

Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria

E. Zamorano Bayarri^a y R. Casquero Ruiz^b

^aCentro de Atención Primaria de Sant Antoni de Vilamajor (ABS Alt Mogent). Barcelona. España.

^bCentro de Salud de las Cortes. Madrid. España.

El factor más importante para detectar la depresión es mantener un índice alto de sospecha. Por ello el médico de Atención Primaria (AP) debe efectuar un cribado de depresión en los grupos de alto riesgo, especialmente en los pacientes con antecedentes de depresión, enfermedades físicas crónicas dolorosas o invalidantes, u otros problemas de salud mental, como la demencia. El cribado de depresión debe incluir el uso de al menos dos preguntas acerca del estado de ánimo y el interés, como: "durante las dos últimas semanas, a menudo ¿se ha sentido decaído o deprimido? o ¿se ha sentido con poco interés o placer en hacer cosas?". Ante una respuesta se debe proceder a una entrevista clínica más exhaustiva. La evaluación de la depresión incluye hacer una historia detallada de los síntomas que presenta y determinar la gravedad y duración del episodio depresivo, hacer una exploración del estado mental, descartando la existencia de síntomas psicóticos y la evaluación del riesgo de suicidio, y hacer una exploración física para excluir patología médica o quirúrgica. Las exploraciones complementarias se pueden indicar para hacer el diagnóstico diferencial con procesos médicos que pueden causar síntomas similares.

Palabras clave: depresión, cribado, diagnóstico, evaluación, guías de práctica clínica.

The most important factor to detect depression is having a high index of suspicion. Thus, the Primary Health Care physician should screen for depression in the high risk groups, especially in patients with a background of depression, chronic painful and invalidating physical diseases, or other mental health problems such as dementia. Screening for depression should include the use of at least two questions on the mood state and interest, such as: "during the last two weeks, have you often felt down or been depressed? or have you had little interest or pleasure in doing things?". If the answer is yes, a more extensive clinical interview should be done. Evaluation of depression includes making a detailed history of the symptoms that present and determine seriousness and duration of the depressive episode, making an examination of the mental state, ruling out the existence of psychotic symptoms and the evaluation of risk of suicide. A physical examination should also be made to exclude medical or surgical disease. Complementary examination may be indicated to make a differential diagnosis with medical conditions that may cause similar symptoms.

Key words: depression, screening, diagnosis, evaluation, clinical practice.

RECOMENDACIONES DE CRIBADO

- 1) El cribado de depresión en Atención Primaria (AP) debe efectuarse en los grupos de alto riesgo, especialmente en los pacientes con antecedentes de depresión, enfermedades físicas crónicas dolorosas o invalidantes, u otros problemas de salud mental, como la demencia.
- 2) El cribado de depresión debe incluir el uso de al me-

nos dos preguntas acerca del estado de ánimo y el interés, como: "durante las dos últimas semanas, a menudo: ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado? o ¿se ha sentido con poco interés o placer en hacer cosas?".

3) El uso de cuestionarios de cribado en AP debe efectuarse en los grupos de alto riesgo, debido a su bajo valor predictivo positivo. Los estudios no muestran mejores resultados cuando se hace cribado de depresión a poblaciones médicas asintomáticas.

RECOMENDACIONES: ENTREVISTA

- 1) La entrevista clínica es el método más efectivo para detectar la depresión. El médico que sospecha un trastorno

Correspondencia: E. Zamorano Bayarri.
Centro de Atención Primaria de Sant Antoni de Vilamajor
(ABS Alt Mogent).
C/ Santa Anna 4.
08459 Sant Antoni de Vilamajor. Barcelona. España.

Recibido el 10-05-07; aceptado para su publicación el 10-05-07

depresivo debe realizar una anamnesis de los síntomas y el curso longitudinal de la enfermedad. Debe hacer preguntas específicas respecto a los síntomas criterio de los distintos trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar y otros. Dado que se requiere un estado de ánimo depresivo, o una pérdida de interés o placer, estos síntomas se deben obtener en primer lugar. De igual modo, debe realizar y registrar los resultados de un examen del estado mental que incluya si el paciente tiene ideación/intención suicida; está orientado, alerta, cooperador y comunicativo; si muestra un nivel normal de actividad motora; y si tiene rasgos psicóticos.

2) La entrevista clínica se debe caracterizar por la empatía (aceptación mutua en libertad) y el ambiente tranquilo y relajado. El médico debe demostrar el grado de atención necesario, mostrar interés por los aspectos de la vida emocional del paciente y no desvalorizar las quejas que presenta. La actitud del médico ha de ser tal que el paciente perciba que el interrogatorio no persigue tan sólo la mera recogida de datos, sino que, además, presenta una postura comprensiva de los mismos y de la situación de sufrimiento que generan, tanto al paciente como en su entorno, brindando soporte emocional y apoyo no moralizante.

