

## 7.4. Depresión, ansiedad y labilidad emocional

- ¿Deben tratarse farmacológicamente la depresión, ansiedad y labilidad emocional tras un ictus?
- ¿Cuáles son los antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus?
- ¿Es eficaz la psicoterapia como tratamiento adicional al tratamiento farmacológico de la depresión y ansiedad post-ictus?

Es frecuente que las personas que han sufrido un ictus presenten alguna alteración del humor, especialmente depresión. Además, pueden presentar ansiedad o labilidad emocional, en solitario o acompañando a la depresión y aunque puede aparecer en cualquier momento, los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos.

### 7.4.1. Tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus

#### Recomendaciones

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Débil a favor</b> | Se sugiere el uso de fármacos antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos.      |
| <b>BPC</b>           | Monitorizar la persona que ha sufrido un ictus y que toma antidepresivos para valorar la aparición de efectos adversos, la adherencia al tratamiento, etc. |

#### Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor porque evidencia de muy baja calidad sugiere que los antidepresivos tienen un efecto beneficioso frente a placebo en la mejoría de los síntomas, aunque también producen efectos adversos que hay que tener en cuenta y habría que valorar en cada paciente.

En relación con si un fármaco es mejor que otro, no se ha realizado una recomendación al respecto porque la clasificación de fármacos que presentan los MA identificados difiere, y aunque los inhibidores de la serotonina parecen ser más eficaces, también presentan sus efectos adversos. Por ello, no se hace una recomendación a favor de ninguno en particular.

## Justificación detallada

Para tratamiento farmacológico frente a placebo

- **Calidad de la evidencia:** la calidad es muy baja. Los estudios tienen riesgo de sesgo, hay heterogeneidad importante en los resultados de los desenlaces e imprecisión en las estimaciones.
- **Balance beneficios y riesgos:** aunque el tratamiento farmacológico tiene efecto sobre la depresión, tienen también efectos adversos a tener en cuenta sobre todo a nivel individual.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** puede variar, en función de los riesgos que éste pueda o quiera asumir.

Para comparaciones entre fármacos

- **Calidad de la evidencia:** se han identificado cuatro MA en red, pero hay una gran diferencia en el número de ECAs incluidos y el número y tipo de antidepresivos, y la evidencia para cada comparación por partes no se proporciona por separado para la evidencia directa, indirecta y la del MA en red.
- **Balance beneficios y riesgos:** parece que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son mejores que los tricíclicos, aunque hay datos discordantes en la clasificación presentada por los MA.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** puede variar, en función de los riesgos o efectos adversos que éste pueda o quiera asumir.

## De la evidencia a la recomendación

Tratamiento con antidepresivos frente a no tratamiento

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la RS Cochrane (79) se obtiene que en el grupo no tratado tiene **más riesgo de** que la **depresión no remita** (ocho ECAs, n=1025; RR 0,70; IC95 % de 0,55 a 0,88) que en el grupo tratado con fármacos antidepresivos. El tratamiento antidepresivo también tiene un efecto beneficioso en la **reducción del 50 % de la puntuación de la escala de depresión** (seis ECAs; n=511; RR 0,47; IC95 % de 0,32 a 0,69).

Para la **remisión de la depresión**, el grupo control tiene más riesgo de que ésta no remita (ocho ECAs; n=1025; RR 0.70; IC95 % de 0,55 a 0,88). En cuanto a la **reducción de un 50 % de la puntuación de la escala de depresión**, el tratamiento farmacológico tiene un efecto beneficioso frente a placebo (seis ECAs; n=511; RR 0,47; IC95 % de 0,32 a 0,69).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- b) **¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**
- **Juicio:** moderada.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se observan diferencias en los efectos adversos que provocan el **abandono del tratamiento** (incluyendo la muerte), sí aumentan los **efectos adversos sobre el sistema nervioso central (SNC)** (RR 1,55; IC95 % de 1,12 a 2,15) y **gastrointestinales** (RR 1,62; IC95 % de 1,19 a 2,19).  
Teniendo en cuenta los estudios en las personas con ictus que son tratadas con SSRI para la recuperación funcional, se observa que el riesgo de **fracturas óseas** (RR 2,35; IC95 % de 1,62 a 3,41; calidad alta) (80) y de **convulsiones** (RR 1,40; IC95 % de 1,00 a 1,98) (80) es mayor en pacientes tratados con SSRI. En cambio, **el riesgo de caídas** no aumenta de forma significativa (RR 1,71; IC95 % de 0,80 a 3,64) (81).
  - **Consideraciones adicionales:** en 2011 se publicó una alerta de la AEMPS que señalaba que citalopram y escitalopram podían aumentar el riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma a dosis altas.
- c) **¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** muy baja.
  - **Evidencia de investigación:** en general, los estudios tienen un alto riesgo de sesgos o riesgo no claro en múltiples de los dominios analizados, se observa alta heterogeneidad o los intervalos de confianza son muy amplios, lo que disminuyen la calidad de la evidencia para todos los desenlaces, que es muy baja para todos ellos.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) **¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad importante.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** puede haber diferencias en cómo valoran los efectos adversos las personas que han sufrido un ictus que hagan que se decanten o no por uno u otro tratamiento, o por ninguno.
- e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o a la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** el riesgo de que la depresión no remita es mayor en el grupo no tratado con fármacos antidepresivos, aunque hay que tener en cuenta los efectos adversos que pueden tener lugar, por lo que el tratamiento dependerá de las características de la persona de la que se trate.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** costes moderados.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.
  - **Consideraciones adicionales:** en la siguiente tabla se muestra la dosis diaria definida para cada fármaco incluido en los estudios y el precio por DDD en la actualidad en nuestro contexto.

