

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, 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 <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. |
|---|--|