3) Al hablar con los pacientes y cuidadores, los profesionales de la salud deben usar el lenguaje ordinario, sin jergas. Si se usan términos técnicos éstos deben explicarse al paciente.

4) Cuando sea posible, debe proporcionarse material escrito en el idioma del paciente, y deben buscarse intérpretes independientes para las personas cuyo idioma habitual no sea el español.

5) Todos los profesionales de la salud implicados en el diagnóstico y manejo de la depresión deben tener un nivel demostrable alto de habilidades de entrevista, para que el abordaje estructurado pueda llevar al diagnóstico y al manejo posterior de la depresión.

6) Los médicos de AP deben asegurar que mantienen su competencia en la valoración y manejo del riesgo.

RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO

1) El médico de AP debe tener presente las potenciales causas físicas de depresión y la posibilidad de que ésta pueda ser causada por medicamentos, y hacer el cribado si es apropiado.

2) Al evaluar a una persona con depresión, el médico de AP debe considerar las características psicológicas, sociales, culturales y físicas del paciente y la calidad de sus relaciones interpersonales. Debe considerar el impacto de éstas en la depresión y las implicaciones en la elección de tratamiento y su seguimiento posterior.

3) En los ancianos con depresión se debe evaluar su estado físico, condiciones de vida y aislamiento social. Se recomienda la intervención de más de un organismo cuando sea necesario.

4) Antes de decidir el tratamiento del paciente deprimido, el médico de AP debe tener en cuenta los antecedentes familiares y personales de depresión, la respuesta a la intervención de cualquier episodio anterior y la presencia de problemas asociados en las relaciones sociales o interpersonales.

5) El médico de AP siempre debe preguntar directamente a los pacientes con depresión por las ideas e intentos de suicidio.

6) El médico de AP debe aconsejar a los pacientes y cuidadores que estén vigilantes a los cambios del estado de ánimo, particularmente durante los períodos de alto riesgo, como al iniciar o cambiar un medicamento y si aumenta el estrés personal. También debe aconsejarles que se pongan en contacto con él si están preocupados.

7) El médico de AP debe evaluar si los pacientes con ideas de suicidio tienen apoyo social adecuado y conocen los recursos de ayuda. Debe aconsejarles que busquen ayuda adecuada si la situación se deteriora.

8) El diagnóstico descriptivo de la depresión se basa por completo en los signos, síntomas y antecedentes personales del paciente. Por consiguiente, el médico debe dedicar el tiempo suficiente a entrevistar al paciente atentamente y, si lo cree oportuno, a otros informadores (es decir, parientes cercanos o amigos), antes de embarcarse en amplias pruebas biológicas, neuropsicológicas o psicológicas.

9) Se debe hacer una exploración física dirigida para excluir patología médica o quirúrgica.

10) Se pueden indicar pruebas complementarias si hay una necesidad de descartar procesos médicos que pueden causar síntomas similares. No se ha establecido el beneficio de someter al paciente a exploraciones complementarias, incluyendo pruebas tiroideas, para evaluar la depresión.

11) El principio fundamental es el de llevar a cabo sólo un número limitado de pruebas complementarias básicas para detectar las potenciales causas médicas de depresión, a menos que existan factores de riesgo específicos, que en la revisión médica sistemática se encuentren síntomas positivos específicos, aparezcan perfiles de síntomas inusuales, o se dé un curso atípico de la enfermedad, en cuyo caso se deben hacer pruebas adicionales seleccionadas para responder a las cuestiones diagnósticas específicas.

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1) No deben confundirse los trastornos depresivos con el estado de ánimo deprimido o triste que normalmente acompaña a las experiencias específicas de la vida, particularmente pérdidas o decepciones. Los trastornos del estado de ánimo suponen alteraciones de la regulación emocional, cognitiva, conductual y somática. Una depresión clínica o un trastorno de estado de ánimo es un síndrome (una constelación de signos y síntomas) que no es una reacción normal a las dificultades de la vida. Un estado de ánimo triste o deprimido es sólo uno de los muchos signos y síntomas de una depresión clínica. De hecho, la alteración del estado de ánimo puede in-

cluir apatía, ansiedad o irritabilidad además o en lugar de la tristeza; también, el interés del paciente o capacidad para el placer o goce pueden reducirse marcadamente. No todos los pacientes deprimidos clínicamente están tristes, y muchos pacientes tristes no están deprimidos clínicamente.

2) Definir las causas potenciales conocidas del síndrome depresivo (médicas, medicamentos, consumo de drogas, otros trastornos psiquiátricos no afectivos causales). Un episodio depresivo mayor puede ocurrir como parte de un trastorno primario del estado de ánimo (como trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar), como parte de otro proceso psiquiátrico no afectivo (como trastorno del comportamiento alimentario, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]), por intoxicación o abstinencia de fármacos o alcohol, como consecuencia biológica o psicológica de varios procesos médicos no psiquiátricos o como consecuencia del uso de determinados medicamentos. Finalmente, una reacción de duelo puede inicialmente (en los 2 primeros meses) reunir criterios para un episodio depresivo mayor.

3) Los pacientes con síntomas depresivos primarios pueden tener tres presentaciones:

a) El trastorno depresivo mayor (a veces llamado depresión unipolar) se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor sin sucesos de manía o hipomanía (manía de bajo nivel). Por la definición, los episodios depresivos mayores duran al menos 2 semanas (y típicamente más tiempo).

b) El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo de bajo grado, más persistente (menos episódico) y síntomas asociados, durante al menos 2 años durante los cuales no ha ocurrido ningún episodio depresivo mayor. Muchos pacientes con trastorno distímico posteriormente sufren episodios superpuestos de depresión mayor durante el curso de su enfermedad. En estos casos se diagnostican ambos trastornos, distímico y depresivo mayor, según el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR).

c) La depresión no especificada es una categoría residual reservada a los pacientes con síntomas y signos de depresión que no reúnen los criterios para el diagnóstico formal de distimia ni de trastorno depresivo mayor. Si el paciente ha reunido previamente los criterios para el trastorno depresivo mayor, que después entra en remisión parcial, se diagnostica de trastorno depresivo mayor en remisión parcial (no trastorno depresivo no especificado [TDNE]).

4) Los trastornos bipolares son procesos recurrentes, episódicos, caracterizados por una historia de al menos un episodio maníaco o hipomaníaco. El 95% de las personas con trastorno bipolar también tienen episodios recurrentes de depresión mayor.

5) Un elemento esencial en el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos es la reevaluación clínica continua.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

1) Para facilitar el tratamiento con éxito de pacientes con trastorno depresivo es necesario realizar una evaluación concienzuda del paciente.

2) Los médicos que inician el tratamiento para un trastorno depresivo mayor tienen a su disposición diversas medicaciones, varios enfoques psicoterapéuticos, la terapia electroconvulsiva (TEC) y otras modalidades de tratamiento (por ejemplo, la terapia con luz), que pueden utilizarse solas o en combinación. Algunos de estos recursos requieren derivación a Atención Especializada. El profesional debe determinar el entorno que tiene más probabilidades de garantizar la seguridad del paciente y a la vez fomentar la mejoría de su enfermedad.

3) Los componentes específicos de la atención psiquiátrica que hay que ofrecer a todos los pacientes y en todas las fases de la enfermedad incluyen la realización de una evaluación diagnóstica, la evaluación de la seguridad del paciente y de quienes le rodean, y del nivel de deterioro funcional, la determinación del emplazamiento del tratamiento, el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, la monitorización de la seguridad y del estado psicopatológico, además de proporcionar información a los pacientes y a sus familias, fomentar que aquéllos sigan correctamente el tratamiento y trabajar con ellos para afrontar los primeros signos de recaída.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1) En la fase inicial, además de proporcionar atención psiquiátrica el médico puede elegir entre diversas modalidades de tratamiento inicial, incluidas la farmacoterapia, la psicoterapia, la combinación de medicaciones más psicoterapia o la TEC.

2) Si el paciente lo prefiere se pueden administrar medicaciones antidepresivas como modalidad de tratamiento primario inicial para el trastorno depresivo mayor leve.

3) Se deben administrar medicaciones antidepresivas para el trastorno depresivo mayor grave a menos que se derive a Atención Especializada, donde puede plantearse utilizar TEC.

4) La preferencia del paciente por los enfoques psicoterapéuticos es un factor importante que se debe tener en cuenta para tomar la decisión. Algunas de las características clínicas que pueden sugerir el uso de intervenciones psicoterapéuticas son la presencia de factores estresantes psicosociales significativos, de conflicto intrapsíquico, de dificultades interpersonales o de un trastorno comórbido del eje II (trastornos de la personalidad).

5) El tratamiento asociado de psicoterapia más medicaciones antidepresivas puede constituir una elección útil para el tratamiento inicial en pacientes con problemática psicosocial no resuelta, problemas de relación interperso-

nal o un trastorno comórbido del eje II asociado a un trastorno depresivo mayor entre moderado y grave.