| Fármaco          | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€)    |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| <i>Depresión</i> |                             |                   |
| <b>SSRI</b>      |                             |                   |
| Sertralina       | 50 mg                       | 0,194             |
| Escitalopram     | 10 mg                       | 0,312             |
| Citalopram       | 20 mg                       | 0,183             |
| Paroxetina       | 20 mg                       | 0,217             |
| Fluoxetina       | 20 mg                       | 0,087             |
| <b>SNRIs</b>     |                             |                   |
| Duloxetina       | 60 mg                       | 0,955             |
| Venlafaxina      | 0,1 g                       | 0,425             |
| <b>TCAs:</b>     |                             |                   |
| Amitriptylina    | 75 mg                       | 0,104             |
| Doxepina         | 0,1 g                       | 0,164             |
| Imipramina       | 0,1 g                       | 0,159             |
| Nortriptylina    | 75 mg                       | 0,206             |
| Clomipramina     | 0,1 g                       | 0,333             |
| Desipramina      | 0,1 g                       | NO COMERCIALIZADO |
| <b>NaSSAs</b>    |                             |                   |
| Mirtazapina      | 30 mg                       | 0,568             |
| <b>SARI</b>      |                             |                   |
| Trazodona        | 0,3 g                       | 0,317             |
| <b>Otro</b>      |                             |                   |
| Nefracetam       |                             | NO COMERCIALIZADO |
| Reboxetina       | 8 mg                        | 1,195             |

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** al no poderse saber cuál de los fármacos para los que se calcula el coste por DDD es más efectivo, ya que los efectos deseados como los no deseados de estos varían de acuerdo con la evidencia recuperada, no se puede establecer si alguno de ellos es más coste-efectivo cuando se compara con el resto o con placebo.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que, en función de la situación basal del paciente, la aceptabilidad de los posibles riesgos puede afectar a la aceptación del tipo de tratamiento farmacológico.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible.

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## Comparaciones entre fármacos antidepresivos

Los cuatro MA en red identificados que pretenden establecer una clasificación de los fármacos más eficaces para el tratamiento de la depresión post-ictus se han realizado en China (82-85). El primero fue publicado en 2017 (85); otros dos fueron publicados en 2018 (82, 84), y el último en 2020 (83). Hay una gran diferencia en el número de ECAs incluidos entre el más reciente y los otros tres MA, en parte debido probablemente a la inclusión de bases de datos de estudios chinos en el MA actual. De hecho, el más reciente incluye 51 ECAs (83) y los otros tres entre 12 y 15 ECAs. Por otro lado, hay diferencias en los ECAs incluidos entre los MA (incluso en los que incluyen un número parecido de ECAs) (ver Tabla 1 en el anexo).

El número y tipo de antidepresivos incluidos también varía entre los MA, lo que puede explicar en parte los datos discordantes obtenidos con relación a la clasificación que presentan éstos.

Por otro lado, para poder evaluar la evidencia de un MA en red mediante GRADE, la evidencia para cada comparación por pares debe proporcionarse por separado (la evidencia directa, la indirecta y la del MA en red), y en este caso, ninguno de los autores lo hace, por lo que se dificulta dicha valoración.

Por todo ello, y por las recomendaciones que realizan las guías más recientes que se han identificado al respecto, no se concluye cuáles son las mejores opciones de tratamiento farmacológico de las personas con depresión post-ictus.

