

# TRASTORNOS DEPRESIVOS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

UN ACERCAMIENTO DESDE LA  
*GUIA NICE*

# GUIA NICE QUE PRETENDE

- Recomendaciones avaladas por la mejor Evidencia Clínica.
- Donde no exista Evidencia de alto valor dar recomendaciones unificadas, basadas en consensos.
- Determinar las áreas prioritarias con necesidad de realizar estudios para generar la Evidencia.
- Ayudar a sanitarios y pacientes en la toma en consenso de decisiones clínicas.
- Conseguir prácticas lo más estandarizadas posibles, con lo que la evaluación de los servicios tenga más valor.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales (del mismo o distinto nivel asistencial), y entre estos y los paciente y cuidadores.

***NO PRETENDE SUSTITUIR EL JUICIO CLÍNICO SIEMPRE  
DEBEMOS INDIVIDUALIZAR***

# DEPRESION VS. TRISTEZA “NORMAL”

- La tristeza es inherente a la vida.
- No siempre es patológica.
- La patológica tiene un “tinte” especial, difícil de definir.
- Criterios diagnósticos para objetivar lo subjetivo.
- Siguiendo CIE-10 definimos síntomas nucleares y síntomas adicionales.
- Como Criterios Generales:
  - Duración al menos 2 semanas.
  - No síntomas manía o hipomanía.
  - No atribuible a sustancias o enfermedad orgánica.

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS SINTOMAS NUCLEARES

- Debe presentar al menos 2 de los siguientes
  - 1) Humor depresivo claramente anormal, la mayor parte del día y casi todos los días, poco modificable por circunstancias ambientales y que persiste al menos dos semanas.
  - 2) Marcada pérdida de intereses o capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
  - 3) Falta de energía o aumento de la fatigabilidad.

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS SINTOMAS ADICIONALES

- 1) Pérdida autoestima, sentimientos de inferioridad.
- 2) Sentimientos de culpa y/o autoreproches excesivos.
- 3) Ideas recurrentes de muerte o suicidio; cualquier conducta suicida.
- 4) Agitación o inhibición psicomotriz.
- 5) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- 6) Cambios del apetito con afectación del peso.
- 7) Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.

***SUMA MÍNIMA DE 4 CON LOS S. NUCLEARES***

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS CLASIFICACION DEL EPISODIO

## EPISODIO DEPRESIVO LEVE:

- A) Se cumplen los criterios generales.
- B) Presencia de al menos 2 de los síntomas nucleares.
- C) Existen 2-3 de los síntomas adicionales.

***Probablemente sea apta para la mayoría de sus actividades.***

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS CLASIFICACION DEL EPISODIO

## EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

- A) Se cumplen los criterios generales.
- B) Presencia de al menos 2 de los síntomas nucleares.
- C) Síntomas adicionales hasta sumar por lo menos 6 con los nucleares.

***Probablemente sufra dificultades para continuar con sus actividades***

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS CLASIFICACION DEL EPISODIO

## EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

- A) Se cumplen los criterios generales.
- B) Presencia de los 3 síntomas nucleares.
- C) Síntomas adicionales para sumar mínimo de 8  
Además podemos diferenciar la presencia o no  
síntomas psicóticos ( alucinaciones, delirios,  
estupor depresivo).

***Presentan interferencia marcada con su actividad normal. Ideas suicidas frecuentes***

# GUÍA NICE

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE

- a) Las recomendaciones se presentan como una escalera de cuidados, que pretende encontrar los servicios mas adecuados dependiendo de su cuadro clínico y de sus circunstancias personales y sociales
- b) Cada escalón representa un aumento de la complejidad de la intervención, asumiendo cada escalón las intervenciones de los pasos previos.