6) Se debe derivar a Atención Especializada para posible aplicación de TEC a los pacientes con trastorno depresivo mayor y con síntomas y deterioro funcional muy grave, o en los casos en los que se observan síntomas psicóticos o catatonía.

7) La selección inicial de una medicación antidepresiva se basará en gran medida en los efectos secundarios previstos, en la seguridad o tolerabilidad de esos efectos secundarios para cada paciente concreto, en las preferencias del paciente, en la cantidad y calidad de los datos clínicos de los que se dispone, y en su coste.

8) Cuando la farmacoterapia forma parte del plan de tratamiento, debe integrarse en la atención psiquiátrica y en cualquier otro tratamiento que se esté llevando a cabo (por ejemplo, psicoterapia).

9) Una vez que se ha seleccionado una medicación antidepresiva puede iniciarse con la dosis sugerida en la tabla 1.

10) Los pacientes que han comenzado a tomar una medicación antidepresiva requieren monitorización precisa para evaluar su respuesta a la farmacoterapia, la aparición de efectos secundarios, situación clínica y seguridad.

11) Si no se observa al menos una mejoría moderada después de 6-8 semanas de farmacoterapia, se debería evaluar de nuevo el régimen de tratamiento: cambiar de antidepresivo, o derivar para añadir o cambiar a psicoterapia, o bien TEC.

12) La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son los enfoques psicoterapéuticos que tienen documentada una mayor eficacia en las publicaciones sobre el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor, aunque no se han publicado estudios rigurosos que evalúen la eficacia de la psicoterapia psicodinámica.

13) Cuando la psicoterapia forma parte del plan de tratamiento, debe integrarse en la atención psiquiátrica y en cualquier otro tratamiento que se esté proporcionando (por ejemplo, tratamiento médico).

14) Independientemente del tipo de psicoterapia seleccionada, es necesario monitorizar atentamente la respuesta del paciente al tratamiento.

15) Si la atención al paciente implica a más de un clínico, es esencial que todos los clínicos tengan el contacto suficiente con el paciente y entre sí para asegurar que todos disponen de la información relevante para guiar las decisiones del tratamiento.

16) Si tras 4-8 semanas de tratamiento no se observa al menos una mejoría moderada, entonces es necesario revisar a fondo y reevaluar el diagnóstico, las cuestiones y enfermedades que lo complican, así como el plan de tratamiento.

17) En general, los mismos aspectos que influyen en la elección de una medicación o psicoterapia concretas cuando éstas se utilizan individualmente son los que hay que tener en cuenta cuando se eligen tratamientos para modalidades de combinación de medicaciones más psicoterapia.

Tabla 1. Medicaciones antidepresivas usadas frecuentemente (nivel subóptimo de evidencia)

Nombre genérico	Dosis inicial (mg/d)	Dosis usual (mg/d)
Tricíclicos y tetracíclicos		
Amitriptilina	25-50	100-300
Clomipramina	25	100-250
Doxepina	25-50	100-300
Imipramina	25-50	100-300
Trimipramina	25-50	100-300
Desipramina	25-50	100-300
Nortriptilina	25	50-200
Protriptilina	10	15-60
Amoxapina	50	100-400
Maprotilina	50	100-225
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina		
Citalopram	20	20-60
Escitalopram	10	20
Fluoxetina	20	20-60
Fluvoxamina	50	50-300
Paroxetina	20	20-60
Sertralina	50	50-200
Inhibidores de la recaptación de la dopamina-norepinefrina		
Bupropión	150	300
Inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina		
Venlafaxina	37,5	75-225
Duloxetina	30-60	60-120
Moduladores de la serotonina		
Nefazodona	50	150-300
Trazodona	50	75-300
Modulador de la norepinefrina-serotonina		
Mirtazapina	15	15-45
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)		
Fenelcina	15	15-90
Tranilcipromina	10	30-60
Inhibidor reversible de la monoamino-oxidasa (RIMA)		
Moclobemida	150	300-600
Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina		
Reboxetina	4	8-10

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO EN LA FASE DE CONTINUACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1) Durante las 16-20 semanas que siguen a la remisión, los pacientes que han recibido tratamiento con antidepresivos en la fase aguda deben seguir mantenimiento con esos fármacos para evitar la recaída. En general, la dosis usada en la fase aguda es la que se utiliza también en la fase de continuación.

