.
B	En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión.
✓	En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.
B	La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> - Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo. - Verificar el cumplimiento del tratamiento. - Confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas.
B	Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico. - Combinar antidepresivos. - Potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina.
B	No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras 3 semanas de tratamiento no se produce respuesta.

C	La asociación de ISRS con mirtazapina o mianserina podría ser también una opción recomendable, pero teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos.
B	No se dispone de suficiente información para poder recomendar el aumento de 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, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodiazepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

Psicoterapia

✓	Las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada. Esto resulta especialmente importante en los casos más graves.
B	En la depresión leve y moderada, debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual breve o el <i>counselling</i>) de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.
B	El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la terapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable.
B	Para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.
B	En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada.
B	La terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal.
B	La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.
B	Debería considerarse la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que no han tenido una respuesta adecuada a otras intervenciones o tengan una historia previa de recaídas y síntomas residuales pese al tratamiento.
B	La terapia cognitivo-conductual debería considerarse para los pacientes con depresión recurrente que han recaído pese al tratamiento antidepresivo o que expresen una preferencia por el tratamiento psicológico.
A	Para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento farmacológico y/o con múltiples episodios de recurrencia, debería ofrecerse una combinación de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.
A	A los pacientes con depresión crónica debería ofrecérseles una combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva.

C	Cuando se aplique la terapia cognitivo-conductual en los pacientes más graves, deberían tenerse en cuenta de forma prioritaria las técnicas basadas en la activación conductual.
C	Otras intervenciones psicológicas diferentes a las anteriores podrían resultar de utilidad en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares asociadas frecuentemente al trastorno depresivo.

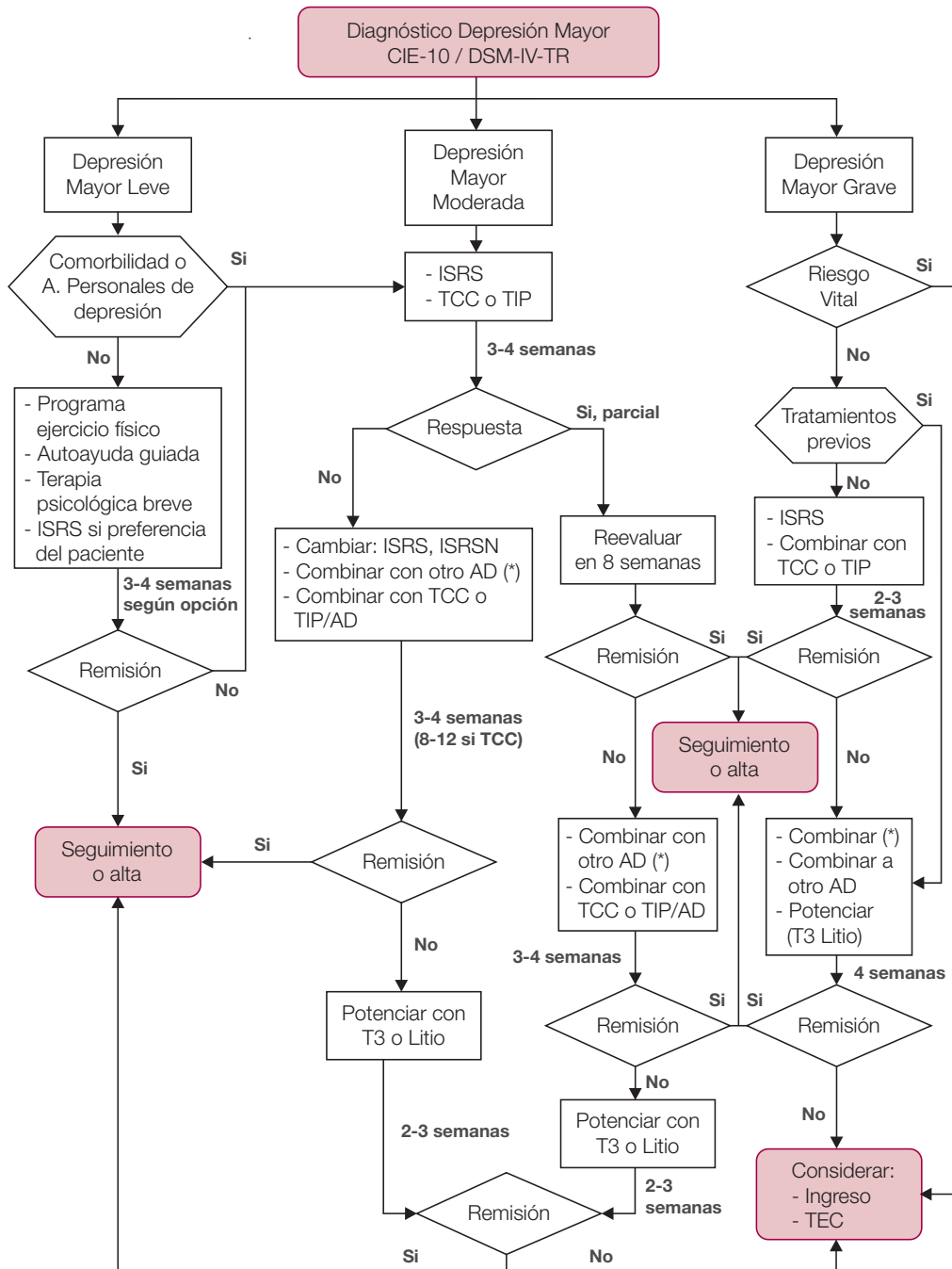
Otros tratamientos

A	La terapia electroconvulsiva debería considerarse como una alternativa terapéutica en pacientes con depresión mayor grave del adulto.
✓	La TEC está especialmente indicada en pacientes con depresión mayor grave -con alto riesgo de suicidio o deterioro físico grave- en la depresión resistente y por elección informada del paciente.
✓	De forma general, en los pacientes con depresión mayor grave no está recomendada la autoayuda guiada.
B	Sin embargo, en los pacientes con depresión leve o moderada, los profesionales podrían considerar la recomendación de programas de autoayuda guiada en base a terapia cognitivo-conductual.
✓	La participación en grupos de apoyo no se considera una medida eficaz de tratamiento, en solitario o combinada con otras medidas terapéuticas, en pacientes con trastorno depresivo mayor.
C	A los pacientes con depresión leve-moderada se les debería recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada, frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas.
✓	Las pruebas científicas existentes no permiten recomendar la utilización de la acupuntura como tratamiento de la depresión mayor.
B	No se recomienda el uso de la hierba de San Juan como una opción de tratamiento en los pacientes con depresión mayor.
✓	Los profesionales sanitarios deberán informar a los pacientes que la consuman sobre sus posibles riesgos y beneficios.

Indicadores de calidad

✓	<p>Indicadores de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infradiagnóstico de la depresión mayor. - Seguimiento del tratamiento con antidepresivos. - Mantenimiento del tratamiento con antidepresivos. - Uso eficiente de fármacos antidepresivos. - Tratamiento psicoterapéutico en la depresión mayor grave. - Tratamiento psicoterapéutico en la depresión mayor leve.
---	--

Anexo 4. Algoritmo terapéutico



(*) Mayor evidencia con mianserina o mirtazapina
 TCC= Terapia cognitivo conductual
 TIP= Terapia interpersonal
 ISRS= Inhibina selectivos de la recaptación de serotonina
 ISRNS=Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina