

Título: Depresión.

Autor: Dr. Ignacio Zarragoitia Alonso.

Especialista de 2º Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar.

Servicio de Psiquiatría

Email: psiq@hha.sld.cu .

Introducción

La Depresión es una alteración primaria del estado de ánimo caracterizada por abatimiento emocional y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es una enfermedad médica mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico. Con el tiempo, se ha conseguido un mayor entendimiento de la neurofisiología e historia natural de la enfermedad.

No obstante, a pesar de una mejor tolerabilidad de los antidepresivos, la proporción de depresión y suicidio en la población general se ha incrementado y la edad de comienzo ha decrecido. Se impone, por consiguiente, la reevaluación de las estrategias y de nuevos paradigmas.

La Depresión forma parte de una variedad de enfermedades mentales como la depresión mayor, el Trastorno Afectivo Bipolar y la Distimia. También puede ser secundaria a enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo, neoplasia de páncreas y alcoholismo o tratamientos específicos como antihipertensivos y corticoides o presentarse en comorbilidad con los trastornos de ansiedad y obsesivos compulsivos. Un factor de importancia es que aproximadamente 50 % de los pacientes deprimidos presentan comorbilidad de enfermedades médicas con trastornos depresivos, entre las que se destacan la enfermedad coronaria, el infarto agudo de miocardio, Diabetes Mellitus, Epilepsia del lóbulo temporal, accidente cerebro vascular, Demencia de tipo Alzheimer y la esclerosis múltiple, entre otros.

Se plantea que la Depresión está ampliamente distribuida en la población y está asociada con significativa severidad de síntomas y deterioro en las actividades laborales y cotidianas.

La Depresión fue la 4ta causa de mayor discapacidad en 1990 y se proyecta que para el 2020 será la segunda de acuerdo a los años de vida, solamente superado por la

enfermedad de las arterias coronarias. Las cifras de prevalencia se sitúan entre 8 % y 17,1 % y la de la prevalencia puntual en 4,9 %.

Las directrices de la OMS para el afrontamiento de la depresión, hacen especial hincapié en tres aspectos fundamentales que indicamos a continuación:

1. Información esencial paciente-familia (obligaciones bioéticas).
2. Consejos específicos paciente-familia.
3. Medicación (cumplimiento terapéutico).

La Depresión en Cuba forma parte de la séptima causa de los padecimientos referidos por la población (10,5 %) durante los años 1999 y 2000 y específicamente en la mujer constituye la quinta causa en iguales años.

Los resultados indican que la depresión, además de poder pasar inadvertida en pacientes con problemas somáticos, también puede ser inadecuadamente diagnosticada, un hecho ciertamente preocupante cuando el presunto diagnóstico retrasa la valoración de otra patología médica, neurológica o psiquiátrica.

Desafortunadamente, dos tercios de los pacientes deprimidos nunca recibirán un apropiado tratamiento. La resolución total de los síntomas corresponde a un 23 %.

En la mujer es la segunda causa de discapacidad, quien experimenta síntomas depresivos 2 veces más que los hombres en los años entre la menarquia y la menopausia.

Como se ha podido observar la depresión es una enfermedad psiquiátrica ampliamente difundida dentro de la labor médica asistencial, ya sea con características propias que la definen como entidad nosológica independiente o en comorbilidad con otras enfermedades, lo cual define la importancia de sistematizar su abordaje mediante el protocolo de actuación.

Objetivos

1. Lograr una reducción importante de la sintomatología depresiva que le permita al paciente una adecuada incorporación a la vida social.
2. Alcanzar una mayor adherencia terapéutica por parte del paciente con un cuadro depresivo.
3. Desarrollar un mayor conocimiento de pacientes y familiares sobre las características de la depresión.

4. Lograr un mayor compromiso de los familiares en la ayuda que ellos puedan prestar.
5. Establecer un sistema terapéutico controlado y sistematizado donde se incluyan todas las modalidades en el abordaje terapéutico.

Desarrollo

Sospecha de Depresión

- Humor depresivo ó una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Múltiples quejas físicas, numerosas visitas al médico (más de 5 por año), fatiga, disfunción relacionada con el trabajo, trastornos en el dormir y múltiples preocupaciones.

Criterio de admisibilidad en la sala de Psiquiatría

- Pacientes inscritos en el hospital con historia clínica oficial donde se recolectarán los datos iniciales en consulta externa.
- Pacientes provenientes de otras especialidades.
- Pacientes acompañados por familiares.

Recogida de datos personales y demográficos

- Nombres y apellidos
- Número de historia clínica.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Dirección particular.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Historia detallada de la enfermedad actual
- Examen físico minucioso y examen psiquiátrico.

- **Diagnóstico de Depresión**

Clasificación de la depresión teniendo en cuenta la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición).

A

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
- Disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

B

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito o pérdida de peso (del orden de 5 % o más del peso corporal en el último mes).

La duración de los síntomas debe ser de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Episodio depresivo: se clasifica en leve, moderado o grave.

- F32.0 *Episodio depresivo leve*: Al menos 2 de A y al menos 2 de B. Suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.
- F32.1 *Episodio depresivo moderado*: Al menos 2 de A y al menos 3 (y preferiblemente cuatro) de B
- F32.2 *Episodio depresivo grave*: 3 síntomas típicos, por lo menos cuatro de los demás síntomas. Si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotora, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es

probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Investigaciones

Una vez realizado el diagnóstico positivo de Depresión se indican los siguientes complementarios:

- Hematología, se incluyen: hemoglobina, hematocrito. leucograma con diferencial, eritosedimentación, serología – VIH.
- Hemoquímica que incluye: glicemia, proteínas totales, colesterol y lípidos totales, TGO y TGP, creatinina.
- Hormonas: T3, T4, TSH y Cortisol.
- Otros: calcio, determinación en sangre de metabolitos de neurotransmisores (si fuese necesario), litemia (si estuviese llevando tratamiento con sales de litio), dosificación de Vitamina B-12, determinación de carbamazepina en sangre (si lleva tratamiento con este anticonvulsivante), dosificación de antidepresivos en sangre (si fuese necesario). Electrocardiograma, cituria.
- Imagenología: ultrasonido de tiroides, tomografía axial computarizada de cerebro (si se sospecha elementos demenciales u otro trastorno encefálico como neoplasia o infarto cerebral).
- Electrofisiología (opcional)
- Electroencefalograma (si se sospecha Disritmia cerebral).
- Otros: Test de dexametasona (opcional).

Pruebas psicológicas: incluyen:

- Escala de evaluación de Hamilton para la depresión y ansiedad.
- Bender.
- Cuarto excluido.
- Machover.
- Cuestionario de cogniciones anticipatorias.
- Mini-mental state (pacientes mayores de 60 años).
- Escala de la depresión geriátrica de Yesavage.

Se solicitará la presencia del especialista en la materia específica si se constata alteraciones en los complementarios anteriores y que puedan tener relación con el estado actual del paciente y justifique la colaboración interdisciplinaria.

Se deben tener en cuenta además:

- Tipo de antidepresivo y tiempo que el paciente lo lleva tomando y respuesta al mismo.
- Antecedentes de respuesta adecuada a un antidepresivo específico.
- Rasgos anómalos de personalidad.
- Estresores exógenos o presencia de elementos vitales y psicotraumas relacionados con la aparición de la sintomatología depresiva.

Abordaje terapéutico

- Ante todo se debe tener en cuenta los medicamentos que se encuentra tomando el paciente (reiteramos que esto corresponde a cualquier tipo de tratamiento).
- Con respecto a los criterios terapéuticos su abordaje se puede resumir en tres aspectos:
 - Tratamiento psicológico (requiere la presencia del psicólogo): comprende la psicoterapia cognitivo conductual, las orientaciones familiares y las actividades de la comunidad terapéutica cuando el paciente se encuentre ingresado, además de todas las actividades programadas en la sala que ayuden a la sociabilización del paciente deprimido donde puede incluirse la musicoterapia, los ejercicios de relación, la pictografía, el cine debate, etc.
 - Tratamiento biológico: en el mismo están incluidos el uso de psicofármacos y la terapia electro convulsivante.
 - *Psicofármacos*
 - ✧ Antidepresivos tricíclicos: comenzar con dosis de 75 mg/día (o equivalente con otros antidepresivos) e ir aumentándola progresivamente a razón de 75 mg/semana y llegar hasta 300 mg como dosis máxima. Se debe explicar al paciente los efectos secundarios de estos medicamentos los que se deben tener en cuenta para tratarlos de forma adecuada, como pueden ser constipación y resequedad bucal.
 - ✧ Sertralina 100mg/día
 - ✧ En caso de insomnio se debe utilizar el nitrazepan, 5 mg/noche ó la levomreprocina 25 mg/noche.

- ✧ Como estos pacientes pueden presentar frecuentemente manifestaciones de ansiedad se recomienda el diazepam 15 mg/día o cualquier otro del grupo de la benzodiacepinas a dosis establecidas.
- ✧ Si la agitación es un síntoma fundamental se puede utilizar clorpromacina: 25 mg más benadrilina, 25mg, 1 ampula de cada una, cada 8 horas, intramuscular profunda, teniendo en cuenta además la hipotensión que pueda producir.

Con los pacientes de la tercera edad las dosis serán la mitad de las señaladas para los adultos.

- ✧ En los casos de Depresión moderada o severa la existencia de ideas delirantes en el paciente deprimido se justifica la utilización de un neuroléptico como la trifluoperazina a dosis de 15 mg/día y un corrector para los síntomas extrapiramidales o un neuroléptico atípico según las dosis recomendadas, siendo Olanzapina el más frecuentemente indicado a una dosis de 10mg/día.
- Terapia electroconvulsivante
 - ✧ El tratamiento electroconvulsivante con anestesia y relajación (TECAR previa autorización del anestesista y el clínico, se aplicará según las normas establecidas de buena práctica y consentimiento informado en los siguientes casos:
 - ✓ Medicación resistente o intolerancia. En este caso el paciente no presenta ninguna mejoría a los 15 días de tratamiento antidepressivo con una dosis adecuada para este periodo de tiempo.
 - ✓ Síntomas psicóticos.
 - ✓ Catatonía
 - ✓ Enfermedades médicas que contraindiquen el tratamiento con drogas.
 - ✓ Cuadros de excitación psicomotriz.
 - ✓ Ideación suicida activa (por el efecto protector a corto plazo).

La frecuencia se realizará 3 veces por semana, en días alternos con un mínimo de 6, y nueva valoración. Se pueden añadir 2 después que el paciente mejore.

Es importante contar con el consentimiento informado del paciente o en su defecto del familiar que autorice la realización de estas terapias e investigaciones.

- Tratamiento Social: en este aspecto se tiene en cuenta el apoyo familiar y social que presente el paciente, para, en la medida de factibilidad, incorporar el manejo de estos aspectos, que puede incluir a la terapia de pareja y de familia, cuando estamos en presencia de una franca disfunción familiar o conflictos de relaciones inadecuadas en la pareja.
- Otros tratamientos: De acuerdo a la disponibilidad farmacológica y criterios de Depresión Resistente.

Durante el ingreso se realizará una evaluación inicial del estado depresivo, clasificándola según los siguientes criterios clínicos y la puntuación en la Escala de Hamilton-21 para la Depresión, estableciéndose la mejoría de acuerdo a:

Mejoría leve

- La eliminación de uno de los aspectos indicados en el inciso B.
- Disminución de al menos 50 % de la puntuación alcanzada en la primera valoración en la escala de Hamilton-21.

Mejoría moderada

- Si el paciente presentaba los 3 tópicos del inciso A, la eliminación de uno de ellos.
- Puntuación entre 10 y 15 en la escala referida.

Mejoría intensa

- Sólo cumple con un requisito del inciso A.
- Puntuación entre 5 y 9 de la escala referida.

Como se puede observar el hecho de que el paciente se encuentre de alta no significa una remisión total del cuadro depresivo por lo que se hace necesario un seguimiento por consulta externa.

Si la Depresión presenta una respuesta insuficiente a un tratamiento estándar como el indicado anteriormente o se considera una Depresión Resistente (la que ha presentado fallas en dos tratamientos con dos diferentes antidepresivos con una dosis adecuada y tiempo que no sea inferior a tres semanas) se debe tener en cuenta:

- Estrategias clínicas
 - Reevaluación del diagnóstico.
 - Descartar trastorno de personalidad, causa no psiquiátrica, comorbilidad, etc.
- Estrategias farmacológicas
 - Sustitución: Cambio de grupo farmacológico.

- Potenciación: Adicción de o prolongación del tiempo de tratamiento, cumplimiento del mismo, niveles plasmáticos del psicofármaco.

- Combinación (asociaciones de antidepresivos).

Criterios de alta y seguimiento en consulta externa

El alta del paciente deprimido estará dando por la reducción (al menos 50 %) de la sintomatología al ingreso comprobado por los test evaluativos y el examen psiquiátrico, siempre y cuando no exista ideación suicida y el paciente tenga crítica de su enfermedad.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% de personal calificado por categoría, relacionado con el PA	>95 %
	% de cumplimiento de la relación óptima entre categorías de personal, comprendido en PA	>95 %
	% de cumplimiento de la cantidad de personal en términos de equipo multidisciplinario	>95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de equipos médicos básicos (fijos y móviles), para la aplicación del PA	>95 %
	% de disponibilidad de mobiliario médico y de oficina, según las necesidades del PA	>95 %
	% de posesión del modelo para la toma de los datos de la historia clínica según el PA	>95 %
Recursos Organizativos	% de frecuencia de consultas 5 veces por semana, por caso ingresado	>95 %
	% de disponibilidad del diseño de la organización asistencial para aplicar PA	100 %
	% de disponibilidad de personal médico organizado para aplicar el PA	100 %

Indicadores de Resultados	Estándar
% de pacientes mejorados de síntomas depresivos post tratamiento	>95 %
% de disminución en más de un 50% en la escala de HAMILTON (puntuación total)	>95 %
% de disminución de los síntomas en más de un 50%	>95 %
% de orientación a familiares y pacientes (Psicoeducación) sobre características de la enfermedad depresiva, para su adecuado manejo.	>95 %
% de pacientes atendidos por Depresión y aplicación del protocolo	>95 %

(Los indicadores de Procesos van antes que los de Resultados, pero no pude hacer esa operación)

Indicadores de Procesos	Estándar
% de historias clínicas completadas y aplicación del algoritmo en las primeras 24-36horas	>95 %
% de pacientes con evaluación multidisciplinaria.	>95 %
% de pacientes remitidos con diagnóstico de Depresión	>95 %
% de disminución de reingresos por recaídas (2veces/año)	>95%

Conclusiones y recomendaciones

Se dará turno para la consulta externa para establecer el adecuado seguimiento que será de una consulta quincenal o mensual de acuerdo a criterio médico durante un período comprendido entre 6 meses y 1 año.

En el período evolutivo se deben tener en cuenta los factores de riesgo de recurrencia en el trastorno depresivo mayor como son:

- Historia previa de múltiples episodios de trastorno depresivo mayor.
- Persistencia de síntomas distímicos después de una recuperación de un episodio de trastorno depresivo mayor.
- Presencia de un diagnóstico psiquiátrico adicional no afectivo.
- Presencia de una condición médica general crónica.

A los anteriores se le añaden los siguientes:

- Estado depresivo con una duración superior a un año.
- Presentación de dos o más episodios durante los últimos cinco años.
- Diagnóstico de trastorno bipolar.