2) Aunque se ha estudiado menos el uso de psicoterapia en la fase de continuación para evitar la recaída, existe una evidencia creciente que apoya el uso de una psicoterapia efectiva específica durante la fase de continuación.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1) Tras la fase de continuación debe considerarse la posibilidad de iniciar el tratamiento en la fase de mantenimiento para evitar las recidivas del trastorno depresivo mayor.

2) En el tratamiento de continuación deben considerarse los siguientes factores: riesgo de recidiva (número de episodios previos, presencia de enfermedades comórbidas y síntomas residuales entre episodios), gravedad de los episodios (ideas suicidas, características psicóticas y deterioro funcional grave), efectos secundarios experimentados con el tratamiento continuado y preferencias del paciente.

3) La decisión de interrumpir un tratamiento activo debería basarse en los mismos factores considerados para decidir iniciar el tratamiento de mantenimiento, incluidas la posibilidad de recaída, la frecuencia y gravedad de episodios anteriores, la persistencia de síntomas distímicos tras la recuperación, la presencia de trastornos comórbidos y las preferencias del paciente.

RECOMENDACIONES PARA DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Se deben derivar los pacientes con trastorno depresivo mayor y con síntomas y deterioro funcional muy grave (riesgo autolítico, síntomas psicóticos o catatonía), para valoración de ingreso psiquiátrico o de TEC, si es necesario peritaje judicial, si hay presencia de síndrome confusional añadido, si hay patología orgánica grave, si hubiera dificultades en el diagnóstico o diagnóstico diferencial, en depresión bipolar, depresión resistente (al no ceder tras toma de dos antidepresivos consecutivos durante 6-8 semanas con cada fármaco), depresión recurrente con recaídas o episodios frecuentes, cuando hay comorbilidad psiquiátrica (psicosis, abuso de sustancias, TOC o trastorno de personalidad), cuando hay distimia complicada en su evolución, cuando hay una necesidad urgente de respuesta, como por ejemplo, los pacientes que tienen ideas suicidas o que rechazan el alimento y presentan riesgo de desnutrición, o cuando hay necesidad de intervenciones psicoterapéuticas formales y estructuradas (terapia interpersonal o técnicas cognitivo-conductuales). También en depresiones en niños, adolescentes y embarazadas, así como en los casos en los que lo pida el paciente.

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los componentes específicos de la atención psiquiátrica que hay que ofrecer a todos los pacientes y en todas las fases de la enfermedad incluyen la realización de una eva-

luación diagnóstica, la evaluación de la seguridad del paciente y de quienes le rodean, y del nivel de deterioro funcional, la determinación del emplazamiento del tratamiento, el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, la monitorización de la seguridad y del estado psicopatológico, además de proporcionar información a los pacientes y a sus familias, fomentar que el paciente siga correctamente el tratamiento y trabajar con los pacientes para afrontar los primeros signos de recaída.

La selección inicial de una medicación antidepresiva se basará en gran medida en los efectos secundarios previstos, en la seguridad o tolerabilidad de esos efectos secundarios para cada paciente concreto, en las preferencias del paciente, en la cantidad y calidad de los datos clínicos de los que se dispone y en su coste.

La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son los enfoques psicoterapéuticos que tienen documentada una mayor eficacia en las publicaciones sobre el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor.

En la prolongación o finalización del tratamiento de mantenimiento se considerarán los siguientes factores: riesgo de recidiva (número de episodios previos, presencia de enfermedades comórbidas y síntomas residuales entre episodios), gravedad de los episodios (ideas suicidas, características psicóticas y deterioro funcional grave), efectos secundarios y preferencias del paciente.

Los datos expuestos se han obtenido de varias guías de práctica clínica citadas en el apartado de bibliografía, avaladas científicamente y consensuadas. Se han expuesto las recomendaciones de máxima evidencia científica con fiabilidad clínica sustancial, a excepción de la tabla de antidepresivos, que presenta fiabilidad clínica moderada.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. CPG Team for Treatment of Depression, Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Wellington, New Zealand; 2004.

Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. IV. Medications and Other Biological Treatments. The Canadian Journal of Psychiatry. 2001 Vol 46. Suppl 1.

Depression. (Guideline practice. University of Michigan Health System; 2004.) Ann Arbor (MI); 2004. p. 21.

Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). (American Journal of Psychiatry, Jan 14. American Psychiatric Association Practice Guidelines; 2000)

Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Am J Psychiatry. 2000;157 4 Suppl:1-45. American Psychiatric Association.

Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en atención primaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Noviembre. N.º 2; 2004.

Recomendaciones para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor. (Practic Guideline for the treatment of major depressive disorder. Asociación Americana de Psiquiatría; 1999.)

Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care. MJA. 2002;176 10 Suppl:S77-S83.