# GUÍA NICE

	<b>RESPONSABLE DEL CUIDADO</b>	<b>FOCO DE ATENCIÓN</b>	<b>QUÉ MEDIDAS TOMAMOS</b>
<b>PASO 5</b>	Hospital, Equipos de Crisis	Riesgo Vital, Abandono autocuidados, gravedad	Fármacos, Ttos. Combinados, TEC
<b>PASO 4</b>	E. Salud Mental y Equipos de Crisis	Depresión Resistente, Recurrente, Atípica o Psicótica	Fármacos, Psicoterapia reglada, Tto. combinado
<b>PASO 3</b>	E. Atención Primaria	Depresión Moderada o Severa	Fármacos, Psicoterapia no reglada, apoyo social
<b>PASO 2</b>	E. Atención Primaria	Depresión Leve	Observación, Guías autoayuda, Ejercicio, Solución Problemas
<b>PASO 1</b>	E. Atención Primaria	Detección/ Reconocimiento	Apoyo, acompañamiento.

# GUÍA NICE

## PASO 1 DETECCIÓN

- Se recomienda cribado de depresión en Atención Primaria y Urgencias de Hospital en pacientes de riesgo (**Recomendación C**)
  - a) *Antecedentes de Depresión.*
  - b) *Enfermedades físicas que causen minusvalía.*
  - c) *Otras enfermedades mentales, como la demencia.*
  - d) *Cuidadores Principales .*
- Siempre considerar causas orgánicas y/o farmacológicas de depresión. **(C)**.
- No se recomiendan test, solo 2 preguntas. **(B)**
  - a) ¿Se ha sentido bajo de ánimo o desesperanzado en el último mes?
  - b) ¿Ha perdido interés o placer por hacer cosas ?
-

# GUÍA NICE

## PASO 2 TRATAMIENTO D. LEVE

- La mayoría de los pacientes no requieren tto. Solo requerirían observación expectante (citar 2 semanas). **(C)**
- Suele ser beneficioso la mejora del sueño y ansiedad. **(C)**
- Las guías de autoayuda (material escrito) y seguimiento por profesional durante 6-9 semanas para valorar progresos. **(C)**
- Es beneficioso realizar programa de ejercicio aeróbico (45-60 min, 3-4 días/semana, 10-12 semanas). **(C)**
- En D. leve o moderada considerar psicoterapia tipo *Resolución de Problemas, Consejo, Cognitivo-conductual*. **(B)**
- No usar antidepresivos como tto. inicial (riesgo/beneficio bajo). **(C)**
- Si persiste tras otras intervenciones o tiene antecedentes de D. moderada o severa considerar antidepresivos. **(C)**
- Contactar con los pacientes que no acudan a cita revisión. **(C)**

# GUÍA NICE

## PASO 3 TTO. DEPRESIÓN MODERADA-SEVERA

- La D. Moderada y Severa puede ser tratada en A. Primaria y Especializada dependiendo de acuerdo con el paciente, experiencia en manejo y valoración de riesgo suicida. (GPP)
- **Ofrecer siempre tto. farmacológico antes que terapias psicológicas. (B)**
- Dar información comprensible sobre efectos secundarios, posibles discontinuación y retraso en aparición beneficios. (C)
- **Mantener tto. al menos 6 meses después de la remisión. (A)**
- Algunos pacientes precisan más tiempo de tto. Considerando nº de episodios previos, síntomas residuales o problemas sociales. (C)
- **De elección usar ISRS (igual de efectivos y menos efectos secundarios que ADT) (A)**
- Se recomienda Fluoxetina y Citalopram por menos síntomas de discontinuación. Considerar genéricos. (C)