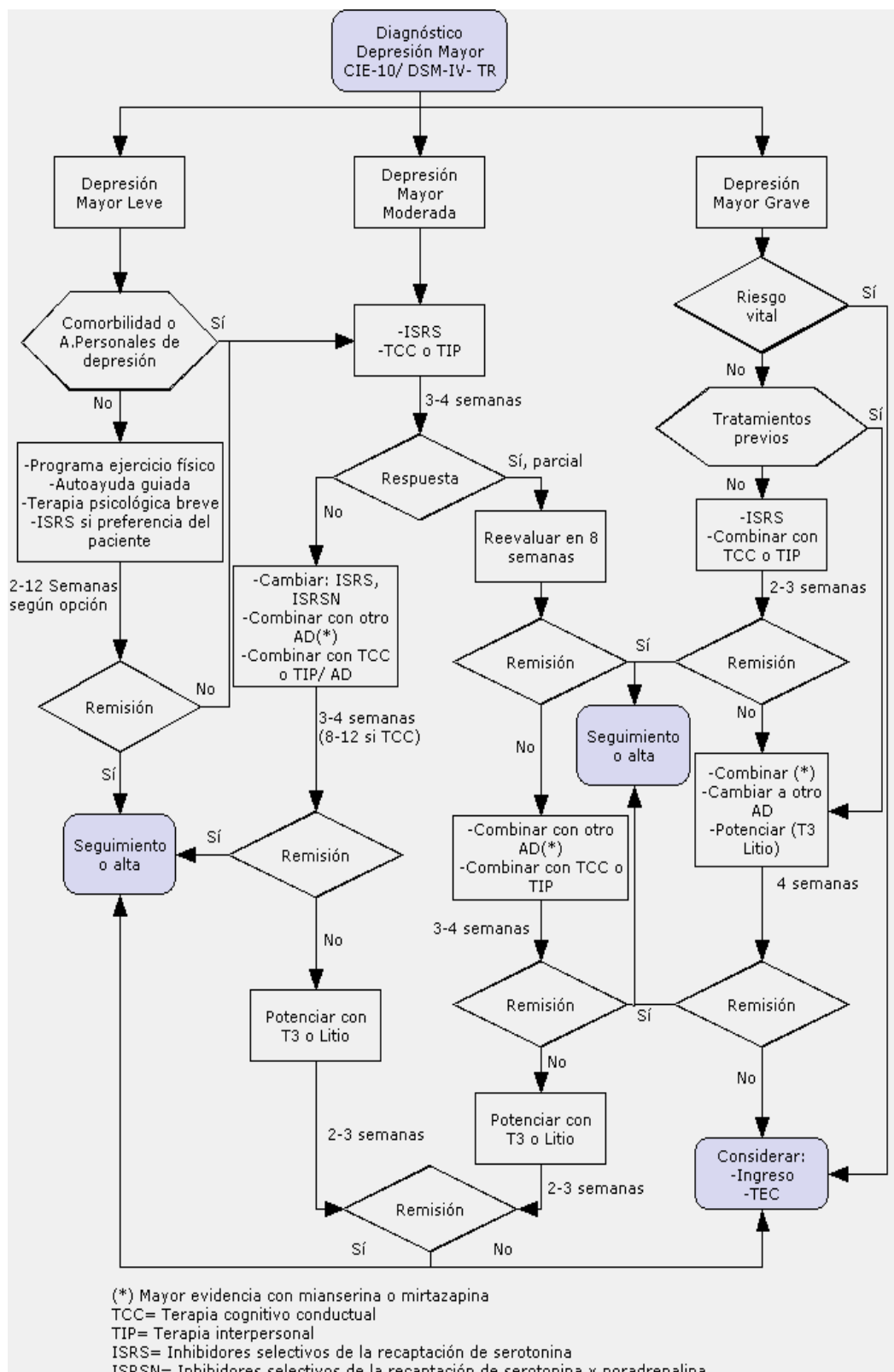
La prolongación mínima del tratamiento preventivo es de dos años. La suspensión del tratamiento se hará también gradualmente.

se ha tenido que ir modificando el protocolo inicial por dificultades objetivas, se consideran de satisfactorios los resultados alcanzados.

No obstante se hace necesario sistematizar la recogida de datos por parte de los médicos de asistencia y ser sistemáticamente controlado por el responsable del protocolo.

Queda un aspecto de extraordinaria relevancia y es la continuidad del protocolo por la consulta externa habilitada para tal efecto.

ANEXO 1. ALGORITMO DE TRATAMIENTO.



Bibliografía

APA (2015). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (3rd edition). American Psychiatric Association. Visto en:

<http://www.psych.org/guidelines/mdd2010>. Acceso October 13,.

Cepoiu M, McCusker J, Cole MG(2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.*; 23(1):25–36.

Ciudad A, Álvarez E, Roca M, Baca E, Caballero L, García de Polavieja P (2012). Early response and remission as predictors of good outcome of a major depressive episode at 12-month follow-up: a prospective, longitudinal, observational study impairment and improvement in depression. *J Clin Psychiatry*; 73(2):185-91. CME Institute. Visto en <http://www.cmeinstitute.com/Psychlopedia/Pages/depression/26brmdd/sec2/section.a.spx>. Acceso febrero.

De Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiat Epidemiol*; 47:203-13.

Díez CM, Ruiz MGH, Fortuny OA, Rodes JER (2014). Factores predictivos de respuesta a la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Psiquiatría Biológica*. 21 (2): 72-9.

Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux L, Van Noord et al (2011). Comparative Benefits and Harms of Second-Generation Antidepressants for Treating Major Depressive Disorder. *Ann Intern Med*, 155:772–785.

Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC (2015). Practice guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association. Visto

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdfAcceso diciembre,

Gonda X, Pompili M, Serafini G, Carvalho AF, Rihmer Z, Dome P (2015). The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Annals of General Psychiatry*, 14:27 doi: 10.1186/s12991-015-0068-9. Visto en <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/14/1/27> Acceso enero 2016.

ICE (2016). Depression in adults: Recognition and management. 2009 Visto en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance> Acceso julio
Westen D, Malone JC, DeFife JA (2012). An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry*. 11:172-80.

McIntyre RS, Lee Y, Mansur RB (2015). Treating to target in major depressive disorder: response to remission to functional recovery. *CNS Spectr*. 20(s1):17–31.
mhGAP (2010). Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. World Health Organization,