## 7.4.2. Tratamiento farmacológico de la ansiedad

La ansiedad es casi tan común como la depresión, a menudo relacionada con el miedo a las caídas o a una recurrencia del ictus. Se presenta habitualmente de manera concomitante con la depresión, por lo cual las guías recomiendan que ante cualquier forma de alteración del humor se valore la presencia de otras alteraciones.

Las guías recomiendan considerar terapias habituales (tanto psicológicas como farmacológicas) en el manejo de la ansiedad tras un ictus. Por ello, se ha querido revisar la evidencia que existe sobre el uso del tratamiento farmacológico para tratar la ansiedad en las personas que han sufrido un ictus.

## Recomendaciones

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Débil a favor</b> | Se sugiere el uso de farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus. |
|----------------------|--|

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de su uso, puesto que, aunque la evidencia es de baja calidad, hay un efecto beneficioso del tratamiento farmacológico sobre la ansiedad en personas que han sufrido un ictus.

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** solo se señala el efecto sobre la puntuación en la escala de la ansiedad antes y después del tratamiento, pero no se informa de más efectos, ni de eficacia ni de seguridad.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** se cree que será un tratamiento aceptado por los pacientes.

## De la evidencia a la recomendación

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** de las dos RS identificadas (86, 87), solo la de Chun *et al.* (86) presentan datos metaanalizados. En esta revisión (86) se incluyen personas con infarto cerebral, hemorragia parenquimatosa, hemorragia subaracnoidea o lesión cerebral traumática. Se incluyen cuatro estudios que analizan cinco comparaciones de farmacoterapia frente a control, observando que la farmacoterapia tiene efecto sobre la **disminución de la ansiedad** (cuatro ECAs; DEM de -2,12; IC95 % de -3,05 a -1,18).
- **Consideraciones adicionales:** los estudios utilizaron una variedad de escalas para la valoración de la ansiedad, validadas para la ansiedad generalizada y no para la fobia. La elección de las medidas de resultado debería reflejar ambos tipos de ansiedad, puesto que la fobia es también común tras el ictus.

### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la mitad de las personas tratadas con paroxetina presentaron efectos adversos como náusea, vómitos o mareos, pero solo el 14 % de los pacientes tratados con buspirona sufrieron náuseas o palpitaciones (86).
- **Consideraciones adicionales:** tener en cuenta los efectos adversos descritos en estudios centrados en la recuperación funcional de las personas que han sufrido un ictus.

### c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la heterogeneidad es alta ( $I^2=89\%$ ). Los estudios evalúan la paroxetina frente a otro SSRI o tratamiento habitual; otro evalúa el uso de imipramina (antidepresivo tricíclico) frente al tratamiento habitual; y el último, un ansiolítico azapirona (buspirona) frente al tratamiento habitual. Las cuatro comparaciones provenían de tres estudios con alto riesgo de sesgos. El estudio que no disponía de datos para el análisis reportó un aumento del trastorno de ansiedad generalizado cuatro veces mayor en el grupo placebo que el grupo tratado con escitalopram (HR ajustado de 4,95; IC95 % de 1,54 a 15,93).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.

- **Evidencia procedente de la investigación:** el tratamiento tiene efectos beneficiosos sobre la ansiedad, aunque también produce efectos adversos como vómitos o mareos en algunas personas.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** en la siguiente tabla se muestra la dosis diaria definida para cada fármaco incluido en los estudios y el precio actual por DDD en nuestro contexto.

| Fármaco           | DDD   | Precio/DDD (€)    |
|-------------------|-------|-------------------|
| <b>Ansiedad</b>   |       |                   |
| <b>Paroxetina</b> | 20 mg | 0,217             |
| <b>Bupirona</b>   | 30 mg | NO COMERCIALIZADO |
| <b>Imipramine</b> | 0,1 g | 0,159             |

g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado estudios coste-efectividad para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

j) **¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que, en función de la situación basal del paciente, la aceptabilidad de los posibles riesgos puede afectar a la aceptación del tratamiento.

k) **¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.



- **Consideraciones adicionales:** se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible.
- l) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

### 7.4.3. Tratamiento farmacológico de la labilidad emocional

## Recomendaciones

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Débil a favor</b> | Se sugiere considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellas personas que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada. |
|----------------------|---|

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor porque existe evidencia de baja calidad del efecto del tratamiento farmacológico en la labilidad emocional de las personas que han sufrido un ictus. Se trata de fármacos cuya prescripción es factible y probablemente aceptable por los pacientes.