# GUÍA NICE

## PASO 3 TTO. DEPRESIÓN MODERADA-SEVERA

- Evaluar el Riesgo. Cita de evaluación en 1-2 semanas, sobre todo en pacientes menores 30 años (aumento del riesgo suicida al inicio del tto. antidepresivo). Prescribir cantidad limitada de AD. **(C)**
- Tratamiento con IMAO, AD combinados o potenciación con Litio o antiepilépticos rutinariamente deben iniciarse en 2º nivel. **(C)**
- Evaluar respuesta a la 4 semanas, si no se ha producido respuesta valorar cambio. Si respuesta parcial esperar hasta las 6 semanas. **(C)**
- En caso de precisar cambio optar por otro ISRS vigilando S.serotonirérgico (confusión, sudoración, delirium, temblor, mioclonus, cambios TA) **C** o Mirtazapina. **(C)**
- Si se utiliza ADT tener en cuenta su < tolerabilidad y > riesgo de toxicidad sobre todo cardiológica. **(C)**. Iniciar dosis bajas y mantener la dosis en la que se encuentra respuesta. **(C)**
- Cuidado con la hierba de S. Juan, interfiere con ACHO, antiepilépticos y anticoagulantes y las dosis no son uniformes. **(C)**

# GUÍA NICE

## PASO 3 TTO. DEPRESIÓN MODERA-SEVERA

- **En caso de IAM se recomienda Sertralina. (B)**
- **No usar Venlafaxina si AP de enfermedad cardiaca o HTA no controlada. (C)**
- **Los síntomas de discontinuación son >es con Paroxetina y <es con Fluoxetina. (C)**
  
- **Como tto. Psicológico se recomienda T. Cognitivo-Conductual en pacientes resistentes al tto. farmacológico o que rechacen este tto. (B)**

# GUÍA NICE

## PASO 4 TTO. EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS

- **D. Resistente al Tto., Recurrente, Atípica, con síntomas Psicóticos o con Riesgo muy significativo.**
- Se recomienda que la derivación incluya valoración de riesgo suicida, historia de ttos. previos realizados y situaciones psicosociales de relevancia. **(GPP)**
- **D. Resistente:**
  - a) Considerar el uso de AD y terapia cognitivo-Conductual. **(B)**
  - b) Considerar el uso de Litio. **(B)**. Hacer EKG previo. **(C)**
  - c) No se recomienda añadir Carbamacepina, Lamotrigina, Valproato u Hormonas Tiroideas de forma rutinaria. **(B)**
  - d) En caso de combinar AD se recomienda Mianserina o Mirtazapina. **(C)**
  - e) Si se usa Venlafaxina hacer EKG y tomar TA. **(C)**
- **D. Recurrente:**
  - a) Los pacientes con 2 o + E. depresivos deben mantener el tto. al menos 2 años. **(B)**

# GUÍA NICE

## PASO 4 TTO. EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS

- **D. Atípica**

- a) Si no responde a ISRS considerar uso de Fenzina (IMAO) . Vigilar TA, interacciones con alimentos y fármacos y sobredosis. **(C)**

- **D. Psicótica**

- a) Suplementar el tto. con antipsicóticos, aunque la dosis y duración del tto. No está identificado. **(C)**

# GUÍA NICE

## PASO 5 PACIENTE HOSPITALIZADO

Se recomienda ingreso en pacientes con riesgo de suicidio importante, abandono de autocuidados, negligencia severa en sus actuaciones o para ttos. específicos.

a) La indicación prioritaria es el riesgo suicida.

b) La TEC debe prescribirse solo en casos severos que no responden a otros ttos. y previa valoración beneficio/riesgo. El riesgo de TEC es > en niños, ancianos y embarazo.

# GUÍA NICE RESUMEN DIRECTRICES EN AP

- *Screening en AP para pacientes de riesgo. (C)*
- *No se recomiendan AD en D. Leve, solo Observación Expectante.(C)*
- *En D. Leve-Moderada la terapia Cognitivo-Conductual es útil.(C)*
- *En D. Moderada ofrecer 1º tto. Farmacológico.(B)*
- *De elección usar ISRS., son tan efectivos como los ADT y presentan menos efectos secundarios y menor daño en caso de sobredosis.(A)*
- *Se recomiendan Fluoxetina y Citalopram por presentar S. discontinuación menor. (C)*
- *El tto. AD debe mantenerse 6 meses tras la remisión.(A)*
- *En caso de IAM usar Sertralina. (B)*
- *En D. Resistente o rechazo fármacos se recomienda Terapia Cognitivo-Conductual. (B)*