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?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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: - 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: - 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: - 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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, carbamacepina, lamotrigina, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodiacepinas, 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 *counselling*) 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

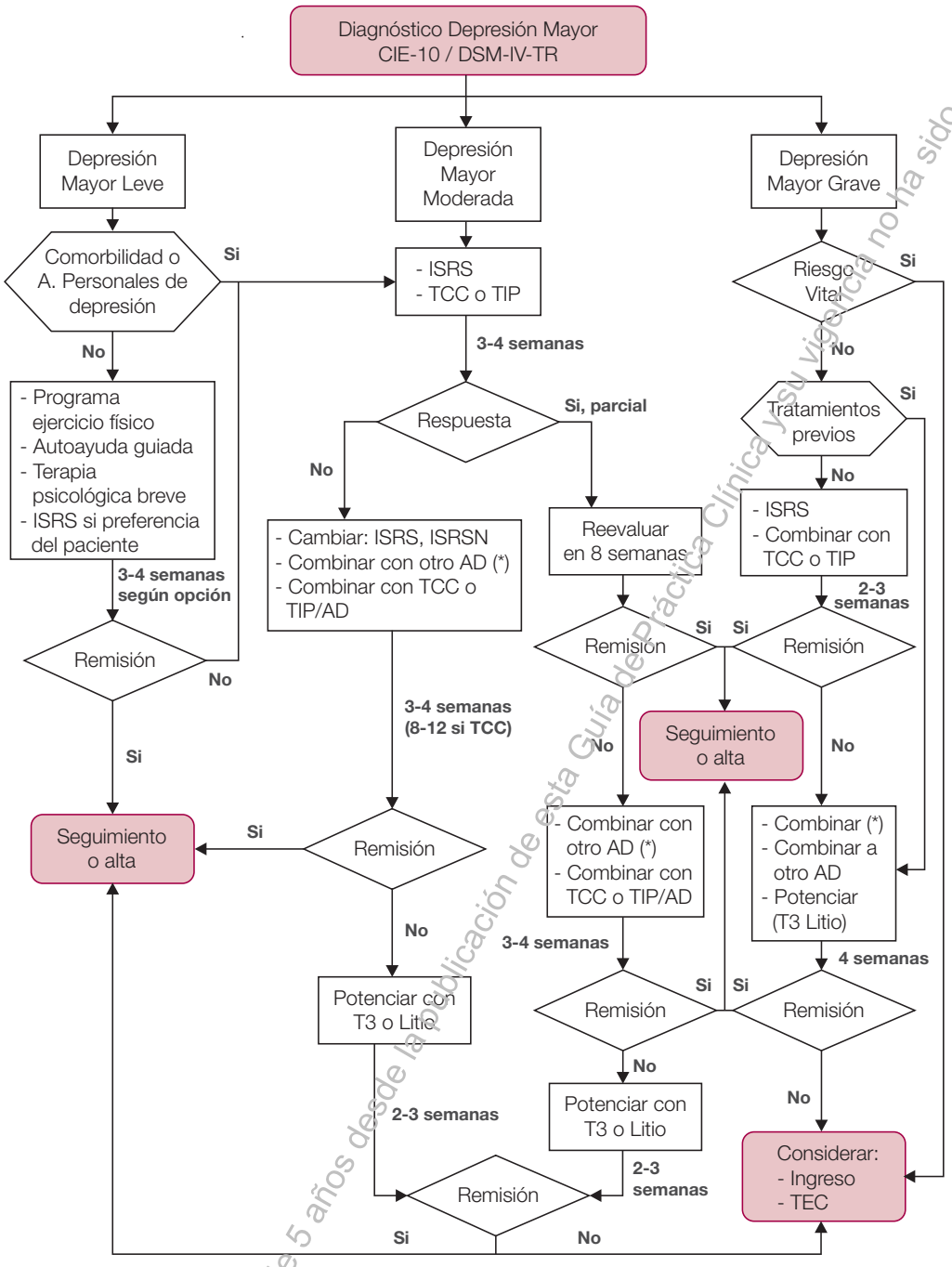
A	La terapia electroconvulsiva debería considerarse como una alternativa terapéutica en pacientes con depresión mayor grave del adulto.
✓	La TEC está especialmente indicada en pacientes con depresión mayor grave -con alto riesgo de suicidio o deterioro físico grave- en la depresión resistente y por elección 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

✓	Indicadores de Calidad: - 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 4. Algoritmo terapéutico



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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.