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja o muy baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** se miden los resultados de diferente manera, pero todos indican que hay una mejora en la labilidad emocional de las personas que han sufrido un ictus. Como en otros casos, tener en cuenta los efectos adversos de cada tipo de fármaco y la situación individual del paciente, que puede hacer inclinar el balance.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** se cree que es un tratamiento que es aceptado por los pacientes.

## De la evidencia a la recomendación

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión Cochrane (88), se incluyen siete ECAs (n=239). Dos eran estudios cruzados y sus datos no se encontraban disponibles, por lo que los resultados se basan en cinco ECAs con 213 pacientes. Los antidepresivos aumentan el número de pacientes que **reducen en un 50 % la labilidad emocional** (un ECA; n=19; RR 16,50; IC95 % de 1,07 a 253,40) y mejoran la **puntuación de la Escala de labilidad del centro de estudios neurológicos (CNS-LS) y de la Clinician Interview Based Impression of Change (CIBIC)** (un ECA; n=28; RR 1,44, IC9 5% de 0,95 a 2,19). Los antidepresivos (ISRS y antidepresivos tricíclicos (ATC)) aumentan el **porcentaje de pacientes** en los que se **reduce la labilidad emocional** (tres ECAs; n=164; RR 2,18, IC95 % de 1,29 a 3,71) y mejora de la **escala PLSC** (un ECA; n=28; DM 8,40, IC95 % de 11,56 a 5,24).
- **Consideraciones adicionales:** los fármacos incluidos fueron ISRS (en cinco estudios; Citalopram, fluoxetina y sertralina) y ATC (en dos estudios; amitriptilina y nortriptilina). La duración del tratamiento osciló entre 10 y 182 días.

### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:** pequeña.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se encuentran diferencias en **mortalidad** (seis ECAs; n=172; RR 0,59, IC95 % de 0,08 a 4,50).
- **Consideraciones adicionales:** en base al perfil de riesgo, los ISRS podrían ser preferibles a los ATC, aunque se trataría de una utilización *off-label* de los mismos. Solo tres estudios reportan haber recogido de forma sistemática los efectos adversos.

### c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque la calidad de la evidencia no es muy baja para todos los desenlaces, sí lo es para el porcentaje de pacientes en el que se reduce en un 50 % la labilidad emocional, por ello se clasifica la evidencia global como muy baja calidad.
- **Consideraciones adicionales:** solo tres de los estudios reportan haber recogido de forma sistemática los efectos adversos, por lo que habría que ver si realmente no hay un aumento de efectos adversos con el tratamiento farmacológico.

### d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran la importancia de los desenlaces principales?

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la evidencia indica que hay una mejora en la labilidad emocional y que no aumenta la mortalidad, aunque habría que tener en cuenta los otros efectos adversos descritos para estos fármacos y hacer un balance con la situación basal del paciente.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:**

| Fármaco                    | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€) |
|----------------------------|-----------------------------|----------------|
| <b>Labilidad emocional</b> |                             |                |
| <b>Citalopram</b>          | 20 mg                       | 0,183          |
| <b>Fluoxetina</b>          | 20 mg                       | 0,087          |
| <b>Sertralina</b>          | 50 mg                       | 0,194          |
| <b>Amitriptilina</b>       | 75 mg                       | 0,104          |
| <b>Nortriptilina</b>       | 75 mg                       | 0,206          |

g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

j) **¿Es aceptable la opción para todos los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que algunas personas darán más importancia a reducir la labilidad emocional que a los efectos adversos que puedan tener los fármacos en concreto.

k) **¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible. Sin embargo, cabe señalar que cuando se trate de un uso en condiciones distintas a las autorizadas, se debe informar al paciente sobre la incertidumbre en la magnitud del beneficio y los riesgos potenciales, recoger su consentimiento informado (puede ser oral) y reflejar esta información en la historia clínica del paciente (RD1015/2009 de uso medicamentos en condiciones especiales).

l) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

#### 7.4.4. Adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la depresión y la ansiedad

### Recomendaciones

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Débil a favor</b> | Se sugiere la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico de las personas que han sufrido un ictus, tanto las que sufren depresión como ansiedad. |
|----------------------|--|

### Justificación

Se hace una recomendación débil a favor de la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico del paciente, puesto que, aunque la evidencia es de baja calidad en ambos casos, se describe un efecto positivo tanto en la depresión como en la ansiedad. Además, se trata de intervenciones que tienen efectos positivos en otro tipo de pacientes, lo que apoya la realización de una recomendación débil a favor.

Sin embargo, no se detalla qué tipo de psicoterapia debe utilizarse ni si debe ser el personal médico de AP el que realice la intervención o si se debe derivar a consulta especializada. Dependerá de las capacidades y de la organización de cada Comunidad y organización sanitaria.

### Justificación detallada

Para la depresión

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** existe un beneficio de la adición de la psicoterapia sin efectos adversos descritos.
- **Aceptabilidad y factibilidad:** variables, en función de la organización y recursos disponibles.

Para la ansiedad

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** existe un beneficio de la adición de la psicoterapia sin efectos adversos descritos.
- **Aceptabilidad y factibilidad:** variables, en función de la organización y recursos disponibles.

## De la evidencia a la recomendación

Para la depresión

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** moderado.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión Cochrane de Allida (79) se incluyen dos ensayos al respecto, uno con fluoxetina (89) y psicoterapia y otro con paroxetina y psicoterapia (90). La **diferencia media de la puntuación para la depresión** al final del tratamiento fue de 1,53 puntos menos (de 2,10 a 0,96 puntos menos) (dos ECAs; n=198), y la puntuación de las **actividades de la vida diaria (AVD)** algo mayor (DM 11,83 puntos más; de 0,27 a 23,4 más) (dos ECAs; n=198).
- **Consideraciones adicionales:** no se han podido obtener las características del tratamiento con psicoterapia ofrecido en los dos estudios.

### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que describan efectos adversos de la adición de la psicoterapia.
- **Consideraciones adicionales:** probablemente, la psicoterapia no tenga efectos adversos sobre el paciente.

### c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los datos se obtienen de dos estudios, con posible riesgo de sesgo, con heterogeneidad substancial e imprecisión en las estimaciones.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la evidencia indica que hay una mejora en la depresión y en la puntuación de las actividades diarias, y no se detallan efectos adversos de añadir la psicoterapia al tratamiento farmacológico del paciente.
- **Consideraciones adicionales:** en otras condiciones, se ha demostrado que la psicoterapia puede ayudar en el tratamiento de la depresión, por lo que, aunque en personas con ictus la evidencia es de muy baja calidad, la utilidad que sí se ha registrado en otros casos apoyaría su recomendación.

- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** la magnitud de los recursos dependerá de cómo se prevea implementar la psicoterapia, si ya existe algún programa de atención desde la unidad de AP o hay que derivar al especialista.
- g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** probablemente aumentaría.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** si la psicoterapia es eficaz y no se oferta desde el sistema público de salud, se generarán inequidades entre las personas que pueden y no pueden permitírselo de forma privada.
- j) **¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** se entiende que las personas que han sufrido un ictus aceptarían la psicoterapia como parte del tratamiento de su depresión.
- k) **¿Es factible la implementación de la opción?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** los programas de atención a las personas que han sufrido un ictus incluyen intervenciones conductuales llevadas a cabo por los/las profesionales de enfermería, incluyendo aceptación de la enfermedad crónica, adherencia terapéutica, apoyo emocional a la unidad de cuidado (personas afectadas y cuidadoras), así como la promoción de cambios de conductas.
- l) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## Para la ansiedad

- a) **¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**
- **Juicio:** moderada.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** Chun *et al.* (86) incluye los datos de un estudio que demuestra un mayor efecto sobre la puntuación de la ansiedad con la escala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAMA), al combinar el tratamiento con paroxetina con la psicoterapia frente al tratamiento con paroxetina (DEM -4,79; IC95 % de -5,87 a -3,71) (90).
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- b) **¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** se piensa que añadir psicoterapia al tratamiento farmacológico de la ansiedad no producirá efectos adversos.
- c) **¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** muy baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** solo hay un estudio que evalúa la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la ansiedad post-ictus, con pocos pacientes y posible riesgo de sesgos.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) **¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** la adición de la psicoterapia disminuye de forma significativa la puntuación de la ansiedad, sin describirse efectos adversos al respecto, aunque se trata de un único estudio pequeño.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** la magnitud de los recursos dependerá de cómo se prevea implementar la psicoterapia, si puede ser alguna intervención desde AP o hay que derivar al especialista.
- g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** probablemente aumentaría.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** si la psicoterapia es eficaz y no se oferta desde el sistema público de salud, se generarán inequidades entre las personas que pueden y no pueden permitírselo de forma privada.
- j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** se cree que todos los pacientes lo aceptarían, aunque puede que alguno no lo acepte.
- k) ¿Es factible la implementación de la opción?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** ha de considerarse si hay algún tipo de psicoterapia que pueda proporcionarse desde AP o si es necesario derivar a la persona al especialista correspondiente.
- l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.